



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar

Anabela Almeida Feliciano

Viseu, junho de 2022



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar

Anabela Almeida Feliciano

Estágio com Relatório Final

6.º Curso Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professora Doutora Paula Nelas

Viseu, junho de 2022

“Um sonho não se torna realidade através da magia;
é preciso suor, determinação e trabalho duro.”

Colin Powell

Agradecimentos

Estes dois anos foram intensamente longos, extenuantes, mas incríveis...

Resta-me agradecer a todas as pessoas que contribuíram para o meu crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional... em especial à Professora Doutora Paula Nelas, por ser um exemplo académico, encontrando sempre a melhor forma de me lembrar do meu potencial... e ao Professor Doutor João Duarte pela sua disponibilidade, sabedoria e orientação.

Às minhas colegas de curso, que me acompanharam nesta viagem (sem retorno), que se tornaram amigas para a vida toda, em especial à Cláudia Amaro, Ana Pires, Carolina Pereira e Mariana Lopes... fomos o amparo umas das outras nos momentos de maior desespero... ficarão para sempre no meu coração!

Ao meu marido, meu porto de abrigo, por acreditar em mim, que esteve sempre presente e que nunca deixou de me incentivar a continuar...

Aos meus filhos, Duarte e Dinis, que são a minha luz, o quanto me doeu dizer tantos “não posso” e “hoje não” ...

Aos meus pais, sempre disponíveis e que colaboraram sempre na retaguarda... em particular à minha mãe, mulher de garra, que tantos sacrifícios passou na vida para criar e formar os filhos...

Aos meus avós, que assistiram ao início deste percurso, mas que, infelizmente, não terão a possibilidade de me acompanhar até ao fim...

A todas as mulheres, casais e recém-nascidos, que tive o prazer de conhecer, acompanhar, cuidar, nesta longa e bonita caminhada...

Obrigada!

Resumo

O presente documento trata-se de um relatório de estágio, desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular “Estágio com Relatório Final: Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica”, inserida no Curso Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia do Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde de Viseu, e teve por intuito a descrição do processo de aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências específicas referentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, definidas pelo Regulamento n.º 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros.

Este estágio foi realizado no Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE e na Unidade de Saúde Familiar Infante D. Henrique. No decorrer deste, foi possível planear e executar cuidados de enfermagem especializados, suportados pela melhor evidência científica, tendo sido realizada a sua descrição, análise e reflexão crítica.

Neste percurso formativo, uma das temáticas que me suscitou especial interesse foi o conhecimento percecionado pela puérpera na alta hospitalar. Decorrente do interesse nesta temática, quisemos explorar a relação entre os conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar e as variáveis sociodemográficas, obstétricas e as preocupações maternas. Para o efeito desenvolvemos um estudo analítico, descritivo-correlacional, transversal, quantitativo, com amostra não probabilística por conveniência constituída por 206 puérperas internadas numa unidade hospitalar da região Centro de Portugal, aquando da alta hospitalar.

Findo este percurso, verificamos que, relativamente aos conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar, 42.7% possui conhecimentos percecionados moderados, seguido das puérperas com conhecimentos percecionados elevados (30.1%). Os conhecimentos percecionados são influenciados pelas variáveis sociodemográficas (grupo etário e zona de residência) e pelas variáveis obstétricas (tempo de gestação, local onde ficou o bebé após o nascimento e dúvidas quanto ao autocuidado e cuidado ao bebé). Em relação às preocupações maternas, 38.3% manifestou preocupações reduzidas, e estas são as que apresentam conhecimentos percecionados elevados, revelando que as preocupações maternas têm impacto nos conhecimentos percecionados das puérperas na alta hospitalar.

Podendo concluir-se que, os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica, desempenham um papel fundamental no serviço de internamento de obstetrícia no planeamento e prestação de cuidados de qualidade ao nível do ensino e promoção da literacia em saúde no período puerperal, aumentando os conhecimentos e as competências das puérperas para o autocuidado e cuidado ao recém-nascido.

Palavras-chave: puérpera; pós-parto; autocuidado; recém-nascido; conhecimento; alta hospitalar

Abstract

This document is an internship report, developed within the Curricular Unit "Internship with Final Report: Maternal, Obstetric and Gynecological Health Nursing", inserted in the Master's Course in Maternal Health Nursing, Obstetrics and Gynecology of the Polytechnic Institute of Viseu - Escola Superior de Saúde de Viseu, and aimed at describing the process of acquiring and developing specific knowledge and skills regarding the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing, defined by Regulation No. nurses.

This internship was carried out at Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE and at the Infante D. Henrique Family Health Unit. During this period, it was possible to plan and execute specialized nursing care, supported by the best scientific evidence, and its description, analysis and critical reflection were carried out.

In this training path, one of the themes that aroused special interest in me was the knowledge perceived by the puerperal woman at hospital discharge. Due to the interest in this topic, we wanted to explore the relationship between the knowledge perceived by the puerperal woman at hospital discharge and the sociodemographic and obstetric variables and maternal concerns. For this purpose, we developed an analytical, descriptive-correlational, cross-sectional, quantitative study, with a non-probabilistic convenience sample consisting of 206 postpartum women admitted to a hospital in the Central region of Portugal, at the time of hospital discharge.

At the end of this journey, we found that regarding the knowledge of postpartum women at hospital discharge, 42.7% have moderate knowledge, followed by postpartum women with high knowledge (30.1%). Sociodemographic variables (age group and area of residence) and obstetric variables (time of gestation, place where the baby was after birth and doubts about self-care and care for the baby) have an impact on the knowledge of postpartum women at the time of hospital discharge. Regarding maternal concerns, 38.3% expressed low concerns, and these are the ones with high knowledge, revealing that maternal concerns have an impact on the knowledge of postpartum women at hospital discharge.

It can be concluded that, nurses specializing in maternal and obstetric health nursing play a fundamental role in the obstetrics inpatient service in the planning and provision of quality care in terms of education and promotion of health literacy in the period postpartum period, increasing the knowledge and skills of postpartum women for self-care and care for the newborn.

Keywords: postpartum women; post childbirth; self-care; newborn; knowledge; hospital discharge

Sumário

	Pág.
Lista de quadros	XV
Lista de tabelas	XVII
Lista de gráficos e figuras	XIX
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos	XXI
Introdução Geral	23
I CAPÍTULO – Relatório da componente clínica	27
1. Relatório da componente clínica	29
2. Desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista.....	32
3. Desenvolvimento de competências específicas do EEESMO	34
3.1 Desenvolvimento de competências específicas na área de Puerpério	34
3.2 Desenvolvimento de competências específicas na área de Ginecologia.....	39
3.3 Desenvolvimento de competências específicas na área de Patologia Materno-Fetal.....	41
3.4 Desenvolvimento de competências específicas na área da Promoção da Saúde da Mulher	45
3.5 Desenvolvimento de competências específicas na área de Neonatologia	47
3.6 Desenvolvimento de competências específicas na área de Sala de Partos	50
Considerações finais.....	61
II CAPÍTULO – Relatório final da componente de investigação	63
1. Justificação do estudo	67
2. Enquadramento Teórico.....	71
2.1. Literacia em saúde no período puerperal	71
2.2. Promoção da saúde no período puerperal	73
2.3. Conhecimentos das puérperas na alta hospitalar.....	74
2.3.1 Complicações puerperais, sinais de alerta e autocuidado	76
2.3.2 Cuidados ao bebé e sinais de alerta	78
2.4. Preocupações maternas	81
2.5. O papel do EEESMO na promoção da saúde no período puerperal	83
3. Metodologia.....	86
3.1 Métodos.....	86
3.2 Participantes	88
3.3 Instrumento de Colheita de Dados.....	88
3.4 Procedimentos.....	97
4. Resultados	99
4.1. Análise descritiva	99
4.2. Análise inferencial.....	107

5. Discussão	121
5.1 Discussão metodológica	121
5.2 Discussão dos resultados	123
Conclusões	133
Implicações para a prática	135
Referências bibliográficas	137
ANEXOS	149
Anexo I - Questionário	
Anexo II - Pedido de autorização para efetuar colheita de dados	
Anexo III - Autorização de colheita de dados	

Lista de quadros

	Pág.
Quadro 1 – Caracterização das medidas estatísticas relativas aos indicadores da dimensão preocupações em relação a si	104
Quadro 2 – Caracterização das medidas estatísticas relativas aos indicadores da dimensão referente ao seu bebé	104
Quadro 3 – Caracterização das medidas estatísticas relativas aos indicadores da dimensão referente ao seu companheiro	105
Quadro 4 – Caracterização das medidas estatísticas relativas aos indicadores da dimensão referente à sua família	105
Quadro 5 – Caracterização das medidas estatísticas relativas aos indicadores da dimensão referente à sua comunidade	106

Lista de tabelas

	Pág.
Tabela 1 – Estatísticas e consistência interna da ECPPAH	90
Tabela 2 – Estimativas, rácios críticos e coeficientes lambda	92
Tabela 3 – Índices de bondade de ajustamento nos diferentes modelos	94
Tabela 4 – Fiabilidade compósita, variância extraída média e validade discriminante	94
Tabela 5 – Consistência interna por subescalas da ECPPAH	95
Tabela 6 – Validade convergente/divergente dos itens	96
Tabela 7 – Matriz de Correlação de Pearson entre os fatores da ECPPAH	96
Tabela 8 – Caracterização sociodemográfica das puérperas	100
Tabela 9 – Caracterização obstétrica das puérperas	101
Tabela 10 – Relação entre número de dias internada em função do grupo etário	101
Tabela 11 – Relação entre número de filhos em função do grupo etário	102
Tabela 12 – Relação entre número de filhos e se a puérpera já cuidou de outros bebés	102
Tabela 13 – Caracterização das dúvidas apresentadas pelas puérperas	103
Tabela 14 – Estatísticas relativas às Preocupações Maternas das puérperas	106
Tabela 15 – Estatísticas relativas aos conhecimentos percecionados pelas puérperas	107
Tabela 16 – Conhecimentos percecionados pelas puérperas em função do grupo etário	108
Tabela 17 – Relação entre os conhecimentos percecionados pelas puérperas por grupo etário	109
Tabela 18 – Relação entre os conhecimentos percecionados pelas puérperas e estado civil	110
Tabela 19 – Relação entre os conhecimentos percecionados pelas puérperas e a escolaridade	111
Tabela 20 – Relação entre os conhecimentos percecionados pelas puérperas e a situação profissional	112
Tabela 21 – Relação entre os conhecimentos percecionados pelas puérperas e a zona de residência	112
Tabela 22 – Relação entre os conhecimentos percecionados pelas puérperas e o tipo de parto	113
Tabela 23 – Relação entre os conhecimentos percecionados pelas puérperas e o tempo gestação	114
Tabela 24 – Relação entre os conhecimentos percecionados pelas puérperas e o alojamento do bebé após o nascimento	114
Tabela 25 – Relação entre os conhecimentos percecionados pelas puérperas e a alimentação do bebé	115
Tabela 26 – Relação entre os conhecimentos percecionados pelas puérperas e os dias de internamento	116
Tabela 27 – Relação entre os conhecimentos percecionados pelas puérperas e o número de filhos	116

Tabela 28 – Relação entre os conhecimentos percebidos pelas puérperas e a vigilância da gravidez	117
Tabela 29 – Relação entre os conhecimentos percebidos pelas puérperas e a frequência de um curso de preparação para parto e parentalidade	118
Tabela 30 – Relação entre os conhecimentos percebidos pelas puérperas e as dúvidas no seu autocuidado	119
Tabela 31 – Relação entre os conhecimentos percebidos pelas puérperas e as dúvidas relativas aos cuidados ao bebê	119
Tabela 32 – Relação entre os conhecimentos percebidos em função das preocupações maternas	120

Lista de gráficos e figuras

	Pág.
Gráfico 1 – Gráfico de variâncias de <i>Scree Plot</i>	92
Figura 1 – Representação do desenho de investigação	88
Figura 2 – Modelo inicial	94
Figura 3 – Modelo refinado e itens eliminados	94
Figura 4 – Modelo de segunda ordem	94

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

APA – American Psychological Association

APPT – Ameaça de Parto Pré-Termo

Cf. – conforme

CHTV, EPE – Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE

CMESMOG – Curso Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia

CPLESMO – Curso Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

CTG – Cardiotocografia

DGS – Direção Geral de Saúde

DPPNI – Descolamento Prematuro da Placenta Normalmente Inserida

ECPPAH – Escala de Conhecimentos Percecionados pela Puérpera na Alta Hospitalar

EESMO – Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EV - Endovenoso

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

IPV-ESSV – Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde de Viseu

LM – Leite Materno

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

QPM – Questionário das Preocupações Maternas

RANU – Rastreio Auditivo Neonatal Universal

RN – Recém-Nascido

TP – Trabalho de Parto

UCERN – Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – World Health Organization

Introdução Geral

O Curso Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia (CMESMOG), do Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde de Viseu (IPV-ESSV), concede o título de especialista reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros (OE), e tem como objetivo especializar enfermeiros para cuidar a mulher, família e comunidade, no ciclo gravídico-puerperal assim como na área da saúde sexual e reprodutiva (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019b). Este Mestrado confere também o grau académico de Mestre que será obtido após a concretização e aprovação das provas públicas com a discussão do relatório aqui desenvolvido.

O Mestrado teve a duração de 2 anos, e a Unidade Curricular Estágio com Relatório Final: Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica decorreu no 2.º ano do mesmo. Este Relatório Final, surge como uma estratégia crítico-reflexiva acerca das atividades concretizadas ao longo do estágio, descrevendo as práticas de cuidados de enfermagem especializados desenvolvidos, com o objetivo de demonstrar a aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO). Em simultâneo, este relatório inclui ainda um estudo de investigação intitulado “Conhecimentos Percecionados pela puérpera na alta hospitalar”. Esta investigação permite não só desenvolver competências investigativas, como também, consultar e mobilizar a evidência científica, essenciais à prática profissional.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (cit por Direção Geral de Saúde [DGS], 2019a) definiu literacia em saúde como o conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação por forma a promover e a manter uma boa saúde”. A literacia em saúde tornou-se uma ferramenta fundamental para “navegar” nos sistemas de saúde, cada vez mais complexos (Pedro et al., 2016). A promoção da literacia em saúde, junto das pessoas, individualmente, das comunidades e das organizações, constitui-se, pois, simultaneamente, como uma oportunidade e como um desafio da saúde pública (DGS, 2019a).

A literacia em saúde envolve, por um lado, competências cognitivas individuais, como a leitura, a escrita, o processamento de informação, e, por outro lado, competências sociais e de comunicação/interação da pessoa com o meio ambiente (Serrão, 2014; Serrão et al., 2015). Esta, está intimamente ligada aos conhecimentos em saúde, indo, no entanto, para além desses conhecimentos (Dennison et al., 2011).

Em Portugal, Paiva et al. (2017) verificaram uma taxa inadequada de literacia em saúde (72,9%), significativamente superior à encontrada noutros países da Europa. Estes resultados

já haviam sido verificados num estudo da Health Literacy Survey EU, que verificou que Portugal era o país que apresentava menor percentagem de pessoas com um nível excelente de Literacia em Saúde (8.6%), cuja média europeia era significativamente superior (16.5%). Salienta-se que, no que diz respeito à percentagem de pessoas com um nível problemático de Literacia em Saúde, Portugal apresentou o valor mais elevado (38.1%), comparativamente à média europeia (35.2%) (Sørensen et al., 2015).

Embora a literacia em saúde proporcione às pessoas um controlo sobre as decisões e ações que irão afetar a sua saúde, a literacia em saúde no período puerperal é ainda muito baixa, particularmente em países em desenvolvimento (Phommachanh et al., 2021), justificando assim a minha motivação em aprofundar este tema.

Sendo o internamento pós-parto em média de 48 horas nas situações de parto via vaginal sem complicações, salientamos que este período passado em contexto hospitalar é bastante intenso, no que se refere à reestruturação e adaptação parental (transição para a parentalidade), podendo este período de tempo ser insuficiente para que as puérperas assimilem a informação disponibilizada pelos profissionais de saúde.

O período puerperal, para além da transição para a parentalidade, implica inúmeras alterações e adaptações, físicas e psicológicas na puérpera, sendo que o cuidar do recém-nascido exige uma aquisição de saberes e competências, desde o nascimento. Durante o internamento, os profissionais de saúde, disponibilizam informação relativa ao autocuidado e cuidados ao recém-nascido, através de ensinamentos estruturados. Apesar disso, o curto período de internamento pode não ser suficiente para o esclarecimento de todas as dúvidas, podendo causar preocupações e ansiedades (Silva et al., 2017).

Neste período, existe uma multiplicidade de intervenções autónomas, interdependentes e dependentes que o EEESMO assume, durante a planificação e execução dos cuidados. Assim, é da responsabilidade do EEESMO identificar as necessidades informacionais da puérpera, permitindo um correto planeamento de intervenções individualizadas, tendo por base a educação para a saúde, na prevenção de complicações e identificação de sinais de alerta, contribuindo para uma melhor adaptação à parentalidade. Neste contexto, a informação disponibilizada à puérpera, visa, o máximo de autonomia esclarecida, após a alta hospitalar garantido a sua capacidade de autocuidado, assim como os cuidados ao recém-nascido.

Face ao exposto, durante o internamento, os EEESMO devem incrementar a literacia em saúde, fornecendo informações claras e completas sobre autocuidado e recuperação pós-parto, cuidados ao recém-nascido, assim como sinais de alerta que possam comprometer a saúde de ambos (Olivindo et al., 2021).

De acordo com o planejamento da Unidade Curricular Estágio com Relatório Final: Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, foram definidos os seguintes objetivos gerais para este relatório:

- Analisar as intervenções de enfermagem desenvolvidas ao longo do estágio, nas diferentes áreas de prestação de cuidados especializados, para a aquisição de competências comuns e específicas de EEESMO, reforçando a minha capacidade de análise crítica e reflexiva, no processo de aprendizagem, de acordo com as melhores evidências científicas;

- Apresentar os resultados encontrados na relação entre os conhecimentos percebidos pela puérpera na alta hospitalar e as variáveis socioeconômicas e obstétricas, assim como a sua relação com as preocupações maternas no momento da alta hospitalar, analisando os resultados encontrados na implicação da prática clínica especializada.

O presente trabalho foi elaborado de acordo com o Guia orientador da Unidade Curricular Estágio com Relatório Final: Enfermagem em Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia, 11º Curso Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CPLESMO) e 6º CMESMOG, e o Guia orientador de trabalhos escritos, do IPV-ESSV. Está estruturado em dois capítulos principais, iniciando-se pela presente introdução. O primeiro capítulo refere-se à análise do contexto clínico onde foi realizado o estágio. De seguida, surge uma descrição reflexiva sobre o processo de mobilização de competências comuns dos EEESMO. Posteriormente, apresenta-se o segundo capítulo, fazendo deste, parte integrante, a componente de investigação, sobre a relação entre os conhecimentos percebidos pela puérpera na alta hospitalar e as variáveis socioeconômicas e obstétricas, assim como a sua relação com as preocupações maternas. Concluindo-se com as considerações finais e implicações para a prática clínica, e referências bibliográficas, e por fim os respetivos anexos e apêndices. O presente trabalho está escrito de acordo com as normas da *American Psychological Association 7th* (APA) e em conciliação com o Novo Acordo Ortográfico.

I CAPÍTULO – Relatório da componente clínica

1. Relatório da componente clínica

A Unidade Curricular, Estágio com Relatório Final: Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, do ano letivo 2021/2022 (2º ano), do 11º CPLEESMO e do 6º CMESMOG, do IPV-ESSV, dá resposta às diretivas europeias relativas ao reconhecimento das qualificações profissionais do EEESMO, publicada na Diretiva n.º 2005/36/CE, do Parlamento e do Conselho das Comunidades Europeias de 7 de setembro, e transposta para o direito nacional na Lei n.º 9/2009 de 4 de março e sucessivas alterações, sendo a última a Lei n.º 26/2017 de 30 de maio (Portugal, Lei n.º 26/2017).

O estágio realizado teve como primordial objetivo adquirir, desenvolver e consolidar competências comuns aos Enfermeiros Especialistas (descritas no regulamento n.º 140/2019, publicado em Diário da República, 2.ª série - N.º 26, de 6 de fevereiro de 2019) e Específicas dos EEESMO (descritas no regulamento n.º 391/2019, publicado em Diário da República, 2ª série - n.º 85, de 3 de maio de 2019). A abordagem deste Relatório Final tem carácter crítico e reflexivo, tendo como objetivos descrever e analisar as competências desenvolvidas e adquiridas nas diferentes áreas de intervenção da Saúde Materna e Obstétrica em que o estágio decorreu, assim como desenvolver uma investigação subordinada ao tema: “Conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar: Impacto das variáveis socioeconómicas, obstétricas e preocupações maternas”. Esta investigação visa apresentar contributos para a prática clínica EEESMO.

Esta unidade curricular teve um total de 864 horas de contacto, com uma carga horária semanal de 24 horas, e uma duração de 36 semanas de acordo com a seguinte distribuição: 4 semanas em Enfermagem em Puerpério; 3 semanas em Enfermagem em Ginecologia; 5 semanas em Enfermagem em Patologia Materno-Fetal; 3 semanas em Enfermagem em Promoção de Saúde da Mulher; 3 semanas em Enfermagem de Neonatologia e 18 semanas em Enfermagem em Sala de Partos. Este estágio decorreu em distintos contextos de aprendizagem, todos eles em meio hospitalar, exceto a área de intervenção Promoção de Saúde da Mulher, que foi realizado numa Unidade de Saúde Familiar (USF).

Negreiros e Lima (2018) referem o estágio como um bom método, que auxilia na formação do aluno dando origem a uma aprendizagem significativa devido ao desenvolvimento de competências e habilidades, contribuindo assim para a formação de profissionais mais competentes, de maneira a enfrentarem as exigências e os desafios constantes de todo o contexto profissional.

Perante isso, de acordo com o ponto 5.1 do anexo II da Lei n.º 9/2009, consideram-se objetivos de aprendizagem a alcançar, a execução das seguintes experiências mínimas:

- Consultas de grávidas incluindo, pelo menos, 100 exames pré-natais;
- Vigilância e cuidados dispensados a, pelo menos, 40 parturientes;
- Realização pelo estudante de pelo menos 40 partos, quando este número não puder ser atingido por falta de parturientes, pode ser reduzido, no mínimo, a 30, na condição de o estudante participar, para além daqueles, em 20 partos;
- Participação ativa em partos de apresentação pélvica, em caso de impossibilidade devido a um número insuficiente de partos de apresentação pélvica, deverá ser realizada uma formação por simulação;
- Prática de episiotomia e iniciação à sutura, a iniciação incluirá um ensino teórico e exercícios clínicos. A prática da sutura inclui a suturação de episiotomias e lacerações simples do períneo, que pode ser realizada de forma simulada se tal for indispensável;
- Vigilância e cuidados prestados a 40 grávidas, durante e depois do parto, em situação de risco;
- Vigilância e cuidados, incluindo exame, de pelo menos 100 parturientes e recém-nascidos normais;
- Observações e cuidados a recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais, incluindo os nascidos antes do tempo e depois do tempo, bem como os de peso inferior ao normal e doentes;
- Cuidados a mulheres que apresentem patologias no domínio da ginecologia e da obstetrícia.

No decorrer do estágio, foi importante seguir um modelo teórico orientador que me permitisse fundamentar a prática de enfermagem, assim como o estudo desenvolvido intitulado “Conhecimentos das Puérperas na Alta Hospitalar”, que se refere ao autocuidado da puérpera e cuidados ao recém-nascido, pelo que selecionei o Modelo Teórico da autora e enfermeira Dorothea Orem, que define o autocuidado como sendo “o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar”. Esta teoria é fundamentada nas suas três teorias inter-relacionadas desenvolvidas entre 1959 e 1985, e que são: a Teoria do Autocuidado, que descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias; a Teoria do Déficit de Autocuidado, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser auxiliadas através da enfermagem; e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser estabelecidas e mantidas para que se produza Enfermagem. A teoria do autocuidado desempenha as funções que a própria pessoa realiza nela própria ou que alguém que execute

por ela de forma a manter a saúde e o bem-estar (Santos et al, 2017). Esta teoria abrange as limitações e as condições de cada ser humano, isto é, a capacidade de autocuidado deve ser uma competência que deve fazer parte integrante do ser humano, caso não seja possível, a enfermagem deverá dar o seu benefício. Assim sendo, considero que a teoria de Dorothea Orem se adequa ao presente trabalho, uma vez que no pós-parto o autocuidado das mulheres fica comprometido, assim como os cuidados ao recém-nascido, necessitando de auxílio e de ensinamentos concretizados pelo EEESMO no que diz respeito à própria mulher e ao recém-nascido. Deste modo, a promoção da literacia em saúde e ensinamentos prestados pelo EEESMO no período puerperal são uma área fundamental nos cuidados à puérpera, tornando-se de extrema importância ao serem baseados nas necessidades e preocupações maternas e no apoio a uma transição saudável para o papel parental e na autonomia ao cuidado ao recém-nascido.

Ao longo deste capítulo serão relatadas as atividades desenvolvidas para a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEESMO, assim como, será apresentada uma reflexão crítica que engloba, nomeadamente, medidas implementadas para a personalização dos cuidados à mulher/família.

Peixoto e Peixoto (2016) defendem que a práxis reflexiva, em contexto de ensino clínico/estágio, apresenta-se como instrumento vital na aprendizagem, de modo a suplantar a lacuna existente entre a teoria e a prática de enfermagem, por este ser o local onde se interligam os conhecimentos teóricos adquiridos com os momentos práticos reais, por estar recheado de imprevisibilidade e por se criar a necessidade de reflexão para a tomada de decisão.

Deste modo, através da reflexão apresentada de seguida, vou fazer uma apreciação do meu percurso ao longo deste estágio, com o intuito de me consciencializar acerca dos objetivos atingidos, das competências comuns aos enfermeiros especialistas e competências específicas dos EEESMO adquiridas, das dificuldades encontradas durante o ensino prático e estratégias de superação e a mobilização de recursos científicos para a melhoria da prática clínica.

2. Desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista

O enfermeiro especialista, segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2019a), “é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstraram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão”.

Pressupõe-se que a atribuição do título de enfermeiro especialista, para além da confirmação das competências expressas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, estes enfermeiros, devem partilhar um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados. São reconhecidos pela OE quatro domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019a).

Deste modo, quanto aos comportamentos de responsabilidade profissional, ética e legal, foi sempre minha preocupação enobrecer a Enfermagem. Assim, desenvolvi um exercício profissional baseado no código deontológico da OE, demonstrando uma prática de cuidados segura, sempre com uma postura de respeito pelos valores, crenças e costumes individuais de cada utente e colega. Durante a minha prestação de cuidados, privilegiei a privacidade e dignidade da mulher/casal e do recém-nascido. Estimulei a tomada de decisão partilhada, reconhecendo a autonomia e liberdade no acesso à informação como um direito das utentes. Neste sentido, promovi a literacia em saúde, através da realização de ensinios, informei acerca dos procedimentos a realizar e esclareci dúvidas, capacitando as utentes para a resolução de problemas e tomada de decisões e fomentando um ambiente de respeito na escolha e autodeterminação das utentes, considerando sempre a importância do consentimento informado e esclarecido.

O domínio melhoria contínua da qualidade, está relacionado com o desenvolver práticas de qualidade que visam a melhoria dos cuidados e a segurança do utente. Segundo Ribeiro et al. (2017), a complexidade dos cuidados de saúde associada ao aumento da expectativa dos cidadãos contribuiu para a necessidade crescente de prestar cuidados de saúde seguros e de qualidade. A qualidade dos cuidados em saúde é considerada um bem público, que prima pela prestação de cuidados seguros, eficazes e centrados nas pessoas (World Health Organization [WHO], 2020). Neste contexto, participei ativamente em projetos institucionais na área da qualidade através da realização de dois procedimentos que integram o manual do serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica/Sala de Partos, contribuindo assim para a melhoria dos cuidados de enfermagem com base no Regulamento dos Padrões de Qualidade

dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2021). Proporcionei um ambiente terapêutico seguro, garantindo um ambiente psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção da grávida/família, assegurando a aplicação de princípios que garantiram a segurança na administração de terapêutica. Adotei medidas para a segurança de dados e de registros. Implementei medidas de prevenção e identificação de práticas de risco. Preveni riscos ambientais, utilizando as instalações, equipamentos e materiais de acordo com os critérios definidos pela instituição, implementando e mantendo medidas de prevenção e controle da infecção. Cooperei na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano.

Relativamente à gestão dos cuidados foi fundamental saber identificar as situações que devem ser referenciadas para outras áreas de cuidados, organizar o trabalho adequando os recursos às necessidades dos cuidados, otimizar o trabalho e os recursos de forma eficiente para promover a qualidade e promover um ambiente positivo e favorável à prática dos cuidados, pois Dias et al. (2021) referem que o enfermeiro deve ter competência na dimensão física, emocional e espiritual, para estar preparado para atender as diferentes situações e entender que uma boa recuperação depende também da gestão do cuidado de enfermagem.

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais demonstrou-se através da minha autoconsciência enquanto pessoa e enfermeira, conseguindo reagir e responder adequadamente, demonstrando elevada capacidade de adaptabilidade em contexto de trabalho na área da especialidade. A busca incessante de conhecimento, e de melhoria da qualidade dos cuidados prestados, conduziu-me a pesquisar e atualizar diariamente os meus conhecimentos, e desta forma consegui também aproveitar e rentabilizar todas as oportunidades de aprendizagem que surgiram em campo de estágio.

3. Desenvolvimento de competências específicas do EEESMO

As competências específicas resultam “das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.” (OE, 2019a)

De acordo com a OE (2019b) o EEESMO assume no exercício das suas funções, em situações de baixo risco, as intervenções autónomas em que estão envolvidos processos fisiológicos e de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher. Em situações de médio e alto risco assume ainda as intervenções autónomas e interdependentes em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (OE, 2019b).

Assim sendo, de seguida, será realizada uma descrição das competências específicas desenvolvidas e alcançadas ao longo dos ensinamentos clínicos/áreas de intervenção, pela ordem que realizei os estágios.

3.1 Desenvolvimento de competências específicas na área de Puerpério

O estágio na área de Puerpério decorreu no Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE (CHTV, EPE), teve uma duração de quatro semanas, com 96h de contato. O Serviço de Obstetrícia situa-se do 6º piso da unidade hospitalar, possui uma dotação de 26 camas. É composta por cinco enfermarias, com quatro camas cada, e três quartos com duas camas, cada enfermaria e cada quarto possui uma casa de banho. Tem uma sala de observações/tratamentos, um gabinete onde se realizam ecografias, o gabinete da enfermeira chefe, uma casa de banho para o pessoal, uma arrecadação para material clínico e hoteleiro, uma sala de desinfeção de camas. Tem ainda uma sala de enfermagem e uma sala de preparação de medicação. Tem também uma copa de leites/cantinho da amamentação e uma sala de cuidados ao recém-nascido, onde estão duas banheiras, quatro bancadas de apoio e uma balança. Esta sala possui ainda uma bancada de reanimação neonatal, com fonte de calor, rampa de oxigénio, aspirador de secreções e todo o material necessário. Tem também um frigorífico de medicamentos, e é nesta sala onde se realiza a vacinação dos recém-nascidos e o Rastreio Auditivo Neonatal Universal (RANU).

A equipa de enfermagem é constituída por vinte e oito enfermeiras, das quais nove são EEESMO, e uma é especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, e a enfermeira chefe é especialista em enfermagem de reabilitação. Esta equipa pertence ao departamento de Ginecologia/Obstetrícia, ou seja, a equipa é comum ao Serviço de Obstetrícia e ao Serviço de Ginecologia/Patologia da Gravidez, que se encontra imediatamente em frente ao Serviço de Obstetrícia. Estão escaladas diariamente três enfermeiras no turno da manhã, duas no turno da tarde e duas no turno da noite, e dado o reduzido número de EEESMO na equipa, na maioria dos turnos não existem EEESMO escaladas para o Serviço de Obstetrícia, uma vez que estas são necessárias no Serviço de Ginecologia/Patologia da Gravidez. Relativamente à metodologia de trabalho, utiliza-se o método individual de trabalho, ainda que haja colaboração em equipa na prestação de cuidados, a enfermeira centra os seus cuidados nas puérperas que lhe estão distribuídas, após identificação das suas necessidades.

O período pós-natal, também designado por puerpério, é o espaço de tempo que demora até a mulher regressar ao seu estado pré-gravídico. É um período de muita vulnerabilidade para a mulher, quer física quer psicologicamente, e o EEESMO é o membro da equipa multidisciplinar que ocupa uma posição fundamental no sentido de potenciar a saúde da puérpera, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade (OE, 2015). Neste período, o EEESMO realiza um acompanhamento da puérpera, e recém-nascido, com o propósito de a capacitar para a autonomia, através do desenvolvimento do autocuidado de si própria e dos cuidados ao recém-nascido (Graça, 2017).

Depois de cumprirem duas horas após o parto (pós-parto imediato) na Sala de Partos, e na ausência de complicações, puérpera e recém-nascido são transferidos pelo EEESMO e assistente operacional da Sala de Partos para o Serviço de Obstetrícia. No sentido de facilitar a integração neste novo serviço, na admissão é fundamental a realização do acolhimento à puérpera e pessoa significativa que a acompanha, fazendo parte do procedimento a apresentação da enfermeira responsável, e restante equipa, do espaço físico e horário de visita da pessoa significativa. A transferência de cuidados é realizada junto da puérpera ou na sala de enfermagem. Posteriormente, consultamos o processo clínico para completar a recolha de dados pertinentes para a elaboração do plano de cuidados informaticamente.

A avaliação da puérpera deve ser realizada de acordo com o tipo de parto, tempo decorrido após o parto, antecedentes clínicos e situação atual de saúde, estando alerta para possíveis complicações, nomeadamente a hemorragia pós-parto (Santos et al., 2020a). Iniciamos os cuidados à puérpera pela monitorização dos sinais vitais, avalia-se a contração uterina através da palpação abdominal, confirmando assim a formação do globo de segurança de Pinard, vigiam-se e avaliam-se as perdas hemáticas vaginais e a existência de coágulos, inspeciona-se o períneo, vigia-se o penso cirúrgico das puérperas em que o parto foi por cesariana, assim se avaliam as queixas das puérperas. Em caso de parto vaginal, é realizado

o primeiro levante, sempre na presença de enfermeiros; puérperas submetidas a parto distócico por cesariana realizam levante às seis horas após o parto. O levante precoce está associado a diminuição do risco de fenómenos tromboembólicos, favorecendo a função vesical e intestinal. Sempre que o levante não é possível, as puérperas são incentivadas à realização de movimentos ativos no leito (Martins-Costa et al., 2017). Esta observação precoce da puérpera permite a monitorização hemodinâmica da mesma, identificando atempadamente possíveis desvios da normalidade e atuando para a sua resolução e referenciação. Os traumatismos provocados pelo parto, o aumento da capacidade vesical e a anestesia, são fatores que predispõem à diminuição da vontade de urinar nas primeiras horas pós-parto (Santos et al., 2020b), pelo que foi importante a vigilância da eliminação vesical, e em alguns casos houve mesmo a necessidade de realizar ao esvaziamento vesical.

Ainda que durante o estágio não tenha observado nenhuma complicação pós-parto, pude acompanhar algumas puérperas em situação de risco, nomeadamente puérperas com diagnóstico de diabetes gestacional e pré-eclâmpsia.

A diabetes gestacional define-se como intolerância aos hidratos de carbono documentado, pela primeira vez, durante a gravidez, que podem conduzir a complicações maternas, entre elas infeções do trato urinário, complicações cardiovasculares e hemorragia pós-parto, e fetais/neonatais, como macrossomia, malformações congénitas, síndrome de dificuldade respiratória e hipoglicémia neonatal (Graça, 2017; Inácio, 2018). Após o parto é suspensa a vigilância de glicémias e a terapêutica farmacológica (Graça, 2017). No serviço de Obstetrícia onde realizei o estágio está instituído um procedimento, com a indicação para se monitorizar a glicémia capilar nas 24h após o parto às puérperas com antecedentes de diabetes gestacional.

Pré-eclâmpsia define-se como hipertensão arterial que surge a partir das 20 semanas de gravidez, associada a proteinúria e/ou edema patológico, em mulheres previamente normotensas, que se manifesta através de cefaleias, alterações visuais, epigastalgias, podendo ocasionar restrição de crescimento fetal (Graça, 2017; Monteiro & Leite, 2018). É de esperar que após o parto estes valores tensionais normalizem (Monteiro & Leite, 2018), portanto, torna-se primordial manter a vigilância e monitorização da tensão arterial destas puérperas, existindo também um procedimento no serviço, com a indicação para monitorizar a tensão nas primeiras 24h após o parto. No decorrer do meu estágio, quer nas situações de diabetes gestacional, quer nas situações de pré-eclâmpsia, as puérperas não apresentaram complicações do seu estado.

O tempo de internamento após o parto é extremamente reduzido, oscilando entre as quarenta e oito e setenta e duas horas. Neste período, as intervenções do EEESMO são em duas vertentes, a prevenção de complicações e a promoção da educação para a saúde de forma a capacitar a puérpera para o seu autocuidado e cuidados ao recém-nascido (Santos

& Baptista, 2018). Portanto, a teoria do autocuidado de Orem está presente nos cuidados de enfermagem especializados, através do suporte educativo para a aquisição de conhecimentos e habilidades essenciais no regresso a casa. O apoio educativo oferecido às puérperas foi sendo realizado ao longo do internamento e aproveitando todos os momentos, uma vez que as puérperas podem não ser capazes de assimilar grandes quantidades de informação por causa do cansaço e da atenção focada no recém-nascido, através de esclarecimento de dúvidas e fornecendo panfletos homologados pela instituição hospitalar.

Como já foi dito, no período pós-parto, a puérpera apresenta predisposição para um maior estado de vulnerabilidade, sendo que o foco dos cuidados e a preparação para a alta são intervenções de promoção e apoio à adaptação pós-parto, permitindo o estabelecimento da autonomia da puérpera no seu autocuidado e rápida recuperação. Para tal, instrui e supervisionei a puérpera para o seu autocuidado, reforçando os ensinamentos sobre cuidados a ter com as mamas, cuidados ao períneo relativamente à sutura de episiotomia ou laceração, ou sutura abdominal, em caso de cesariana, vigilância e características dos lóquios, alteração do padrão de eliminação, alterações dos membros inferiores, métodos contraceptivos e consulta de revisão do parto a ser realizada no Centro de Saúde. Para além do autocuidado físico, é igualmente importante informar a puérpera para a necessidade de ter períodos de repouso e organização das tarefas domésticas, sem ter vergonha de pedir ajuda a familiares e amigos.

Assim como, devemos também fomentar para sua autoestima na medida em que o pós-parto pode trazer muitas alterações físicas e emocionais. Os sintomas relacionados com as alterações emocionais refletem-se em insegurança, dificuldade, incapacidade, ansiedade e tristeza (Leitão, 2018). O tema saúde mental adquiriu maior relevância durante o período de Pandemia COVID-19, com a redução da presença da pessoa significativa a duas horas de visita por dia. No decorrer do estágio, constatei que a promoção da saúde mental na vivência do puerpério é um tema pouco explorado no serviço. Considerei então pertinente realizar uma revisão da literatura acerca desta temática, e como uma mais valia elaborei um folheto para ser entregue à puérpera, com o intuito de informar e alertar para as alterações emocionais pós-parto que se podem vir a manifestar e onde recorrer.

Relativamente aos cuidados ao recém-nascido na adaptação à vida extrauterina, Santos e Batista (2018) afirmam que o enfermeiro deve conhecer as competências do recém-nascido para poder informar e capacitar a puérpera para cuidar do mesmo. Deste modo, foram considerados vários aspetos relativamente à promoção da saúde do recém-nascido, orientando a puérpera para os cuidados ao bebé, desenvolvimento infantil, sinais e sintomas de alarme, bem como proteger, promover e apoiar o aleitamento materno.

Nas primeiras 24h após o nascimento não está aconselhado o banho ao recém-nascido, exceto nas situações de infeção materna por VIH, hepatite B ou sífilis (Rua et al., 2020), por isso, após as referidas 24h de vida, na prestação dos cuidados de higiene e conforto ao

recém-nascido aquando da explicação da técnica do banho referia também características da pele e sinais de icterícia, cuidados ao coto umbilical e sinais de infeção, assim como os cuidados que se devem ter antes, durante e após o banho ao recém-nascido. Na mudança da fralda, abordei o padrão eliminação vesical e intestinal, e sinais de alerta como a diminuição da frequência e quantidade de urina poderia significar estar a mamar menos do que deveria.

A primeira dose da vacina anti-hepatite B era administrada junto das mães, aproveitando o momento para abordar a importância do cumprimento do plano nacional de vacinação, a realização do rastreio precoce de doenças metabólicas no Centro de Saúde, assim como a frequência das consultas de vigilância de saúde infantil. Aproveitava também este momento para alertar para sinais de alerta como febre, icterícia, hipotonia e dificuldades de sucção, e onde deveriam recorrer.

Esta instituição onde realizei o estágio é reconhecida como Hospital Amigos dos Bebés desde 2015, e está presente a implementação de intervenções de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno, dando cumprimento aos Dez Passos para o sucesso do Aleitamento Materno. A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Unicef lançaram em 1991 este programa mundial de promoção do Aleitamento Materno denominado Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (IHAB), internacionalmente conhecido como *Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI)*. Esta iniciativa tem como missão proteger, promover e apoiar o aleitamento materno em entidades que disponibilizem serviços de maternidade, obstetrícia, neonatologia e pediatria.

Sem dúvida que, no puerpério, a amamentação é o tema que suscita mais dúvidas às puérperas, daí que seja muito importante estar presente, reforçar positivamente a mulher, esclarecer dúvidas, desfazer mitos, transmitindo-lhe confiança, uma vez que este é um período em que as mulheres estão mais sensíveis e por vezes assumem como “sua culpa” o facto de o seu bebé perder peso e de não o conseguirem amamentar como idealizaram. Por outro lado, também existem mulheres que não desejam amamentar, mesmo depois de lhes ter sido explicado todos os benefícios do leite materno. Nestas situações, aceitamos que estão no seu direito desta tomada de decisão, depois de devidamente esclarecidas quanto às vantagens do aleitamento materno, respeitamos então o princípio da autonomia e, assim sendo, instruímos e treinamos a preparação de leite artificial.

Neste estágio pude também treinar algumas técnicas mais específicas, nomeadamente a colheita de sangue ao recém-nascido, técnica que me possibilitaram realizar apesar do meu receio face a possibilidade de não conseguir, colaborei também na realização do RANU.

Neste contexto clínico, prestei vigilância e cuidados de enfermagem, em colaboração com a equipa multidisciplinar, a 162 puérperas, das quais 26 em situação de risco, e a 150 recém-nascidos considerados saudáveis.

3.2 Desenvolvimento de competências específicas na área de Ginecologia

Este estágio na área de Ginecologia decorreu no CHTV, EPE, teve uma duração de três semanas, com 72h de contato. O Serviço de Ginecologia/Patologia Materno-Fetal situa-se no 6º piso da unidade hospitalar, imediatamente em frente ao serviço de Obstetrícia, e possui uma dotação de 26 camas. É composta por cinco enfermarias, com quatro camas cada, e três quartos com duas camas, cada enfermaria e cada quarto possui uma casa de banho. Tem uma sala de observações/tratamentos, uma casa de banho para o pessoal e outra para as utentes mais espaçosa, quatro arrecadações para material clínico e hoteleiro, uma sala de desinfeção de camas. Tem ainda uma sala de enfermagem e uma sala de preparação de medicação. Tem também uma sala de cuidados ao recém-nascido, onde está uma banheira, duas bancadas de apoio aos cuidados do recém-nascido e uma balança.

Como já foi referido no ponto anterior, a equipa de enfermagem pertence ao departamento de Ginecologia/Obstetrícia, ou seja, é comum ao Serviço de Obstetrícia, e é constituída por vinte e oito enfermeiras, das quais nove são EEESMO, e uma é especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, e a enfermeira chefe é especialista em enfermagem de reabilitação. Esta equipa, que se encontra imediatamente em frente ao Serviço de Obstetrícia. Estão escaladas diariamente três enfermeiras no turno da manhã, duas no turno da tarde e duas no turno da noite, em que uma delas é obrigatoriamente EEESMO. Relativamente à metodologia de trabalho, utiliza-se o método individual de trabalho, ainda que haja colaboração em equipa na prestação de cuidados, a enfermeira centra os seus cuidados nas utentes que lhe estão distribuídas, após identificação das suas necessidades.

Durante este estágio em Ginecologia constatei que, infelizmente e irremediavelmente, a grande maioria dos motivos de internamento são devidos a neoplasias malignas, apesar dos avanços significativos no rastreio, diagnóstico e tratamento das lesões pré-malignas.

O cancro da mama continua a ser o tumor maligno com maior prevalência no mundo industrializado e o mais comum no sexo feminino, sendo também o mais frequente na mulher portuguesa. De acordo com o Globocan 2020, o cancro da mama apresentou uma incidência de 26.4% no sexo feminino, e foi o cancro com maior incidência em Portugal no ano 2020, com uma percentagem de 11.6%, para ambos os sexos e todas as idades. Segundo os Consensos Nacionais de 2020 sobre o cancro ginecológico, o carcinoma do endométrio é a neoplasia maligna ginecológica mais frequente nos países desenvolvidos, é a 4ª neoplasia mais frequente na mulher, mais de 90% dos casos ocorre em mulheres com mais de 50 anos,

no entanto, 4% dos casos surgem antes dos 40 anos de idade. O cancro do colo do útero é o 6º mais frequente nas mulheres europeias. Apesar da baixa incidência, os carcinomas do ovário, trompa e peritoneu, são dos cancros mais letais na mulher, com elevado ratio mortalidade/incidência, aproximadamente 75% das mulheres aparecem em estádios avançados, e a sobrevivência para todos os estádios aos 5 anos é de aproximadamente 50%. O carcinoma da vagina é raro, representando 1% a 2% dos tumores malignos ginecológicos, é mais frequentemente localizado no 1/3 superior da parede posterior da vagina. As neoplasias da vulva são mais frequentes nas mulheres pós-menopáusicas, apresentando maior incidência na 6ª e 7ª década de vida, atualmente, verifica-se um aumento do número de casos em mulheres jovens, rondando 7% os tumores invasivos diagnosticados em mulheres com menos de 40 anos.

Uma mulher submetida a uma cirurgia mamária, seja ela tumorectomia (cirurgia conservadora da mama), mastectomia parcial ou total, para além de sujeita a toda a ansiedade que acarreta uma cirurgia, está também sujeita a uma redefinição da imagem corporal. A aceitação de perder uma parte do corpo, tão ligada à beleza e ao que é ser mulher, é um desafio que estas mulheres são obrigadas a atravessar, sendo, por vezes, encarada como uma mutilação, com limitações físicas e restrições. A forma como encaram essa vivência da doença, a adaptação a esta nova realidade, depende de vários fatores, nomeadamente, a idade, o suporte familiar, o apoio do companheiro, a forma como ela própria se vê enquanto mulher (Moreira, 2012). Mas, não só o cancro da mama afeta estas mulheres, todos os cancros do foro ginecológico interferem com o estado psicológico da mulher, quer pelo facto de sentirem medo do desconhecido da doença oncológica, medo dos tratamentos que possam advir, medo de não conseguirem ultrapassar esta fase, medo das repercussões no plano afetivo-sexual, medo de morrer, entre outros aspetos.

No entanto, durante o meu estágio tive a oportunidade de prestar cuidados a algumas mulheres que foram submetidas a mastectomias totais da mama, mulheres maduras, realizadas, que, aparentemente, encararam a sua nova condição física de forma calma e serena, notando nestas mulheres esperança e uma expectativa otimista em relação ao futuro. E esta postura parece-me essencial na construção de estratégias de *coping* mais eficazes perante a situação de patologia e tratamento.

Todavia, deparei-me também com jovens mulheres, que foram submetidas a excisão/exérese/remoção cirúrgica de formações tumorais, quer a nível da vulva, do colo uterino, do ovário. Estas mulheres não manifestavam verbalmente o seu medo quanto ao futuro, mas o seu rosto deixava transparecer a sua angústia. Perante isto, o acompanhamento, o apoio e os cuidados prestados pelos enfermeiros EESMO a estas mulheres e familiares/conviventes significativos é crucial, promovendo suporte emocional e

psicológico, e atuando na prevenção de complicações pós-operatórias que podem comprometer a adaptação à nova situação de vida.

Porém, nem sempre é possível estar o tempo necessário presente para estas mulheres, visto que o serviço de Ginecologia é bastante dinâmico, e este em particular, possuindo camas cativas para outras especialidades cirúrgicas, como Urologia e Cirurgia Plástica, e para Medicina Materno-Fetal, o que provoca roubo de tempo, essencial, que deveríamos dedicar a estas mulheres, estando apenas um enfermeiro EESMO escalado por turno.

3.3 Desenvolvimento de competências específicas na área de Patologia Materno-Fetal

O estágio na área de Patologia Materno-Fetal decorreu no CHTV, EPE, teve uma duração de cinco semanas, com 120h de contato. O Serviço de Ginecologia/Patologia Materno-Fetal onde realizei o estágio já foi descrito no ponto anterior (3.2).

“Gravidez é um estado de saúde” (DGS, 2015), mas, apesar de ser um estado fisiológico, o organismo da mulher neste período está sujeito a múltiplas alterações que nem sempre ocorrem de forma saudável, podendo ocorrer desvios da normalidade, havendo a necessidade de internamento para cuidados mais específicos que garantam a manutenção da gravidez, assim como o bem-estar materno e fetal.

O EEESMO atua como educador, conselheiro e como apoio na assistência à mulher e sua família para que estas possam atingir os melhores resultados possíveis e encarem os problemas e dificuldades que possam surgir (Bobak et al., 1999).

A assistência pré-natal assume primordial importância para a saúde materna e fetal, contribuindo não só para melhores indicadores obstétricos e neonatais, como também para melhores experiências de gravidez, parto, puerpério e amamentação, principalmente quando as mulheres são cuidadas por um enfermeiro EESMO num contexto de continuidade de cuidados desde a gravidez ao pós-parto (OE, 2015; Rocha et al., 2020).

A assistência pré-natal procura, sobretudo, avaliar a saúde materno-fetal em todas as suas dimensões, identificando os fatores promotores de saúde, assim como possíveis fatores de risco que possam complicar o curso normal da gravidez (Rocha, et al., 2020).

Através da realização da cardiocotografia (CTG) o EEESMO monitoriza o bem-estar materno e fetal, conforme prescrição médica, ou se a situação assim o exigir. Pode realizar este procedimento e interpretar os seus resultados em todos os turnos. No entanto, a avaliação da contratilidade uterina e da frequência cardíaca fetal (FCF) nem sempre é fácil, uma vez que não se resume somente a uma análise dos parâmetros apresentados, mas sim a interpretação de vários fatores clínicos, que podem levar à alteração de procedimentos.

A hemorragia durante a gravidez é uma das complicações mais frequentes, e uma das principais causas de morbidade e mortalidade perinatais, e que motiva muitos internamentos (Miranda et al., 2016). É classificada de acordo com o trimestre em que se manifesta.

A hemorragia do 1º e 2º trimestre de gravidez, ocorre em cerca de 25% das gravidezes, e está geralmente associada a situações patológicas da própria gravidez, sobretudo o abortamento, gravidez ectópica e mola hidatiforme, em que a idade materna, a paridade e a existência de abortamentos anteriores, são fatores de risco que se encontram relacionados com a hemorragia vaginal do 1º e 2º trimestre. Para além da hemorragia vaginal, a dor tipo cólica é também uma manifestação clínica que está associada (Belo et al., 2020).

Durante o estágio tive a oportunidade de prestar cuidados a mulheres em situação de abortamento e/ou interrupção médica da gravidez. Nestas situações, como futura EEESMO para além da experiência/prática já adquirida, necessitei de aprofundar conhecimentos e competências humanas ético-morais demonstrando sempre empatia e compreensão.

Em Portugal, o abortamento eugénico, é permitido por lei até às 24 semanas de gestação, no que respeita às situações em que se realiza a interrupção da gravidez por motivos relacionados com a saúde do embrião ou feto (Canário et al., 2011). Portanto, se se prever que o nascituro virá a sofrer de malformações congénitas ou doença grave de forma incurável, é realizado a interrupção médica da gravidez.

Presenciar estas situações de abortamento é sempre muito difícil, quer para a equipa de enfermagem, quer para aquela família que planeou e desejou aquele bebé, que nutre sentimentos e emoções tão fortes, que irão demorar a sarar.

A hemorragia vaginal no 3º trimestre de gravidez, por sua vez, está também associada a situações patológicas da própria gravidez, como placenta prévia, descolamento prematuro da placenta normalmente inserida (DPPNI), lesões cervicais e do colo uterino, e lesões vaginais e vulvares. Alguns fatores de risco associados às hemorragias do 3º trimestre são a idade materna avançada, multiparidade, cesarianas anteriores, curetagens uterinas anteriores, gemelaridade, placenta prévia anterior, hipertensão arterial, traumatismos, tabagismo, descompressão uterina súbita e rotura prematura de membranas. A hemorragia vaginal é a principal manifestação clínica, podendo ser acompanhada de dor abdominal, associada a contrações uterinas. Após a identificação de uma hemorragia do 3º trimestre, é crucial manter a vigilância materno-fetal de forma contínua através da monitorização cardiotocográfica, com o intuito de vigiar sinais de sofrimento fetal agudo e contratibilidade uterina (Belo, et al., 2020).

Relativamente a esta situação clínica, apenas prestei cuidados a duas grávidas com o diagnóstico de placenta prévia, fazendo-me consciencializar, enquanto futura enfermeira EEESMO, do perigo iminente que uma gravidez complicada por uma placenta prévia total oclusiva central, pode acarretar, em que basta o não cumprimento do repouso absoluto da

grávida, pode desencadear hemorragia vaginal grave e colocar em perigo a sua vida e a do feto.

Define-se ameaça de parto pré-termo (APPT) o aparecimento de contratibilidade uterina regular, provocando alterações no colo uterino antes das 37 semanas de gestação, nomeadamente afunilamento em U ou em V, apagamento e/ou dilatação do colo. O parto pré-termo, é todo o parto que ocorre entre a 22^a e a 36^a semana + 6 dias de gestação, ocorrendo em cerca de 10% das gravidezes e é uma das principais causas de morbidade e mortalidade neonatal, sendo que metade desses óbitos acontece em recém-nascidos com peso igual ou inferior a 500g à nascença (Magro et all., 2016).

É uma das complicações que, geralmente, requer internamentos mais longos, com o intuito de prolongar/manter a gestação até à 37^a semana ou mais, sempre que possível, garantindo assim a viabilidade do feto à nascença, através da administração de terapêutica tocolítica, para cessar as contrações, como por exemplo o Atosiban (inibidor dos recetores de ocitocina) endovenoso, cumprindo os protocolos instituídos no serviço, e terapêutica para promover a maturação pulmonar fetal, para evitar o síndrome da dificuldade respiratória no nascituro prematuro, como a Dexametasona 6mg (4 doses IM, com intervalo de 12h), e as grávidas devem cumprir repouso absoluto/relativo.

Perante uma APPT, é de extrema importância que a grávida/família se consciencialize da possibilidade de ocorrer um parto pré-termo, e que, consoante essa prematuridade, haver a possibilidade de o seu recém-nascido vir a ser internado numa unidade de Neonatologia. Assim sendo, ao longo do internamento, como futura EEESMO, procurei realizar essa preparação para a transição positiva para a parentalidade, contribuindo para a aquisição de competências para o novo papel de pais (transição para a parentalidade), assim como a promoção do aleitamento materno, da importância do contato pele-a-pele e método canguru, quer através de conversas informais, quer fornecendo informação escrita (folhetos) existentes no serviço.

As alterações hipertensivas na gravidez referem-se a uma grande variedade de condições nas quais se verifica uma elevação da tensão arterial materna, com o correspondente risco para o bem-estar fetal. A pré-eclâmpsia é uma condição específica da gravidez, na qual a hipertensão se desenvolve após as 20 semanas de gestação numa mulher grávida previamente normotensa. A eclâmpsia é o desenvolvimento de convulsões ou coma em grávidas com sinais e sintomas de pré-eclâmpsia, que não possam ser atribuídos a patologia neurológica pré-existente. A pré-eclâmpsia e a eclâmpsia podem levar a complicações maternas e fetais, tais como placenta abrupta e conseqüentemente morte fetal ou neonatal (Bobak et all., 1999).

Nestas situações, durante o estágio, estive também alerta para outros sinais e sintomas que estão associados, para além das convulsões, como hipertensão extrema, hiperreflexia,

proteinúria, edema generalizado, e a grávida pode referir ainda cefaleias, com ou sem perturbações visuais, não descurando a importância de vigiar o bem-estar fetal.

A síndrome de HELLP é uma forma muito grave de pré-eclâmpsia/eclâmpsia, na qual a grávida apresenta várias queixas, que vão desde mal-estar geral, dor epigástrica, náuseas e apresenta valores laboratoriais comuns a um síndrome de hemólise (H) dos eritrócitos, elevação das enzimas hepáticas (EL, *Enzymes of Liver*), e baixa de plaquetas (LP, *Low Platelets*) (Bobak et al., 1999).

Num dos turnos de estágio, tive a oportunidade de prestar cuidados e acompanhar uma grávida com diagnóstico de entrada “Suspeita de Síndrome de HELLP”, que se veio a confirmar nesse turno. Isto porque, no turno anterior a grávida manifestou mal-estar geral, dor epigástrica intensa e alterações analíticas com agravamento progressivo. Os cuidados de enfermagem especializados nestas situações graves implicam um conhecimento profundo do processo da doença, regime de tratamento e possíveis complicações para a mulher e para o feto. Assim sendo, os cuidados de enfermagem devem ser dirigidos a ambos. Iniciei então a vigilância contínua materno-fetal através da realização CTG contínua, avaliação da tensão arterial horária, contabilização da diurese, até ser chamada para cesariana urgente.

Em contexto de patologia da gravidez, a educação para a saúde é de grande importância, sendo uma das competências do EESMO “promover a saúde da mulher durante o período pré-natal” (OE, 2019a), e que pressupõe, entre outros, informar, orientar e implementar programas e projetos de promoção da saúde pré-natal.

Assim sendo, e dando o exemplo de uma grávida a quem prestei cuidados, internada com o diagnóstico de “Diabetes descompensada na gravidez”, com 14 semanas e 6 dias de gestação. Quando uma mulher já diabética fica grávida, é identificada como uma diabética pré-gestacional, que era o caso desta utente, e que era seguida em Consulta de Diabetes e Consulta de Gravidez de Risco. Houve a necessidade de esta grávida ficar internada por incumprimento do plano insulínico proposto e por descontrolo dos valores da glicémia. A mulher diabética grávida está em risco de desenvolver complicações maternas e neonatais, tais como: aborto espontâneo, hipertensão induzida pela gravidez, hidrâmnios, infeções, anomalias congénitas, macrosomia, restrição de crescimento Intrauterino, síndrome de dificuldade respiratória. E o grau de risco está diretamente relacionado com o autocontrolo da glicémia antes da conceção e durante a gravidez (Bobak et al., 1999).

A prestação de cuidados a esta grávida baseou-se essencialmente na educação para a saúde através de ensinamentos constantes acerca dos cuidados a ter com esta doença, desde os horários de avaliação das glicémias, métodos e locais de administração de insulina, à alimentação mais adequada, adequando estratégias de ensino de acordo com o nível de conhecimentos desta grávida, de forma a modificar os seus comportamentos futuros e assim prevenir possíveis complicações maternas e/ou fetais, que daí possam advir.

Prestei cuidados a 58 grávidas com patologia da gravidez, correspondendo no total a 104 exames pré-natais. As patologias mais comuns com que me deparei durante o estágio foram: ameaça de parto pré-termo, hemorragia do 3º trimestre (placenta prévia), diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, restrição de crescimento intrauterino, pielonefrite aguda, interrupção médica da gravidez/aborto espontâneo/gravidez ectópica. Foi ainda possível prestar cuidados a uma grávida com Síndrome de HELLP, e outra vítima de acidente de viação, que ficou internada para vigilância do bem-estar materno-fetal. Neste serviço, são também admitidas as grávidas com cesarianas eletivas programadas.

3.4 Desenvolvimento de competências específicas na área da Promoção da Saúde da Mulher

O estágio na área da Promoção da Saúde da Mulher decorreu em três semanas, com 72h de contato, na USF Infante D. Henrique, em Viseu. Esta USF funciona no 2º piso de um edifício, com meios para pessoas com acessibilidade reduzida (elevador), e em termos de estrutura física, é composta por um átrio, uma sala de espera, dois balcões de atendimento, oito gabinetes médicos, oito gabinetes de enfermagem, duas salas de tratamentos, dois gabinetes destinados a consultas de saúde da mulher, e um cantinho da amamentação.

A equipa de enfermagem é composta por oito enfermeiros, um deles EEESMO, que foi a minha tutora de estágio. Esta USF serve uma população de 15.117 utentes, sendo que 3.548 são mulheres em período fértil (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2022). Cada enfermeiro, designado como enfermeiro de família, trabalha em parceria com um médico especialista em Medicina Geral e Familiar (médico de família) – equipa de família.

Devido à situação pandémica por SARS-CoV-2 (Covid 19) que se vivia naquele período em decorreu o estágio, a USF funcionava com horários alternados, ou seja, as equipas não trabalhavam todas ao mesmo tempo, e os turnos eram de manhã ou de tarde, evitando assim o ajuntamento de utentes nas instalações da USF. Sempre que possível, ou a situação se adequasse, privilegiavam-se as consultas à distância.

A área da promoção da saúde da mulher desenvolvida numa Unidade de Saúde Familiar (USF) abrange uma vastidão de intervenções que requerem extrema dedicação, e as 72h de contato deste estágio tornam-se muito restringidas para extensa aprendizagem.

No âmbito do planeamento familiar, educação sexual e saúde preconcepcional, a USF dispõe de consulta de enfermagem de planeamento familiar, em gabinete próprio para o efeito, que dá resposta às solicitações sobre contraceção, preconceção, infertilidade ou

fertilidade, onde se realizam intervenções a mulheres/casais desde o início da idade fértil até à fase do climatério, e ainda, informam-se e orientam-se sobre os recursos disponíveis na comunidade, de acordo com a sua situação, promovendo o autocuidado e a literacia em saúde. Realizei uma consulta de planeamento familiar em conjunto com a EEESMO e o médico de família, em que os ensinamentos e orientações implementados foram acerca dos comportamentos de risco, métodos contraceptivos, infeções sexualmente transmissíveis (IST), e possíveis formas de tratamento. Forneci métodos contraceptivos gratuitamente, medida esta em conformidade com a legislação portuguesa, nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012. A disponibilidade de contraceptivos gratuitos no Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem como objetivo assegurar a diversidade de métodos, uma escolha adaptada a um maior número de utentes, garantindo a liberdade de escolha sobre o método. A esta consulta, maioritariamente e infelizmente, só comparece a mulher, que foi o caso, quando esta deveria ser acompanhada pelo seu parceiro sexual, para em conjunto, e depois de devidamente esclarecidos, tomarem a melhor decisão acerca do método contraceptivo que desejam utilizar. Para que deste modo se possam cumprir os objetivos preconizados pela DGS (2008) no âmbito do planeamento familiar, que são: promover a vivência da sexualidade de forma saudável e segura; regular a fecundidade segundo o desejo do casal; preparar para a maternidade e a paternidade responsáveis; reduzir a mortalidade e a morbilidade materna, perinatal e infantil; reduzir a incidência das IST e as suas consequências, designadamente, a infertilidade; e melhorar a saúde e o bem-estar dos indivíduos e da família.

O acesso aos cuidados pré-natais é um dos indicadores de avaliação da qualidade nos cuidados de saúde primários, estes englobam a prevenção da doença, a promoção da saúde e o tratamento de problemas que podem ocorrer durante a gravidez e após o parto (Sehnm, et al., 2020). Os enfermeiros têm um contacto estreito com as grávidas e com as suas preocupações durante a gestação, e a adesão da mulher aos cuidados pré-natais está relacionada com a qualidade da assistência prestada (Reis & Rached, 2017). O EEESMO é então um profissional fulcral para prestar a assistência no pré-natal, pois é qualificado para intervir com estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças de forma humanizada (Sehnm, et al., 2020).

A USF disponibiliza também programas de preparação para o parto e parentalidade ministrados pela EEESMO desta unidade, que mais uma vez devido à situação pandémica por Covid19, as sessões foram realizadas *online* duas vezes por semana, através da aplicação *Jitsi Meet*. Nestas sessões eram abordados assuntos específicos da gravidez, parto e puerpério, baseando-se no método psicoprofilático, assim como cuidados ao bebé e recursos disponíveis na comunidade. Para Frias e Franco (2008) o método psicoprofilático consiste num processo educativo para a aquisição de conhecimentos sobre as várias formas

de experienciar o trabalho de parto e parto. Estas sessões são em grupo, de caráter teórico-prático, baseadas numa preparação psicológica, pedagógica e física, sendo desenvolvidas várias temáticas, tentando assim reduzir a ansiedade e o medo que o parto e o pós-parto podem provocar, assim como esclarecem as dúvidas das grávidas que possam surgir, corrigindo também ideias erradas formadas.

Para além de ter assistido a todas as sessões enquanto estive em estágio, o que totalizou 102 contatos com grávidas, foi-me dada a oportunidade de ser eu a realizar duas delas, uma sobre os Direitos de Parentalidade e outra sobre as Alterações Emocionais no Pós-Parto.

3.5 Desenvolvimento de competências específicas na área de Neonatologia

O estágio desenvolvido nesta área específica de intervenção, teve uma duração de 3 semanas, com 72h de contato. A UCERN, do CHTV, EPE, situa-se no 2º piso da unidade hospitalar. É composto por uma sala aberta com capacidade para seis incubadoras, onde se encontra o balcão de enfermagem, um carro com material de reanimação neonatal e uma bancada de apoio para prestação de cuidados aos RN, um carro com medicação, e onde se prepara a mesma. Em paralelo a esta sala aberta existe uma sala de berços, com capacidade para oito berços. Existe um espaço comum a estas duas salas que contém uma bancada com banheira para a prestação de cuidados de higiene aos recém-nascidos. Possui ainda dois quartos, um deles com casa de banho, uma copa de leites, um cantinho para extração de leite materno com capacidade para duas puérperas, uma sala de reuniões, o gabinete da enfermeira chefe, arrecadações para material clínico e hoteleiro. A lotação da capacidade total do serviço vai-se ajustando às necessidades que surgem.

A equipa de enfermagem é constituída por dezanove elementos, dos quais quatro enfermeiros são Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica, um em Enfermagem de Reabilitação e outro em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátria. Ainda que a prestação de cuidados ao RN na UCERN, seja através do método individual existe interajuda entre os elementos de enfermagem.

“A admissão de um Recém-Nascido (RN) numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), requer dos enfermeiros competências especializadas, de modo a considerar não somente os aspetos biológicos do RN, mas centrando o cuidar no binómio RN/pais.” (Ribeiro et al., 2015)

Segundo os mesmos autores, os pais que têm um RN internado em UCIN experienciam uma grande sobrecarga emocional, manifestada pela ansiedade e pelo sofrimento, que poderão dever-se ao medo de poder perder um filho, ao receio de alterações cognitivas ou físicas que possam vir a desencadear-se futuramente, ou a um conjunto de fatores stressantes inerentes ao próprio ambiente da UCIN, considerando de grande importância o apoio prestado pelos enfermeiros durante o internamento do seu RN, sentindo mais segurança e confiança.

Deste modo, neste estágio de Neonatologia, neste caso numa Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais (UCERN), pretendeu-se que como futura EEESMO, desenvolvesse competências no “cuidar o RN normal e de risco inserido na família e comunidade durante o período neonatal, no sentido de potenciar a saúde do RN, apoiando o processo de transição e adaptação à vida extrauterina e fomentando a vinculação afetiva” (IPV, 2021).

O internamento de um RN numa UCERN é um evento traumático para os pais, que sentem um stress emocional e psicológico colossal. O internamento é muitas vezes feito em contexto de urgência, sendo difícil para os pais envolverem-se em todo o processo que caracteriza uma UCERN, uma vez que não se encontram preparados física e psicologicamente para este evento.

Foi com esta realidade que me deparei no decorrer deste estágio, lidando e cuidando, diariamente, de RN e pais, também eles prematuros, nesse seu novo papel, uma vez que são forçados a confrontar-se com um acontecimento indesejado e inesperado, e para o qual ninguém os prepara.

Numa UCERN enfermeiros têm o papel crucial de controlar as peculiaridades, geradoras de stresse, do ambiente da UCERN e de criar um ambiente em que o RN possa desenvolver-se a nível físico, cognitivo e emocional na interação com as mães/pais, ainda que existam múltiplos fatores que o dificultem pela natureza e complexidade inerente a este ambiente. Em suma, o enfermeiro desenvolve intervenções capazes de promover para além do vínculo, a autonomia, a capacitação e até mesmo o orgulho no novo papel que desempenham.

Ao longo do internamento, e no sentido de potenciar a saúde do RN, a educação para a saúde está sempre presente e é realizada diariamente através de ensinamentos às mães/pais sobre sinais de alerta a ter em atenção, e cuidados a ter com o RN, nomeadamente sobre a alimentação, eliminação, higiene, sono e repouso, temperatura corporal, medidas de segurança, gestão do regime terapêutico (se necessário), transporte do RN (Alta Segura) e vigilância de saúde após a alta, cumprindo a lista existente no processo individualizado do RN (em formato papel). Aproveitei também todas as oportunidades para informar as mães/pais da utilidade do Boletim de Saúde do bebé, que contém informações importantes acerca do

crescimento, desenvolvimento e sinais de alarme, que podem consultar sempre que surjam dúvidas.

O leite materno (LM) é considerado o alimento preferencial para a alimentação do RN, sendo o mais adequado para o seu desenvolvimento. Segundo Nelas et al. (2008) “o aleitamento materno satisfaz as necessidades do bebê, promove a proximidade entre mãe e filho e fortalece o vínculo iniciado na gestação”. Para Delgado e Halpern (2005), o nascimento de um RN pré-termo acarreta dificuldades de adaptação à vida extrauterina devido à imaturidade das funções respiratória, circulatória e gastrointestinal. Pelas suas características naturais o LM assume-se assim como o alimento preferencial para o RN pré-termo.

Deste modo, senti que como futura enfermeira EESMO deveria apostar na promoção do aleitamento materno, desde que a mãe expressasse livre vontade em amamentar ou em extrair leite materno para alimentar o seu RN, explicando-lhe a importância do LM para a proteção imunitária, crescimento e desenvolvimento futuro do RN. Assim, é instruída a técnica da amamentação através da identificação de sinais de boa pega, reflexos de sucção e deglutição, posicionamento do bebê. As mães são ainda instruídas a extrair o LM utilizando a bomba elétrica disponível no serviço, com o objetivo de estimular e manter a sua produção, para suprir as necessidades nutricionais crescentes do seu RN. São também explicadas as medidas de higiene a utilizar e as condições de conservação do LM, assim como o posicionamento do bebê quando o LM é oferecido por tetina/biberon.

No entanto, é importante atender que as mulheres são livres de escolher se pretendem, ou não, amamentar os seus filhos. Então, cabe aos enfermeiros o dever de informar, para que essa decisão seja feita de forma consciente e informada. Se se mantiver uma postura de abertura relativamente ao tema, as mães podem sentir-se mais à vontade para assumirem que não é seu desejo amamentar, sem que se sintam alvo de julgamentos ou críticas. Perante esta decisão informada, instruímos a mãe a preparar o leite artificial (LA), cuidados de higiene e condições de conservação.

Relativamente à promoção da vinculação de forma sistemática, particularmente em RN doentes ou com necessidades especiais, é realizado o Método Canguru, sempre que o estado clínico do RN o possibilite.

O Método Canguru surgiu em 1978, no Instituto Materno Infantil de Bogotá, também conhecido como “Cuidado Mãe-Canguru” ou “Contacto Pele a Pele”. Inicialmente, este método foi criado com o intuito de diminuir a mortalidade neonatal provocada pelo aumento de infeções, devido à colocação de mais do que um RN por incubadora e, conseqüentemente, solucionar a falta destas. As mães colombianas passaram a ter um papel de “incubadoras humanas” (Barbosa, 2013).

O contacto pele a pele consiste na permanência do RN junto à mãe/pai à semelhança de um marsupial, sendo o Canguru o mais conhecido, o qual carrega os seus filhos até que estejam prontos a fazer a transição do ambiente intrauterino para o meio envolvente de forma segura (Barbosa, 2013).

O recurso regular e continuado ao Método Canguru, proporciona ao RN inúmeros benefícios que se resumem na estabilidade hemodinâmica, incluindo regulação térmica, frequência cardiorrespiratória e saturação de oxigénio mais estáveis, estimulação do aleitamento materno, ganho ponderal mais acelerado e efeito calmante com organização dos estados comportamentais. Favorece, ainda, o desenvolvimento do vínculo afetivo mãe-filho e proporciona maior confiança e competência dos pais no cuidado ao seu filho após a alta diminuindo o tempo de internamento, com vista a um desenvolvimento sensório-motor mais adequado (Barbosa, 2013).

Aproveitei a oportunidade e o contentamento de poder colaborar na realização desta prática numa situação de gémeos prematuros (trinta e três semanas e três dias) que ainda não tinham sentido o calor e o aconchego da sua mãe desde que nasceram. Logo no primeiro contato foram colocados os gémeos em simultâneo em contato pele a pele com a mãe, e o fâcias daquela mãe foi algo indescritível, manifestando tamanha satisfação, tranquilidade e amor, sentimentos esses indispensáveis na promoção do vínculo materno. Nos dias seguintes aquela mãe praticava o método canguru de forma alternada com a amamentação de cada gémeo.

Durante este estágio, o fato de ter sido orientada por uma Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica a realizar só turnos de manhã, favoreceu o meu desenvolvimento progressivo na aquisição de habilidades no cuidar o RN prematuro. Visto que, o turno da manhã é o mais dinâmico em termos de prestação de cuidados diretos ao RN, sinto que me tornei cada vez mais autónoma.

Ainda relativamente à demonstração de conhecimentos e habilidades no cuidado ao RN, em termos de técnica, tive a oportunidade de realizar entubação de SNG, punção de veia periférica para colheita de sangue e Diagnóstico Precoce, tendo informado e esclarecido a mãe quanto à sua importância e benefícios, fornecendo-lhe informação escrita (folheto).

3.6 Desenvolvimento de competências específicas na área de Sala de Partos

O estágio em Sala de Partos decorreu em dezoito semanas, com 432h de contato. O serviço Urgência Obstétrica e Ginecológica/Sala de Partos do CHTV, EPE, situa-se no 2º piso

da unidade hospitalar, e é composto pelo serviço de urgência, que possui quatro gabinetes médicos, um gabinete para realização de ecografias, uma sala com dois cardiocógrafos, uma sala de enfermagem, uma sala de preparação de medicação e dois quartos de observação com duas camas cada quarto. A Sala de partos é composta por uma sala de enfermagem, sete quartos individuais, que garantem a privacidade ao longo do trabalho de parto e parto, com cores neutras, e com temperatura e humidade adequados, e a pessoa significativa pode acompanhar a parturiente o tempo todo. Cada quarto está preparado para receber e prestar cuidados de reanimação ao recém-nascido. Possui ainda duas casas de banho, uma delas com chuveiro para as parturientes.

A equipa de enfermagem é constituída por 29 EEESMO e uma parteira, e o método de trabalho utilizado é o individual, em que cada EEESMO centra a sua atenção nas necessidades das parturientes, valorizando a personalização e individualização dos cuidados. Os elementos desta equipa são escalados quer na Sala de Partos, quer no Serviço de Urgência.

De acordo com o Regulamento das competências específicas do enfermeiro EESMO (OE, 2019b), este “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina”.

A mulher experimenta uma das mais profundas mudanças na sua vida por ocasião do parto, incluindo alegria e ansiedade. Inicia-se com a primeira contração uterina, continua a aumentar no decorrer das horas, com os esforços próprios do trabalho de parto e culmina com o nascimento, a partir do qual é iniciada a relação mãe-filho. É importante que o profissional que está a acompanhar o parto consiga transmitir à parturiente e à família apoio e confiança para o sucesso da sua assistência (Dotto et al., 2008).

Esta assistência deve-se basear nas preferências e opções da mulher/casal no que respeita à experiência do parto que querem vivenciar, tendo em conta as suas crenças, valores e tradições (International Confederation of Midwives, 2013), assim como respeitando o seu plano de parto. O plano de parto é o elo entre os desejos/ideias que a mulher/casal grávido têm, para o seu trabalho de parto e parto, e a equipa de saúde, nomeadamente os enfermeiros EESMO, e estes devem atuar de acordo com esse plano de parto estabelecido pela mulher/casal, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado, sempre que a situação clínica da mulher e do feto/RN o permitam, motivo pelo qual, o mesmo deve ser realizado com o auxílio destes profissionais. No entanto, esta é uma das áreas da Saúde Materna e Obstétrica que merece maior intervenção por parte dos enfermeiros EESMO, de

modo a promoverem a sua abordagem e a sua realização para propiciarem a vivência experiências de trabalho de parto (TP) e parto mais positivas.

Durante a admissão da grávida/acompanhante foi sempre meu propósito estabelecer uma relação de confiança, explicar todos os procedimentos, assim como as normas do serviço e apresentar o mesmo e a equipa, dado que “a forma como o enfermeiro comunica com a mulher no primeiro contato, pode determinar a vivência de uma experiência de nascimento positiva” (Lowdermilk, & Perry, 2008). O atendimento humanizado e atencioso dos profissionais, deve transmitir bem-estar à mulher/acompanhante, proteção e segurança esperados por estes. O ambiente pode influenciar a primeira impressão das pessoas, de acordo como as condições que se apresentam, pois irá haver um envolvimento de todos os presentes na ocasião do TP e parto. Estes momentos de conhecimentos e partilha permitem criar uma relação de proximidade e confiança, empoderando a mulher/acompanhante com conhecimento, promovendo a sua autonomia e capacitando-os para uma tomada de decisão informada sobre o seu parto.

Observei que a mulher frequentemente adota um papel passivo durante o seu TP, desprovendo-se da sua autonomia. A centralização das decisões cabe aos profissionais, quase em exclusivo, partindo-se do princípio de que a sua atuação se baseia sempre no melhor interesse da mulher/RN/família. Por isso, mais do que reconhecer a autonomia da mulher, é importante capacitá-la para a tomada de decisão sobre o seu parto.

Segundo a OE (2019b) é da competência do EEESMO que o TP decorra num ambiente seguro, com o objetivo de otimizar a saúde da mulher e do recém-nascido (RN) na sua adaptação à vida extrauterina, diagnosticando e prevenindo, precocemente, anomalias e/ou complicações. No momento da admissão na Sala de Partos, após o acolhimento da parturiente e acompanhante, é avaliado bem-estar fetal através da monitorização cardiotocográfica (CTG), monitorizada a dor, cateterizado acesso venoso periférico, efetuada colheita de sangue para análises, se prescrito, de acordo com os procedimentos instituídos no serviço. Dada a situação pandémica em que nos encontramos, é realizado o teste/zaragatoa Sars-Cov2 a todas a parturientes, sendo esta acolhida num dos quartos destinados aos casos suspeitos ou que estão a aguardar o resultado do referido teste. Após resultado de teste negativo são então transferidas para a área não covid do serviço. Caso seja positivo, mantém-se nesse quarto até ser transferida para o serviço de Obstetrícia, após o parto e pós-parto imediato.

As parturientes admitidas na Sala de Partos são provenientes do serviço de urgência ou encaminhadas da consulta externa. Habitualmente o primeiro toque vaginal para avaliação da cervicometria, é realizado pela equipa médica, para deteção do apagamento, espessura,

amolecimento, dilatação e posição do colo do útero, variedade fetal, altura da apresentação, integridade das membranas e características do líquido amniótico, em caso de rotura prematura de membranas.

Para além do início do TP, um dos motivos que mais leva à admissão na Sala de Partos é a indução do TP, quando existe patologia médica ou obstétrica grave que coloque em risco a saúde materna ou fetal, oligoâmnios em gestação de termo, restrição do crescimento intrauterino, morte fetal ou gravidez não complicada que atinge as 41 semanas completas. As taxas de sucesso da indução do TP são mais elevadas quando o colo se apresenta favorável. Para tal pode utiliza-se geralmente o sistema de classificação: Índice de Bishop. (Lowdermilk & Perry, 2008). Segundo Gilbert e Harmon (2003), citado por Lowdermilk e Perry (2008), existe uma maior probabilidade de a indução do parto ser bem-sucedida se o índice for igual ou superior a 9 nas nulíparas e igual ou superior a 5 nas multíparas.

Quando não existia contraindicações, proporcionei e incentivei as parturientes a deambularem pelo serviço, a tomarem um duche quente, a utilizarem a bola de pilates para redução do desconforto e permitir momentos de relaxamento, assim como irem urinar ao WC, já que uma bexiga distendida pode dificultar a descida da apresentação (Lowdermilk, & Perry, 2008). Além da deambulação, a bola é uma estratégia para o movimento ativo durante o TP, ou seja, a bola é um recurso que estimula a posição vertical, permite liberdade de movimento e adoção de diferentes posições, permite o exercício e balanço pélvico, sendo também um objeto lúdico que distrai a parturiente (foco de atenção), promovendo um TP tranquilo (relaxamento).

Em situações em que a deambulação não era possível pela necessidade de monitorização da frequência cardíaca fetal (FCF) contínua, dada a administração de misoprostol ou pela presença de perfusão de oxitocina via endovenosa, trabalhei juntamente com a mulher/acompanhante os exercícios possíveis de realizar na bola, mesmo com CTG colocado. A colaboração por parte de algumas das parturientes foi positiva.

Por vezes sentiam dúvidas sobre o desenrolar do trabalho de parto e expectativas sobre o tempo que iria durar, e o facto de poderem fazer algo, ou seja, terem um papel ativo no seu trabalho de parto, colaborarem com o seu corpo, as motivava e acalmava, sentiam que se estava a fazer algo. O que observava nas mulheres a quem era dado um papel passivo, era um rosto ansioso de quem olha os minutos a passar sem ver resultados.

Particpei no momento da realização da analgesia epidural às parturientes, agindo de acordo com a norma de serviço. Considerei a minha presença importante durante o procedimento, não apenas pelo apoio necessário ao anestesista, mas no sentido que sendo uma técnica invasiva, permitiu-me dar apoio à parturiente, não só pela presença, mas

também, através do toque terapêutico e diálogo. Senti que a minha presença foi útil para a parturiente, por diversas vezes observei que era a própria que procurava o toque da minha mão para seu conforto. A partir do momento em que tinham de permanecer no leito, uma vez que ficavam com perfusões contínuas de analgesia, até ao fim do TP, alternavam decúbitos no leito, com avaliação materno-fetal permanente (CTG e parâmetros vitais maternos). Nestas situações realizei o esvaziamento vesical de duas em duas horas, o que para algumas parturientes era constrangedor, o fato de não conseguirem urinar espontaneamente. Estando então as parturientes privadas apenas do leito nestas situações, um dos aspetos negativos que referiam era o fato de não conseguirem aceder à rede internet para se distraírem ou comunicarem com a família/amigos, visto que atualmente estamos todos habituados a esta companhia e distração que é navegar na internet. Portanto, de acordo com o que tinha para lhes oferecer, como o silêncio, a minha presença, luminosidade diminuída, privacidade, observei algumas parturientes relaxarem, alcançarem o conforto e adormecerem no intervalo das contrações, o que promovia a dilatação cervical de forma mais natural e menos dolorosa.

A primeira vez que realizei um toque vaginal posso admitir que não foi nada fácil identificar as características e a dilatação do colo uterino, a variedade, o que realmente consegui sentir foi algo quente, húmido e muito escorregadio. Considero que com o evoluir do estágio, todos os toques vaginais que fui realizando, contribuíram para a minha aprendizagem, sentindo-me agora confiante na avaliação que faço.

Ao longo da prestação de cuidados às parturientes pude aperceber-me que o principal sinal de dilatação completa foi a menção por parte das mesmas da sensação de pressão no períneo assim como a necessidade de iniciar esforços expulsivos. “Logo que a apresentação atinge o pavimento pélvico, as contrações adquirem um carácter expulsivo. A mulher em trabalho de parto sente uma necessidade involuntária de fazer esforços expulsivos” (Lowdermilk & Perry, 2008).

Após a confirmação pelo toque vaginal da presença de dilatação completa – 10 cm, orientei as parturientes a iniciarem esforços expulsivos. Grande parte destas mulheres não tinha frequentado cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade (PPP), dada a situação pandémica em que nos encontramos. Deste modo, a educação para a saúde neste momento foi importante na orientação dos esforços expulsivos. Foi sempre meu objetivo manter uma postura calma e segura, durante a assistência à parturiente no período expulsivo, dando-lhes informação acerca da evolução do parto. A posição adotada para as parturientes no momento do parto é a posição litotomia modificada (posição semi-sentada).

Segundo Lowdermilk & Perry (2008), citando Gupta e Nikodem (2001), a “posição afeta as adaptações anatómicas e fisiológicas da mulher ao trabalho de parto, mudanças frequentes

de posição aliviam a fadiga, aumentam o conforto e melhoram a circulação”. A mudança frequente de posição permite mobilizar os ossos da bacia para ajudar o feto a encontrar a melhor posição, as posições verticais usam a gravidade para ajudar na descida do feto através do canal de parto. Durante todo o processo da condução do TP penso que consegui, através dos meus cuidados, promover o conforto da parturiente/acompanhante. Foi sempre minha ambição conseguir conduzir um parto de modo a que a parturiente/casal tivessem confiança em mim e na minha ajuda, e que lhes conseguisse proporcionar uma boa experiência, apesar dos incómodos em termos fisiológicos, e tenho consciência que só o consegui com a minha presença, com uma relação de empatia e diálogo, são estes alguns dos aspetos que fazem parte de um cuidado humanizado, sendo benéfico e estimulante para a parturiente, visto que se encontra mais sensibilizada e carente de atenção e respeito. Acrescento que o ambiente da sala de partos e a presença do acompanhante são contributos para o conforto no alívio da dor.

A aplicação de técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica foi um desafio estimulante, que a cada experiência sentia mais vontade em aperfeiçoar. E, naturalmente, os primeiros partos que executei foi a quatro mãos, que me guiaram e instruíram a partear. O fato de ter tido a oportunidade de ser orientada por 3 enfermeiros EESMO, tão características tão distintas, foi uma mais-valia para o meu crescimento enquanto futura enfermeira EESMO, todos eles com técnicas diferentes, mas todas elas eficazes e que me ajudaram a construir a minha técnica. A expressão que me irá acompanhar para toda a vida: “Nunca virar as costas ao acontecimento!” – significa isto que, perante a dilatação completa, e a parturiente inicia esforços expulsivos, devo preparar-me rapidamente e ficar sempre de olhos postos no períneo da parturiente, uma vez que o coroamento e, conseqüentemente, a expulsão do feto podem ocorrer precipitadamente.

Durante os meus turnos de estágio não tive a oportunidade de assistir a partos de apresentação pélvica, nem partos gemelares (apesar de ter acompanhado duas parturientes com gestação gemelar). Colaborei com a equipa médica em partos instrumentados por ventosa, mas não assisti a nenhum parto instrumentado por fórceps.

Após expulsão, solicitei a administração de oxitocina EV (intervenção institucionalizada nesta unidade – administração EV de 10 unidades de oxitocina diluída em 100cc de soro fisiológico) ao colega que estava presente na sala de partos, para estimular a contratilidade uterina e a prevenção de hemorragia uterina, como refere Lowdermilk & Perry (2008).

Durante a dequitação (3^o estadio), mantive uma atitude calma e expectante aguardando pelo momento da expulsão da placenta. Pesquisei os sinais de descolamento da placenta, em que já não se dá a retração do cordão quando aplicada pressão supra-púbica,

tornando-se este mais visível, e há um afluxo de sangue à vulva. Após a saída da placenta em todas as situações procedi à sua observação: mecanismos de descolamento (Schultze ou Duncan); integridade da mesma; inserção do cordão e presença de anomalias da placenta/cordão umbilical. Para uma avaliação completa e mais segura, realizei pesquisa de coágulos sanguíneos no “fundo de saco”.

De seguida realizava a pesquisa de lacerações e/ou observação da episiotomia para iniciar a episiorrafia e/ou sutura de lacerações. Esta técnica suscitou-me algumas dúvidas acerca dos tecidos em função dos diferentes planos de sutura, contudo tive a oportunidade de aprofundar a mesma e desenvolver capacidades na sua execução, através dos conhecimentos transmitidos pelos enfermeiros EESMO que me acompanharam.

Foi meu objetivo, sempre que possível e após avaliação do períneo, tentar realizar partos sem necessidade de episiotomia, promovendo assim o períneo intato, pois segundo Borges (2002) o “uso seletivo está associado a melhores resultados, (...), uma diminuição das lesões severas e um maior número de períneos intatos (...)”, pelo que o “uso restritivo parece trazer alguns benefícios quando comparado com políticas de uso generalizado”.

Dos 48 partos que executei, realizei no total 11 episiotomias, promovi 1 períneo íntegro, em que os restantes apresentaram lacerações de I e II grau, posteriormente suturadas. Pelo que observei ao longo do meu estágio, e pelo que nos diz a evidência científica, no serviço não se executa de forma rotineira a prática da episiotomia, esta é apenas utilizada para cumprir a maioria dos objetivos pelos quais é justificada, designadamente: prevenção do trauma perineal grave, prevenção de danos do assoalhado pélvico e prevenção de lesões do pólo cefálico do recém-nascido aquando do nascimento.

Alguns autores justificam o seu uso para prevenir o suposto afrouxamento pélvico irreversível do parto, contudo sabe-se que isso depende do tónus da musculatura vaginal, da sua contração e relaxamento. Critérios válidos para a realização de episiotomia são o sofrimento fetal, a macrossomia, a prematuridade, distocia de ombros, parto com fórceps ou ventosa, a falta de colaboração materna e a pouca elasticidade perineal (Carvalho et al., 2010).

Em 2018 a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou 56 recomendações relativas aos cuidados no intraparto para uma experiência de parto positiva, apontando as melhores evidências científicas. Na recomendação 39 refere que o uso rotineiro ou liberal de episiotomia não é recomendado para mulheres submetidas a parto vaginal espontâneo. Esta publicação desencoraja a utilização da episiotomia de forma rotineira, afirmando que não existem evidências fiáveis tenha um efeito benéfico, mas há evidências claras de que pode causar

danos. É apontada como fator de risco para o desenvolvimento de traumatismo, infecções, hematomas, dor, hemorragia aumentada. (WHO, 2018)

O pós-parto é um período que se segue ao parto e implica ajustamentos físicos, psico-emocionais e sociais. É uma etapa durante a qual se dá o retorno das características dos órgãos reprodutores ao estado anterior à gravidez – puerpério, ocorre a adaptação, por parte da mulher, a uma nova identidade – identidade materna, a aprendizagem de um novo papel, o de mãe, o ajuste de um novo elemento familiar, com uma identidade própria, o filho, e toda uma reestruturação das relações familiares e sociais (Branden, 2000).

De acordo com Lowdermilk & Perry, (2008), o período pós-parto define-se como um período que decorre entre o nascimento do RN e o retorno dos órgãos maternos ao seu estado não gravídico, designado de puerpério, com uma duração de seis semanas após o parto. Existe uma classificação cronológica para o puerpério, as primeiras 2 horas após a dequitação é o puerpério imediato ou o 4º estadio do TP, o puerpério precoce decorre até ao final da 1ª semana e o puerpério tardio da 2ª à 6ª semana.

O pós-parto é uma etapa marcada pela grande vulnerabilidade física e emocional para a puérpera, um período que compreende mudanças e consequentes reajustamentos ao papel maternal (Lowdermilk, & Perry, 2008). O processo de adaptação à maternidade, que já se vai desenvolvendo ao longo da gravidez, torna-se mais evidente após o nascimento do filho. Assim, a adaptação da mulher no pós-parto é influenciada por um conjunto de vivências, sentimentos, atitudes e comportamentos.

Neste serviço, existem 2 quartos, cada um com 2 camas, destinados ao puerpério imediato, para onde a puérpera/acompanhante e RN são transferidos após o parto. É importante que o profissional detenha conhecimentos sobre a anatomia e fisiologia materna, período de recuperação, características físicas e comportamentais do RN e reação da família ao nascimento da criança, para poder prestar cuidados especializados e apropriados (Lowdermilk, & Perry, 2008).

No pós-parto imediato há necessidade de uma maior vigilância do bem-estar materno, devido a um maior risco de ocorrência de complicações como a hemorragia pós-parto. Esta pode ocorrer devido a atonia uterina, lacerações cervicais, vaginais ou perineais, hematomas pélvicos ou rotura uterina, por tecidos retidos ou mesmo uma coagulopatia. Estas primeiras duas horas após o nascimento constituem um tempo crucial para a mãe e o RN. É um período de conhecimento mútuo, mãe e filho estão a estabelecer relações entre eles e com os restantes membros da família. É um período privilegiado para iniciar a amamentação (se for esta a decisão da mulher) porque o bebé está em estado de alerta e pronto a ser amamentado.

Por outro lado, amamentar neste período também ajuda a contrair o útero e a evitar uma hemorragia uterina (Lowdermilk, & Perry, 2008).

Neste momento é realizada alguma educação para a saúde, nomeadamente acerca da amamentação, sinais de fome, da lactação, o horário livre das mamadas, sinais de pega correta do RN à mama, tentei sempre mostrar-me disponível para dar apoio no início da amamentação; da importância da dieta alimentar da puérpera como forma de suprir as necessidades energéticas que o TP e a amamentação acarretam.

Obedecidas as duas horas pós-parto, monitorizam-se os sinais vitais da puérpera, são prestados os cuidados vulvoperineais, realizando esvaziamento vesical se bexiga cheia, dando continuação à educação para a saúde, agora acerca dos cuidados de higiene perineal em cada ida à casa de banho e a importância de manter aquela zona higienizada e seca. Remove-se o cateter epidural com técnica asséptica, caso tenha sido submetida a analgesia epidural, e é fornecida uma refeição à puérpera. Se não existir qualquer complicação, a puérpera e RN são então transferidos para o Serviço de Obstetrícia, acompanhados por enfermeira EESMO e assistente operacional.

Como aluna, em processo de aprendizagem, existiu sempre a preocupação compreender o impacto das minhas intervenções para responder as necessidades de conforto sentidas enquanto parturiente e compreender como aquela mulher vivenciou os cuidados por mim prestados e o seu TP e parto, assim, aproveitei todas as oportunidades para lhes ir fazer uma visita ao Serviço de Obstetrícia. Foi também minha preocupação observar o resultado da técnica de correção cirúrgica perineal com o intuito de identificar melhorias.

Tive a oportunidade de prestar cuidados e acompanhar sete mulheres com o diagnóstico de Interrupção Médica da Gravidez/Aborto em evolução, em que as minhas intervenções passavam por responder às necessidades de cuidados de conforto direcionados não só ao bem-estar físico, mas também emocional, promovi privacidade para os momentos de descanso necessários ou mesmo para responder à necessidade de ficar sozinha com os seus pensamentos, promovi o apoio e a presença do convivente significativo, mostrei disponibilidade para o diálogo e para a escuta, foi sempre meu cuidado explicar a necessidade de todas as intervenções e esclarecer dúvidas e receios, mesmo em momentos de silêncio, tentei fazer notar a minha presença através do toque terapêutico, quando este era recebido de forma positiva.

Neste contexto clínico, realizei **48 partos**, com necessidade de aplicar a técnica de episiotomia em 10 deles, os restantes apresentaram lacerações de 1.º ou 2.º grau, que aproveitei todas as oportunidades para treinar as técnicas de sutura/reparação do períneo com apoio dos meus tutores. Um dos partos foi complicado por distócia de ombros, em que

por mais que se tenha presente mentalmente todas as manobras a realizar nesta emergência obstétrica, só a prática é que nos capacita para a realizar.

Tive então a oportunidade de prestar cuidados e acompanhar 167 mulheres em trabalho de parto, um fato que me proporcionou uma riqueza de situações vividas, de aprendizagem e momentos impulsionadores do desenvolvimento de competências próprias a todo este percurso de aprendizagem, correspondendo a 167 exames pré-natais. Por diversas complicações, como, pré-eclâmpsia, taquissistolia uterina, incompatibilidade feto-pélvica, ou, maioritariamente, por sofrimento fetal (desacelerações prolongadas, bradicardia fetal) alguns dos trabalhos de parto que acompanhei evoluíram para partos distócicos, o que me permitiu prestar cuidados em situações de complicações materno-fetais, algumas urgentes outras não, durante o TP e assim desenvolver e fortalecer a minha prática.

Mais do que prestar cuidados a mulher durante o parto, o poder acompanhá-la durante o caminho que percorre até esse momento, é tão compensador, que para mim basta observar a sensação de satisfação nessa mulher/casal. Sinceramente gostaria de descrever sentimentos que não consigo colocá-los em papel.

O fato de o serviço onde desenvolvi este estágio em Sala de Partos existir a valência de Urgência de Obstétrica e Ginecológica permitiu uma variedade de experiências de aprendizagem, que eu aproveitei sempre que na Sala de Partos não existiam parturientes internadas, o que constituiu uma mais-valia ao longo deste percurso, e assim desta forma, foi possível complementar conhecimentos, totalizando o acompanhamento de 11 grávidas no serviço de urgência, incluindo exames pré-natais. Um ponto a referir, é o fato de neste Serviço de Urgência se utilizar o sistema informático Alert®, mas infelizmente não se realiza a triagem de Manchester das utentes admitidas para atribuição de prioridades de atendimento.

Prestar cuidados de enfermagem especializados ao RN na adaptação à vida extrauterina

Uma das competências específicas que a OE (2019b) determina que o enfermeiro EESMO “promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina”, concebendo, planeando, implementando e avaliando intervenções de promoção da vinculação da tríade.

Os cuidados imediatos ao RN no nascimento têm como finalidade proporcionar ao mesmo, condições ótimas, aplicando a melhor evidência científica, que visem ajudá-lo na sua adaptação à vida extrauterina com a mínima interferência, assim como detetar e intervir em situações anómalas que o coloquem em risco de vida.

Existem aspectos básicos a serem respeitados: todos os cuidados devem ter em conta o bem-estar do RN e os seus direitos; o respeito pelas preferências dos pais; o mínimo de interferência na adaptação à vida extrauterina; facilitar e promover o vínculo mãe/pai-filho; não separar o RN da mãe; promover, proteger e apoiar o aleitamento materno; informar os pais sobre os cuidados ao RN e a vigilância dos sinais de alarme; realizar profilaxia da doença hemorrágica do RN e realizar a profilaxia oftálmica neonatal (Luna et al., 2009).

A temperatura do feto mantém-se superior $0,5^{\circ}\text{C}$ à da mãe, no entanto no momento do nascimento há um arrefecimento, por diminuição da temperatura envolvente do feto, perda de calor por evaporação, radiação, condução e convecção. Um arrefecimento acentuado do RN pode levar a um aumento do consumo de oxigénio, e, por conseguinte, a uma situação de síndrome de dificuldade respiratória, hipoglicémia, entre outros, daí a importância do contato pele a pele precoce e que as salas de partos se mantenham aquecidos no momento do nascimento. O desejável é que bebés saudáveis e ativos se mantenham sobre o abdómen e tórax materno, em contato pele a pele, pelo menos 60 minutos, sendo o correto 2h, sem nenhuma interrupção, se o estado da mãe e do bebé assim o permitirem. Estes bebés não precisam de nenhuma reanimação e a fonte de calor é a própria mãe. Este procedimento deve ser oferecido a todas as mães, incluindo as que tenham decidido não amamentar (Luna et al., 2009). Outros benefícios, referidos na evidência científica, que o contato pele a pele proporciona são: maior frequência e duração do aleitamento materno, menor dor por ingurgitamento mamário, menor grau de ansiedade da puérpera, diminuição do tempo de choro do RN e estabilidade cardiorrespiratória (Luna et al., 2009).

Em todos os partos que realizei foi praticado o contato pele a pele imediatamente após a expulsão, ou até ao 5º minuto, e ainda promovi o corte tardio do cordão umbilical. Preconiza-se o corte tardio do cordão umbilical, após cessarem as pulsações (aproximadamente de 1 a 3 minutos), evitando-se a deficiência de ferro e conseqüentemente a anemia no recém-nascido (Rua et al., 2020).

É importante proporcionar um ambiente tranquilo, seguro e confortável, a temperatura da sala de partos deve estar entre os $25\text{-}28^{\circ}\text{C}$, e de preferência pouca luminosidade e poucos ruídos. É igualmente importante que exista uma relação adequada do EEESMO com a família, de forma a explicar os cuidados que irão ser realizados ao RN, a importância do estabelecimento do vínculo, as adaptações do RN à vida extrauterina, o início da amamentação (se a mulher assim o desejar) (Rua et al., 2020).

Considerações finais

A elaboração deste capítulo foi uma experiência enriquecedora, pois permitiu a reflexão crítica sobre o processo de desenvolvimento e aquisição de competências, comuns e específicas ao EEESMO, analisando o percurso e desempenho ao longo do estágio.

Está reconhecido pela OE (2019b) o desempenho de funções autónomas pelos EEESMO, em situações de baixo risco, em que estão envolvidos processos fisiológicos e de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher. Deste modo, este estágio permitiu desenvolver habilidades/capacidades inerentes ao cuidado da mulher e família durante todo o ciclo reprodutivo, parto e puerpério, assim como da mulher e família com patologias ginecológicas. À aquisição de competências especializadas acresce, ainda, a responsabilidade pela identificação atempada das necessidades de cuidados especializados da mulher e família, assim como a deteção precoce de risco, prevenindo, sempre que possível, complicações.

Os objetivos propostos no projeto de estágio foram alcançados com sucesso, verificando-se uma evolução gradual do meu desempenho, contribuindo para tal a busca incessante de evidência científica, assim como a aplicação dos conhecimentos apreendidos na teoria e adequando-os à prática dos cuidados, promovendo a qualidade dos cuidados, e assumindo sempre uma atitude responsável na prestação dos cuidados. Procurei, ainda, o maior número de experiências, aproveitando todas as oportunidades de aprendizagem que surgiram.

Para finalizar, não posso deixar de referir que ao longo destes meses senti-me muito realizada em todo o percurso, não esquecendo os momentos menos bons, pois todos contribuíram para o meu crescimento e a minha aprendizagem. Sinto-me muito agradecida a todas as equipas multidisciplinares que integram os serviços por onde passei, que tão bem me receberam, instruíram, escutaram, por vezes me confortaram e limpam as minhas lágrimas quando mais precisei...

Faço, portanto, um balanço positivo deste ciclo de aprendizagem, considero que o meu desempenho foi bastante favorável, pois aprendi muito mais do que expectava e cresci bastante, sobretudo profissionalmente, mas também individualmente como pessoa, o que contribuiu para o meu futuro enquanto EEESMO.

II CAPÍTULO – Relatório final da componente de investigação

Resumo

Enquadramento: A importância dos conhecimentos adquiridos pela puérpera durante internamento hospitalar e a literacia em saúde no período puerperal, relativamente ao autocuidado e cuidado ao recém-nascido, assim como os sinais de alerta para possíveis complicações, contribuem para que a mulher se sinta mais independente, autoconfiante e capaz de resolver os problemas e necessidades que possam surgir nesta fase, sabendo recorrer de maneira formal e informal, a apoios/recursos adequados.

Objetivos: Construir e validar a Escala de Conhecimentos Percecionados pela Puérperas na Alta Hospitalar (ECPPAH), avaliar os conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar, analisar a relação entre os conhecimentos percecionados pela puérpera e as variáveis sociodemográficas e obstétricas e ainda verificar se as preocupações maternas têm influência nos conhecimentos percecionados pela puérpera.

Metodologia: Estudo analítico, descritivo-correlacional, transversal, quantitativo, com amostra não probabilística, intencional por conveniência de 206 puérperas, com uma média de idades 31.5 anos (± 5.719). O instrumento de colheita de dados foi um questionário constituído por questões sociodemográficas e obstétricas, pela Escala de Conhecimentos Percecionados pela Puérpera na Alta Hospitalar (ECPPAH), construída e validada por nós para este estudo, e pelo Questionário de Preocupações Maternas (QPM) de Sheil et al. (1985), adaptada por Mendes, Rodrigues, Santos & Pedrosa (2010).

Resultados: Após a análise fatorial confirmatória, a ECPPAH apresenta-se com quatro dimensões, Cuidados ao bebé ($\alpha=0.882$), Autocuidado ($\alpha=0.806$), Informações Gerais ($\alpha=0.854$) e Alimentação do bebé ($\alpha=0.734$). Relativamente aos conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar, 42.7% possui conhecimentos percecionados moderados, seguido das puérperas com conhecimentos percecionados elevados (30.1%). Os conhecimentos percecionados são influenciados pelas variáveis sociodemográficas (grupo etário e zona de residência) e pelas variáveis obstétricas (tempo de gestação, local onde ficou o bebé após o nascimento e dúvidas quanto ao autocuidado e cuidado ao bebé). Em relação às preocupações maternas, 38.3% manifestou preocupações reduzidas, e estas são as que apresentam conhecimentos percecionados elevados, revelando que as preocupações maternas têm impacto nos conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar.

Conclusão: Os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica desempenham um papel fundamental no período puerperal (internamento de puerpério), uma vez que promovem a literacia em saúde inerente ao período puerperal, incrementando o conhecimento e as competências das puérperas relativas ao autocuidado e cuidado ao recém-nascido.

Palavras-Chave: puérpera; pós-parto; autocuidado; recém-nascido; conhecimento; alta hospitalar

1. Justificação do estudo

O acesso à informação tornou-se crucial para as decisões individuais em matéria de saúde. A literacia em saúde é, atualmente, cada vez mais reconhecida, tanto internacional como nacionalmente, como um conceito basilar, que se encontra em busca por um papel mais ativo, por partes dos cidadãos, em matéria de saúde (Pedro et al., 2016).

As primeiras definições do conceito de literacia em saúde surgiram nos anos 90, altura desde a qual se tem observado uma evolução do conceito, que partiu de uma perspetiva totalmente individual, para incluir, hoje em dia, uma componente social muito importante. Atualmente, literacia em saúde define-se como a capacidade individual para tomar decisões de saúde informadas, ganhando um maior controlo individual/autogestão sobre a sua própria saúde e uma atitude de parceria ativa com os profissionais de saúde, na busca de informação e na assunção de cuidados de saúde e prevenção da doença (WHO, 2013).

A literacia em saúde envolve, por um lado, competências cognitivas individuais, como a leitura, a escrita, o processamento de informação, e, por outro lado, competências sociais e de comunicação/interação da pessoa com o meio ambiente (Serrão, 2014; Serrão et al., 2015). A literacia em saúde está intimamente ligada aos conhecimentos em saúde, mas vai além desses conhecimentos (Dennison et al., 2011).

De acordo com Sørensen et al. (2012), o Modelo Integrado de Literacia em Saúde define a literacia em saúde como a competência para: aceder (capacidade para procurar, encontrar e obter informações de saúde); compreender (capacidade para compreender as informações de saúde); apreciar (capacidade para interpretar, filtrar, julgar e avaliar as informações de saúde); e aplicar (capacidade para comunicar e utilizar as informações para tomar a decisão de manter e melhorar a saúde). Cada uma destas competências representa uma dimensão crucial da literacia em saúde, que requer qualidades cognitivas específicas e que depende da qualidade da informação fornecida.

A investigação tem mostrado um forte gradiente social, indicando que os grupos vulneráveis, como os idosos, as minorias e pessoas com baixo estatuto socioeconómico, estão em situação ainda mais frágil no que à literacia em saúde diz respeito (Sørensen et al., 2015). De facto, a literacia em saúde parece depender do contexto, com níveis individuais a aumentar ou diminuir de acordo com as circunstâncias contextuais da vida, verificando-se que as intervenções para melhorar a literacia em saúde desenvolvidas para uma população podem não ser eficazes noutra, devendo sempre estas intervenções serem adaptadas/específicas do contexto/população em que estão a ser implementadas (McKenna et al., 2017).

A falta de literacia em saúde pode ter efeitos a muitos níveis, desde o indivíduo até à sociedade, que vão desde o uso incorreto de medicamentos, a falta de conhecimento/informação nas tomadas de decisão sobre saúde, a má interpretação de instruções de tratamento, a negligência de sintomas importantes pela falta de conhecimento, a ausência/falta a consultas médicas, a maior necessidade de tratamento hospitalar e maior risco de falta de segurança em casa, no trabalho e/ou na sociedade (Mårtensson & Hensing, 2012). Por outro lado, vários são os resultados positivos que têm sido associados à literacia em saúde, nomeadamente na gestão das condições de saúde individual e qualidade de vida (Espanha et al., 2016; Mårtensson & Hensing, 2012); adoção e envolvimento na promoção de estilos de vida saudáveis; menor risco em desenvolver determinadas doenças (Pedro et al., 2016); aquisição autónoma de conhecimentos e partilha dessa informação com os outros, ou seja, sentido de educação social (Serrão, 2014); menores custos em saúde e menos utilizações dos serviços de saúde e internamentos (Khorasani et al., 2018; Pedro et al., 2016).

Um investimento em literacia em saúde requer um esforço duplo. Ao nível individual, a literacia em saúde pode ser aumentada através da educação e formação dos indivíduos, através do avanço da comunidade e do fortalecimento da saúde ocupacional no trabalho. Ao nível organizacional, o maior impacto pode advir de uma resposta dos sistemas de saúde às necessidades dos seus doentes, ou seja, através da transição para um sistema centrado nas pessoas, no tratamento personalizado e na busca pela compreensão do contexto mais amplo e das condições de vida de cada doente (Lopes & Vaz de Almeida, 2019).

A intervenção nesta área deve ser uma intervenção holística, e deve ser uma prioridade de todas as sociedades, de forma a aumentar a equidade e inclusão social e, assim, dar resposta aos objetivos de suscetibilidade europeia (Health Literacy Centre Europe, 2017). A transformação requer uma imprescindível mudança de paradigma. De acordo com Lopes e Vaz de Almeida (2019), ao invés de se exigir que as pessoas lidem com sistemas de saúde complexos, é necessário mudar os sistemas de saúde para lidar com as complexidades das pessoas, ou seja, é imprescindível que haja uma mudança de paradigma de ação e organização.

De acordo com a DGS, o desenvolvimento da literacia em saúde, em Portugal, deve envolver a ação dos diferentes setores e a criação de ambientes que favoreçam escolhas individuais saudáveis, reduzindo as desigualdades e potenciando a resiliência das comunidades. Não se trata apenas de um problema individual, de cada um de nós, mas também, e sobretudo, do sistema de saúde a um nível macro, uma vez que este deve estar desenhado para funcionar em consonância com a sua comunidade, e com as necessidades individuais dos seus cidadãos. Procuramos, por isso, um sistema de saúde que seja interativo com as pessoas, que seja facilitador da busca individual de informação, que apoie, que seja

diversificado, com adequados modos de comunicação (Espanha et al., 2016; Pedro et al., 2016).

Recentemente, têm sido implementadas, em Portugal, algumas iniciativas para promover a literacia em saúde, como o Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados, em 2016, que envolveu a realização de ações de promoção da literacia, procurou reconhecer o valor do cidadão no sistema de saúde, e fazer da informação, do conhecimento e da decisão informada formas essenciais e privilegiadas do Sistema Nacional de Saúde (Despacho do Secretário de estado Adjunto e da Saúde, Despacho n.º 3618-A/2016).

Para os anos 2019-2021 encontra-se em curso o “Plano de Ação para a Literacia em Saúde – Portugal” editado pela DGS. Trata-se de um plano de ação ambicioso, que visa, mantendo a pessoa no centro da intervenção, melhorar continuamente, conscientemente e com sustentabilidade o nível de Literacia em Saúde da população residente em Portugal. Os objetivos gerais são: adotar estilos de vida saudável, capacitar para a utilização adequado do sistema de saúde, promover o bem-estar na doença crónica e promover o conhecimento e investigação.

Mais recentemente, a publicação do Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde, editado pela DGS (2019), assinala um decisivo passo de afirmação da literacia em saúde no nosso país. Estes documentos visam a capacitação dos profissionais de saúde na melhoria dos níveis de literacia em saúde e na promoção do espírito crítico das pessoas face às suas decisões de saúde, representando um desafio para a saúde pública em Portugal.

No entanto, estas iniciativas parecem ser ainda insuficientes para uma significativa franja da população portuguesa, e pouco incisivas em subpopulações/áreas específicas, como por exemplo na área da saúde materna, mais especificamente no pós-parto, sendo, por isso, fundamental investigar-se e desenvolverem-se práticas baseadas na evidência científica que permitam aumentar a literacia em saúde em Portugal, o que advém daí o nosso interesse e justificação para a realização deste trabalho.

Estruturalmente este estudo está organizado em quatro capítulos principais:

- Enquadramento teórico dividido em quatro capítulos principais – literacia em saúde no período puerperal; promoção da saúde no período puerperal; conhecimentos das puérperas na alta hospitalar; preocupações maternas; e o papel do EEESMO na promoção da saúde durante o período puerperal.
- Metodologia, sendo delineadas as linhas metodológicas a seguir ao longo do estudo empírico, com especial atenção à operacionalização das variáveis.

- Apresentação e análise descritiva e inferencial dos resultados obtidos.
- Discussão dos resultados tendo em conta as conjeturas teóricas, pessoais e profissionais, discutindo-os com os resultados de outros estudos.

O trabalho finaliza com uma conclusão, com realce para os resultados que julgamos mais relevantes e com a apresentação de sugestões e implicações para a prática clínica que nos parecem pertinentes.

2. Enquadramento Teórico

2.1. Literacia em saúde no período puerperal

A literacia em saúde materna refere-se às competências cognitivas individuais e recursos sociais que motivam e permitem às mulheres aceder, compreender, avaliar e utilizar/aplicar a informação, de forma a salvaguardar e promover a sua saúde e a saúde dos seus filhos (Andrade et al., 2015). A literacia em saúde materna capacita as mulheres a receber, atempadamente, educação pré-natal, promove tomada de decisões conscientes, melhora a gestão do trabalho de parto e é fundamental no período pós-parto (Renkert & Nutbeam, 2001). Permite à mulher grávida detetar fatores de risco, identificar sinais de alarme durante a gravidez e adotar um estilo de vida saudável, pré e pós-parto (Khorasani et al., 2018).

Embora a literacia em saúde proporcione às pessoas um controlo sobre as decisões e ações que irão afetar a sua saúde, a literacia em saúde materna é ainda muito baixa, particularmente em países em desenvolvimento (Phommachanh et al., 2021). De facto, é cada vez mais reconhecido o papel significativo dos contextos sociais e ambientes físicos, na facilidade ou dificuldade na capacidade de obter, compreender, e tomar decisões informadas sobre saúde. Os serviços que prestam cuidados de saúde materna e neonatal desempenham um papel crítico na influência da literacia em saúde a todos os níveis do sistema (Vamos et al., 2019).

Numa revisão sistemática da literatura, Kilfoyle et al (2016) verificaram que as mulheres com baixa literacia em saúde estão mais propensas a: gravidez não-planeada; acompanhamento na gravidez menos frequente e a iniciar a sua vigilância mais tardiamente; maior probabilidade de apresentar diabetes gestacional; não adesão à toma de suplementos vitamínicos devido a crenças erróneas sobre a toma de medicação durante a gravidez; depressão durante e após a gravidez; e menor frequência da amamentação exclusiva. Os efeitos da falta de literacia em saúde da mãe são também visíveis nas crianças (Vamos et al., 2019). No estudo de Hernandez-Mekonnen et al. (2016), a baixa literacia em saúde materna foi associada a uma probabilidade quatro vezes superior de ter um filho com atrasos no desenvolvimento.

Os fatores que influenciam a literacia em saúde materna estão relacionados com as características sociodemográficas das mães, a educação, rendimento, língua, apoio social, autoeficácia parental e práticas parentais precoces (Sequeira, 2019). A investigação na área

da literacia em saúde materna é fundamental pois permite identificar grupos vulneráveis, identificar áreas geográficas com baixa literacia em saúde materna e planejar intervenções eficazes (Charoghchian Khorasani et al., 2020).

Dentro da saúde materno-infantil a literacia em saúde durante o período puerperal torna-se, portanto, fundamental. Graça (2017) define o puerpério como sendo o período que tem início cerca de uma hora após a dequitação, e que se estende até às seis semanas após o parto, no qual ocorre uma regressão das alterações anatómicas e fisiológicas inerentes à gravidez. O puerpério constitui o período de recuperação física e psicológica da mulher, caracterizado por diversas alterações hormonais, psíquicas, metabólicas e reprodutivas (Oliveira et al, 2019).

Do ponto de vista físico, as alterações corporais são as mais significativas, como a perda de peso ganho durante a gravidez, a recuperação dos órgãos genitais da mulher, assim como a regressão do volume do útero, o restabelecimento do período menstrual, a alteração das glândulas mamárias, entre outros (Mesquita et al., 2011). Do ponto de vista psicológico, é um período caracterizado por diversas adaptações individuais (autoperceção da imagem corporal, (re)definição do papel parental) e interpessoais (alterações nas dinâmicas familiares, relação conjugal) (Ferreira et al., 2016). Alguma investigação tem procurado estudar também a relação entre a literacia em saúde no puerpério e a amamentação exclusiva, mas os resultados têm sido inconsistentes e, por vezes, contraditórios (Graus et al., 2021; Vila-Candel et al., 2021).

Trata-se, por isso, de um período particularmente exigente para a mãe, pois, para além destas transições e adaptações psicossociais, é necessário atender às necessidades do recém-nascido (Marques, 2020; Pissarra, 2019). Por essa razão, por se constituir um período de inúmeros desafios, surge frequentemente associado a uma maior vulnerabilidade para problemas de saúde mental, cujo impacto na mãe, no bebé e nos seus resultados desenvolvimentais (Netsi et al., 2018), e na vinculação mãe-bebé (Figueiredo et al., 2009) é, muitas vezes, negligenciado.

A este nível, a literatura tem mostrado o quão crucial é cuidar da saúde mental da mãe nesta fase, particularmente a evidência tem revelado o quão importante se assume a promoção da literacia em saúde mental no período gravídico e no puerpério (Marques, 2020; Pissarra, 2019). Esta literacia em saúde dotará as mulheres de conhecimentos que lhes permitam detetar precocemente os sinais e os sintomas, prevenindo assim o evoluir de uma doença mental, detetar a causa dos problemas e saberem procurar o apoio adequado perante determinados sinais de alerta (Mirsalimi et al., 2020). Mulheres com baixa literacia em saúde

mental podem, por exemplo, minimizar ou normalizar determinados sintomas e determinadas alterações de comportamento, indicadoras de problemas mais graves (Guy et al., 2014).

Em Portugal, Pissara (2019) verificou que variáveis como: o acompanhante no parto, a frequência no curso de preparação para o parto/parentalidade, o esclarecimento de dúvidas sobre o puerpério, e a informação fornecida pelos enfermeiros antes da alta hospitalar, eram variáveis que influenciavam o nível de literacia positiva durante o puerpério e, conseqüentemente, a saúde mental da puérpera. Este estudo deixou assim a descoberto a importância da literacia em saúde durante o período puerperal, bem como o papel do enfermeiro na promoção dessa literacia.

Marques (2020) verificou que a idade, o estado civil, as habilitações literárias e a situação profissional são variáveis sociodemográficas que interferem na literacia em saúde mental das puérperas e deixa algumas conclusões importantes para a prática profissional dos enfermeiros, uma vez que estes desempenham um papel privilegiado junto da mulher, desde o planeamento da gravidez, acompanhamento durante o processo gravídico e no pós-parto.

2.2. Promoção da saúde no período puerperal

A falta de cuidados pós-natais adequados, onde se inclui a promoção da saúde, pode resultar na morte ou incapacidade da mãe e/ou recém-nascido. Em todo o mundo, quase 600.000 mães com idades entre 15 e 49 anos morrem todos os anos devido a complicações decorrentes da gravidez e do parto (Timilsina & Dhakal, 2015).

As disparidades sociais em saúde, combinadas com a baixa literacia em saúde, podem prejudicar significativamente a capacidade/oportunidade de as mulheres receberem cuidados apropriados durante o período pós-parto. A baixa literacia das mulheres no pós-parto pode conduzir a comportamento negligentes relativamente a sinais e sintomas que podem representar complicações pós-parto e a necessidade de cuidados de saúde, sobre os quais as mulheres não têm conhecimento/informação se são normais ou anormais (Suplee et al., 2017). Os mesmos autores sugerem que a melhoria da educação pós-parto beneficiaria a capacidade das mulheres de reconhecer e responder a sinais de alerta. As complicações pós-parto nem sempre podem ser previstas e requerem reconhecimento precoce e resposta apropriada. As mulheres devem ter conhecimento dos sinais de alerta que antecipam complicações pós-parto, para que possam reconhecê-los precocemente e procurar cuidados de forma atempada, e só esta prontidão é capaz de reduzir mortes nesta fase (Mulugeta et al., 2020).

A promoção da saúde no pós-parto, através de uma comunicação que permita às pessoas com baixa literacia em saúde compreender e agir de forma informada, pode ter resultados positivos na saúde das mulheres neste período (Wagner et al., 2020). Os materiais de educação em saúde são, frequentemente, complexos, constituídos por termos médicos que são muitas vezes difíceis de compreender, exigindo um esforço adicional dos pacientes (Wagner et al., 2020), pelo que, a baixa literacia em saúde materna pode estar associada a maus resultados de saúde, mas também a desafios de comunicação (Stafford et al., 2021).

Para além da vasta informação ensinada na alta, a capacidade da mulher para compreender tudo o que lhe é passado é influenciada por outros fatores, tais como: a cultura, o grau de privação de sono, as alterações físicas e emocionais e os possíveis efeitos secundários de medicação efetuada (Chugh et al., 2009). Além disso, de acordo com Heaman et al. (2015) existem múltiplas barreiras de acesso aos cuidados de saúde no período pós-natal, a saber: falta de cuidados e/ou transporte de crianças, dependência de substâncias, falta de um sistema de apoio, má compreensão da necessidade de cuidados, falhas sistémicas e angústia emocional (incapacidade de compreender a alternância e rotatividade nos cuidados de saúde, chamadas telefónicas não atendidas, sentimentos de vergonha), escassez de prestadores de serviços de saúde, limitando a disponibilidade de consultas, e características do programa/serviço (distância, longas esperas, visitas curtas). No estudo de Beraki et al. (2020), as evidentes lacunas ao nível dos conhecimentos sobre os cuidados pós-natais, entre puérperas, estavam relacionados com a residência em zonas mais rurais, estado civil (solteiras), baixo nível educacional e mães jovens (entre os 17-25 anos de idade). Estas barreiras representam uma questão de saúde pública (promoção da saúde), que, naturalmente, influencia os resultados de saúde de cada mulher, bem como da própria criança (Heaman et al., 2015).

2.3. Conhecimentos das puérperas na alta hospitalar

Quando uma puérpera deixa o hospital após a alta, as exigências/desafios desta fase recairão sobre ela e sobre a sua família, sendo essencial a educação de todos para que possam reconhecer atempadamente quando algo não está bem. Assim, é importante que todas as mulheres, independentemente dos fatores de risco, sejam informadas sobre os sinais de alerta para potenciais complicações. A qualidade da educação fornecida a todas as mulheres na alta pós-parto pode reduzir as taxas de morbimortalidade materna (Kleppel et al., 2016).

Em relação à educação da mulher no pós-parto, a investigação é relativamente escassa (Buchko et al., 2012). Weiss e Lokken (2009) desenvolveram uma escala para avaliar a qualidade do ensino/educação à puérpera no momento da alta. Este instrumento avalia as necessidades educativas pós-parto das mães, a educação/formação que receberam dos profissionais de saúde, e em que medida foi fácil ou difícil compreender a informação passada pelos profissionais de saúde. Wagner e Washington (2016) verificaram que as mães participantes no seu estudo estavam mais satisfeitas com o ensino/educação/formação pós-parto, em termos individuais, do que com as formações em grupo.

Internacionalmente, Stafford et al. (2021) verificou que 54% das mulheres em período pós-parto, no seu estudo, tinham reduzida literacia em saúde. Os autores observaram uma associação estatisticamente significativa entre a baixa literacia em saúde e a intenção de amamentar exclusivamente, bem como com a gravidez não-planeada.

Barbosa et al. (2018) observaram no seu estudo que as puérperas internadas apresentavam conhecimentos relacionados com a recuperação física pós-parto, nomeadamente o repouso, o cuidado com feridas cirúrgicas, alimentação adequada e higiene, de modo a evitar possíveis complicações no puerpério.

Kleppel et al. (2016) destacaram duas iniciativas nos Estados Unidos da América para aumentar os conhecimentos das puérperas na alta hospitalar. De acordo com os autores, o *American Congress of Obstetrician and Gynecologists* recomenda que seja feita um plano de cuidados antes da alta hospitalar e que as puérperas recebam instruções escritas no momento da alta. A *Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal* fornece um folheto sobre as complicações pós-parto mais comuns e uma lista de profissionais de enfermagem que podem orientar as mães na educação/formação no momento da alta hospitalar (Kleppel et al., 2016).

Num estudo em Portugal, Sequeira (2019) confirmou que as grávidas participantes apresentaram um nível de literacia em saúde, na sua maioria, categorizado como suficiente (58.7%). A autora verificou que este nível era influenciado pela nacionalidade da grávida, pelas suas habilitações literárias, profissão, situação profissional, rendimento familiar, internet no domicílio, número de gravidezes anteriores, tipo de parto, planeamento da gravidez, frequência ou intenção de frequentar o curso de preparação pós-parto e parentalidade, o consumo de tabaco e álcool, a vigilância durante a gravidez, a autoeficácia parental e o apoio formal e informal aos pais. Contudo, os conhecimentos das mulheres no puerpério, em Portugal, têm sido menos estudados.

2.3.1 Complicações puerperais, sinais de alerta e autocuidado

Azevedo et al. (2018) identificou como complicações puerperais mais comuns a dificuldade na amamentação, infecção puerperal, incontinência urinária, hemorragia, depressão pós-parto e morte materna. As dificuldades com a amamentação surgem por diversos fatores, como dores nas mamas, fissuras, dificuldades com a pega, mastites, sangramento nos mamilos, insegurança, gravidez na adolescência, falta de preparação da mama no período gestacional, depressão pós-parto, falta de apoio da família e do companheiro, entre outros (Azevedo et al., 2018). Como já foi referido, o papel do enfermeiro EESMO na preparação/educação da mulher no pré-parto para a importância da amamentação e no acompanhamento no pós-parto é essencial neste processo de amamentação exclusiva, tão importante para o bebê, para a mãe e para a relação mãe-filho (Vila-Candel et al., 2021).

Em relação à infecção puerperal, esta é também uma complicação a considerar pois afeta diretamente a mãe e indiretamente o bebê (Azevedo et al., 2018). Alguns dos procedimentos e intervenções médicas a que as mulheres são submetidas durante o parto podem culminar numa infecção puerperal. Trata-se de uma infecção bacteriana do trato genital feminino concorrente ao processo do parto e nascimento, onde o papel dos enfermeiros EESMO é fundamental na medida em que estão diretamente envolvidos na assistência dada à mulher, na realização dos cuidados e na avaliação da evolução da infecção (Azevedo et al., 2018). Em relação às hemorragias pós-parto, as principais causas são a atonia e hipotonia uterina, retenção de fragmentos placentários e lacerações do canal de parto (Azevedo et al., 2018), que se não detetadas atempadamente podem causar morbimortalidade materna.

No decorrer do período puerperal, perante qualquer sinal de alerta, a mulher deve procurar os profissionais de saúde que a assistem. Mesquita et al. (2011) referem como principais sinais/sintomas de alerta no pós-parto o sangramento vaginal (lóquios) de cor vermelho-vivo, persistente, recorrente ou aumentado, com ou sem coágulos; odor fétido dos lóquios; temperatura axilar superior aos 38 graus nas suas leituras consecutivas, em intervalos mínimos de 6 horas; dor ou aumento abdominal/pélvico; dor e sensibilidade a nível mamário, com coloração avermelhada; dor/ardor ao urinar; náuseas e vômitos; dor no peito e tosse.

Vários estudos em países em desenvolvimento analisaram o conhecimento dos sinais de alerta de complicações pós-parto e descobriram que a maioria das mulheres tem um conhecimento insuficiente dos sinais de perigo (Amenu et al., 2016; Bintabara et al., 2017; Dangura, 2020). O período pós-parto é o momento de maior risco para a mortalidade materna (Adams & Young, 2021). De acordo com a Organização Mundial de Saúde aproximadamente

830 mulheres morrem todos os dias por causas relacionadas com a gravidez e pós-parto (WHO, 2018). No entanto, de acordo com a *Centers for Disease Control and Prevention* três em cada cinco destas mortes poderiam ser prevenidas. A maioria dos óbitos maternos ocorre no puerpério imediato, nas primeiras 24 horas após o parto (Baratieri & Natal, 2019). Complicações obstétricas, tais como cardiomiopatia, embolias pulmonares e distúrbios hipertensivos da gravidez contribuem significativamente para uma maior proporção de mortes maternas (Peterson et al., 2019). A investigação mostra ainda que alguns grupos populacionais são mais suscetíveis ao risco acrescido de complicações entre as mulheres – é o caso das mulheres de raça negra (McLemore et al., 2018; Petersen et al., 2019; Teefey & Durnwald, 2017).

Do ponto de vista psicológico, a depressão pós-parto é outro sinal de alerta importante, que muitas vezes é negligenciado, pelas próprias mulheres, familiares e até mesmo profissionais de saúde (Fonseca et al., 2015; Mirsalimi et al., 2020). Estudos meta-analíticos têm identificado uma prevalência de 6 a 13% de depressões maternas pós-parto (Swami et al., 2020). A depressão pós-parto tem sido identificada como um importante entrave ao estabelecimento de uma relação de vinculação mãe-filho (Figueiredo et al., 2009), com impacto negativo nos resultados desenvolvimentais da própria criança (Netsi et al., 2018).

As síndromes depressivas no puerpério podem ser classificadas de acordo com os sintomas apresentados. A melancolia da maternidade ou depressão pós-parto leve é caracterizada por sentimentos de tristeza, apresentando como principais sintomas o choro, a irritabilidade, a labilidade emocional, surge após o terceiro dia do puerpério, desaparecendo ao fim de 7-10 dias (Azevedo et al., 2018). Na depressão pós-parto moderada a grave destaca-se a fadiga. Inicia-se na segunda à terceira semana de pós-parto, observando-se também sintomas de melancolia e tristeza. A psicose pós-parto é considerada o transtorno psiquiátrico pós-parto mais grave, podendo ter implicações nefastas para cada um dos indivíduos e para o sistema familiar em geral. Trata-se de um quadro psicótico com agitação psicomotora, cujos sintomas iniciais são despersonalização, insónias, confusão mental, alucinações e delírios (Azevedo et al., 2018).

O período pós-parto contribui significativamente para o aumento de peso e obesidade nas mulheres. Para as mulheres em idade reprodutiva, o ganho de peso, entre gravidezes, pode acarretar riscos adicionais, como risco acrescido de pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, necessidade de cesariana ou nado-morto nas gravidezes subsequentes (Garad et al., 2020). A obesidade materna também afeta os filhos, contribuindo para aumento do risco de obesidade prolongada e de doenças crónicas nos descendentes, incluindo doenças cardiovasculares, diabetes, acidentes vasculares cerebrais e asma (Godfrey et al., 2017). O

período pós-parto é, portanto, uma janela crítica para a gestão do peso e a prevenção de comorbilidades (Garad et al., 2020), sendo importante a promoção de atividade física.

Perante isto, com o intuito de empoderar as puérperas e dotá-las de competências para o seu cuidado e bem-estar, durante o internamento, a promoção do autocuidado deve ser enfatizada promovendo a sua autonomia, de modo a prevenir possíveis complicações. As intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado e do bem-estar, vão desde os cuidados de higiene, ao controlo da dor pós-parto, como também os cuidados com as mamas e recuperação pós-parto (Santos & Baptista, 2018).

2.3.2 Cuidados ao bebé e sinais de alerta

Os pais com filhos pequenos representam um subgrupo crítico entre a população adulta em geral, uma vez que não são apenas responsáveis pela sua própria saúde e vida, mas, como pais e cuidadores, são responsáveis também pela saúde e bem-estar dos seus filhos. As crianças dependem dos seus pais/cuidadores para a prevenção e para a resolução dos problemas de saúde que as afetam, pois não têm autonomia suficiente para poderem gerir essas questões sozinhas. Como tal, estando dependente dos seus pais/cuidadores, podem sofrer as consequências quando o conhecimento e as habilidades dos seus cuidadores, para cumprir essas tarefas, são insuficientes.

A investigação tem mostrado a importância da literacia em saúde dos pais no cuidado aos filhos (Mackley et al., 2016). A baixa literacia em saúde dos pais condiciona a sua capacidade para proteger e promover a saúde da criança e aderir às intervenções médicas propostas (Goes et al., 2019). Afeta a aquisição de conhecimentos, atitudes e comportamentos parentais, bem como os resultados de saúde da criança nos domínios da prevenção de doenças, cuidados com doenças agudas e cuidados com doenças crónicas (Morrison et al., 2019). Os dados internacionais apontam que um em cada quatro pais apresenta competências de literacia em saúde limitadas (Yin et al., 2009).

Num estudo representativo da população americana, Yin et al. (2009) verificaram que mais de metade dos pais participantes não sabiam gerir questões práticas de saúde, como por exemplo, inserir nomes e datas de nascimento nos formulários do seguro de saúde, calcular o custo anual de uma apólice do seguro de saúde, e quase metade era incapaz de realizar tarefas relacionadas com a administração e leitura de rótulos de medicação. De facto, a literatura mostra bem o quão frequente pode ser a ocorrência de erros na administração de medicação e o impacto que isso pode ter nas crianças (Dahmash et al., 2020). Numa revisão

da literatura, Dahmash et al. (2020) pesquisaram estudos que tenham identificado esses erros de administração na medicação dos filhos e a sua relação com a baixa literacia em saúde dos pais, mostrando a importância de promover a educação/formação dos pais em relação aos tratamentos dos seus filhos.

Sanders et al. (2009) verificaram relações entre a baixa literacia em saúde parental e necessidades não atendidas de cuidados de saúde das crianças, visitas desnecessárias a serviços de urgência, prevenção de lesões ineficazes, erros na administração de medicamentos, má nutrição infantil, percepção imprecisa do peso das crianças (crianças com sobrepeso são percebidas como estando dentro do peso normal ou tendo até baixo peso), bem como aumento do risco de exposição ao fumo passivo do tabaco.

Outros estudos americanos (Sanders et al., 2009; Kumar et al., 2010; Yin et al., 2009) mostraram que uma significativa percentagem da população estudada é incapaz de desempenhar tarefas preventivas básicas, como utilizar um boletim de saúde, seguir as recomendações de uma brochura sobre cuidados preventivos, interpretar curvas de crescimento ou fazer a leitura de um termómetro digital, e ainda têm dificuldades em compreender rótulos de alimentos e em preparar leite artificial.

A literacia em saúde dos pais relaciona-se também com a adoção de um conjunto de comportamentos de segurança, como a utilização correta do sistema de retenção no carro, prevenção de quedas, comportamento de proteção e prevenção da morte súbita, entre outros. (Heerman et al., 2014). Embora Portugal seja dos países com mais baixas taxas de mortalidade infantil, a síndrome de morte súbita em bebés é ainda algo cujos números preocupam (Carvalho & Oliveira, 2018). Também, em crianças com menos de um ano de idade, as principais causas de lesões involuntárias são quedas, intoxicações, colisões de veículos motorizados, ingestão de corpos estranhos, e lesões relacionadas com queimaduras, a maioria das quais se pensa serem evitáveis (Agran et al., 2003).

Heerman et al. (2014) estudaram a relação entre a literacia em saúde parental e alguns comportamentos de prevenção de lesões em crianças de 2 meses de idades. Os autores verificaram que os pais com baixa literacia em saúde apresentaram menor probabilidade de colocar corretamente a cadeira da criança no carro. Contudo, estes pais apresentaram também maior probabilidade de apresentar comportamento de prevenção de quedas, revelando assim alguns resultados contraditórios nesta área e mostrando, portanto, a necessidade de mais investigação.

A literacia em saúde relaciona-se, como já vimos anteriormente, com um comportamento chave para a saúde da criança que é a amamentação exclusiva durante os primeiros seis meses (Graus et al., 2021; Vila-Candel et al., 2021).

Em Portugal, o Serviço Nacional de Saúde (2021), através do site da Saúde 24, fornece um guia para pais sobre cuidados ao bebé. São referenciados temas como: 1) *Qual a melhor roupa para o bebé?* (roupa de algodão junto ao corpo do bebe, retirar etiquetas da roupa do bebé); 2) *Como devo transportar o bebé com segurança?* (transporte do bebé em cadeira própria desde o momento em que sai da maternidade, uso de cadeira homologada, voltada de costas para o trânsito, sistema ISOFIX); 3) *Como proteger o bebé fora de casa?* (proteção do frio e calor intenso, evitar ambientes com muitas pessoas, com demasiado ruído e fumo); 4) *Quais são os cuidados de segurança em casa?* (deitar o bebé sempre de costas, numa cama própria, com grades protetoras, colchão firme, adaptado ao tamanho da cama, sem almofada; pés do bebé a tocar no fundo da cama e braços por cima da roupa; quarto em temperatura amena, por volta dos 20º); 5) *O que fazer em caso de engasgamento?* (colocar bebé de barriga para baixo, cabeça mais baixa que o tronco e deixá-lo tossir); 6) *Como devo contribuir para o desenvolvimento do meu bebé?* (promover bem-estar emocional do bebe, cantando para ele, olhando o bebé nos olhos e conversando com ele, respeitando-o nos seus momentos de resposta e ouvindo-o, dando-lhe mimo e afeto e embalando-o, passeando com ela em casa e na rua, fazer-lhe cócegas e rindo para ela, usando a massagem para promover o toque); 7) *Como devo dar banho ao bebé?* (local com temperatura agradável, verificar a temperatura da água com o cotovelo, face interna do pulso ou com termómetro, usar produtos com ph neutro, limpar orelhas com toalha fina e não usar cotonetes, secar o bebé sem o esfregar); 8) *Que cuidados de saúde devo ter com o bebé?* (fazer o teste do pezinho entre o 3º e o 6º dia de vida, vigiar o peso, seguir o plano de vacinação); 9) *Qual é o papel do pai?* (apoiar a mulher, partilhar as tarefas domésticas, envolver-se nos cuidados ao bebé); 10) *Que conselhos podem ser dados à mãe?* (solicitar ajuda nas tarefas domésticas, descansar quando o bebé descansa, valorizar a sua imagem, ter uma alimentação variada).

O Serviço Nacional de Saúde (2021) identifica como sinais de alerta relacionados com a saúde do bebé a temperatura superior a 38º C; prostração, gemido ou irritabilidade; recusa em alimentar-se; vômitos ou fezes líquidas ou sanguinolentas; convulsões; manchas na pele tipo picada de alfinete que não desaparecem quando se pressiona com o dedo, ou nódos negros de aparecimento súbito e agravamento progressivo; palidez acentuada e tom acinzentado. Por outro lado, existem um conjunto de sinais que podem ser confundidos com doença, mas que geralmente se referem a alterações normais do recém-nascido, como por exemplo, o bebé perder peso nos primeiros dias, recuperando o peso de nascença aproximadamente ao 10º dia de vida; soluços frequentes que surgem no final da amamentação pela dilatação do estômago e cedem espontaneamente; a regurgitação, ou seja, o bolçar; o aumento do volume das mamas dos recém-nascidos; secreção vaginal de cor branca ou mesmo sanguinolenta nas meninas; fimose fisiológica nos meninos; icterícia ou

coloração amarela da pele do recém-nascido geralmente não é grave, mas, se após a alta o bebê ficar muito amarelo atingindo os membros inferiores, deverá contactar o médico; cólicas do 1º trimestre do lactente, ou choro vigoroso intermitente e inconsolável após a 3ª semana de vida (Sistema Nacional de Saúde, 2021).

Os profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros EESMO, terão um papel fundamental na mitigação dos efeitos da baixa literacia parental, procurando, através de um cuidado de proximidade, alinhar os desafios do sistema de saúde com as habilidades de literacia em saúde das famílias. Estratégias de comunicação informadas sobre literacia em saúde devem ser usadas com todas as famílias numa “abordagem de prevenção universal” (Morrison et al., 2019).

2.4. Preocupações maternas

Segundo Kaitz (2007), as preocupações parentais fazem parte de um conjunto de comportamentos relacionais que ocorrem quando os filhos nascem e se estendem ao longo da vida dos pais, com maior ou menor intensidade, envolvendo algo que vai além do cuidado dos pais aos filhos. O conceito de preocupação materna surgiu para designar o estado de preocupação da mulher durante as primeiras semanas ou meses após o parto, e refletem as necessidades das mães, bem como as mudanças relacionadas com a assunção de novos papéis e reorganização da vida familiar (Caetano et al., 2018).

De acordo ainda com Kaitz (2007), as preocupações maternas podem ser interpretadas do ponto de vista positivo e negativo. Do ponto de vista positivo, a preocupação contribui para manter as mães mais focadas e fisicamente mais próximas dos filhos, proporcionando respostas oportunas às suas necessidades e promovendo a vinculação mãe-bebé. Por outro lado, preocupações maternas intensas e obsessivas (negativas), podem prejudicar a capacidade das mães de tomar decisões e resolver problemas. As mães que são excessivamente inseguras quanto aos cuidados com o bebé têm maior risco de desenvolver transtornos obsessivo-compulsivos e depressão.

Numa revisão integrativa, Caetano et al. (2018) identificaram seis áreas que refletem as preocupações maternas no pós-parto, são elas, preocupações relacionadas com o cuidar do recém-nascido; preocupações relacionadas com a recuperação funcional; preocupações relativas à transição para a parentalidade; preocupações sobre o relacionamento conjugal; preocupações maternas e família/apoio social e preocupações maternas e apoio de profissionais de saúde.

Já em 2001, Cheng e Chen haviam identificado quatro dimensões ao estudar as preocupações maternas pós-parto, sendo elas, as preocupações com a vida e o contato social, preocupações com o papel materno, preocupações fisiológicas e preocupações psicológicas. Os autores verificaram que as maiores preocupações das puérperas eram as preocupações relacionadas com o papel materno, e que as primíparas se preocupavam mais com o papel materno do que as multíparas. As preocupações fisiológicas tendem a diminuir ao longo do período pós-parto; pelo contrário, as preocupações psicológicas aumentaram desde o período pós-parto inicial até um mês após o parto (Cheng & Chen, 2001).

Em Portugal, Conde e Figueiredo (2007) estudaram as preocupações dos pais na transição para a parentalidade, verificando que as maiores preocupações se prendem com o período da gravidez e o medo de possíveis complicações, bem como com questões económico-sociais (existência de problemas financeiros e baixos rendimentos), questões profissionais (medo de ficar desempregado) e questões familiares (morte ou doença grave de um familiar). As autoras verificaram processos idênticos, entre mulheres e homens, na transição para a parentalidade, na presença, intensidade e variação das preocupações parentais. Ainda assim, os resultados revelaram que se as mulheres se preocupam mais com a sua competência para gerir o momento de parto e com os cuidados ao recém-nascido, os pais mostram-se mais preocupados com o seu desempenho no papel parental, após o nascimento e no acompanhamento à mãe na situação de parto. As autoras, verificaram ainda um decréscimo na globalidade das preocupações maternas e paternas ao longo dos últimos meses de gravidez e primeiros meses do puerpério.

Em 2019, um estudo desenvolvido pela Universidade Católica Portuguesa, intitulado Preocupações, Mitos e Tabus da Gravidez e do Pós-parto, procurou compreender melhor as questões de grávidas e puérperas e surgiu em resultado da necessidade de dar resposta às preocupações das mulheres numa fase tão importante das suas vidas. No que se refere aos principais motivos de preocupação e de ansiedade, as puérperas relataram, com maior peso, a saúde do bebé (84%), a recuperação pós-parto (54%), parto (51%) e a amamentação (48%). Destacaram igualmente alguns fatores de índole psicológica que se relacionam com as preocupações e os motivos de ansiedade, nomeadamente: não terem tempo para cuidar do seu corpo e imagem (63%); sentirem-se tristes com as transformações ocorridas no seu corpo (51%); viverem momentos de desespero considerando que não são capazes de tratar do bebé (60%); as alterações do humor (82%); as dificuldades em descansar e dormir as horas necessárias (81%); sentirem pressão social, particularmente no que se refere à amamentação (51%); sentirem que os familiares e amigos querem ajudá-las, mas que complicam ainda mais (60%). Estes fatores podem resultar em depressão pós-parto, que afeta entre 6 e 13% das puérperas, mas apenas uma pequena proporção de puérperas compreendem os critérios de

diagnóstico para receberem o tratamento ideal. Uma razão para tal é a falta de conhecimento em saúde mental, especialmente em relação à depressão pós-parto. Estes dados corroboram ainda mais a necessidade de se estudar a literacia em saúde da puérpera.

2.5. O papel do EEESMO na promoção da saúde no período puerperal

O nascimento de um filho é o momento mais sensível e importante da fase de vida de uma mulher (Taheri et al., 2020), pois, representa a transição para uma identidade parental, o período puerperal representa também uma das fases mais desafiantes e stressantes para a mulher (Barimani et al., 2017). O apoio às puérperas, nesta fase, é essencial, e o papel do sistema de saúde em geral, das organizações e dos profissionais de saúde, em específico os enfermeiros EESMO, reveste-se de particular importância.

Ao longo do seu percurso pré e pós-parto, uma mulher contacta com múltiplos prestadores de cuidados de saúde, cada um com exigências muito específicas, o que mostra bem a complexificada do sistema de saúde, particularmente dos cuidados de saúde materna e neonatal (Vamos et al., 2019).

Na transição para a parentalidade, os enfermeiros desempenham um papel ativo, uma vez que são estes os profissionais de saúde que estão mais diretamente em contacto com as puérperas. A literacia em saúde destes profissionais e a literacia em saúde das organizações pode permitir ou dificultar os conhecimentos, crenças, capacidades e conjuntos de competências para tomar decisões autónomas e informadas em matéria de saúde durante a gravidez, e, em última análise, melhorar a qualidade e satisfação dos cuidados (Bremer et al., 2021; Vamos et al., 2019).

O enfermeiro é considerado o profissional central na assistência ao puerpério. Apesar da relevância das orientações durante o pré-natal, muitas vezes, é no puerpério que a atuação profissional se torna imprescindível (Andrade et al., 2015). Cabe ao enfermeiro auxiliar a puérpera durante a transição inicial para a maternidade e monitorizar a sua recuperação. De acordo com o Regulamento dos Padrões de qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2018), o EEESMO, na procura permanente da excelência na sua prática de cuidados, ajuda o cliente a alcançar o máximo potencial de saúde, diagnostica as necessidades em cuidados através da implementação de intervenções promotoras de saúde, promovendo o autocuidado, o autocontrolo e mestria no exercício do papel parental.

As informações, por parte dos EEESMO, sobre a forma como prevenir riscos de infecção no período puerperal, sobre os aspetos/alterações fisiológicas próprias desta fase e sobre como prevenir complicações e identificar sinais de alerta, são fundamentais a esta fase (Mesquita et al., 2011). Estes profissionais devem assumir a educação e a capacitação destas mulheres, contribuindo, assim, para a sua literacia em saúde, levando-as a ajustar-se/adaptar-se à nova situação, e contribuindo também para a promoção da eficácia e competência parental, que é um importante processo psicológico envolvido numa vivência positiva desta etapa (Meleis, 2012). A capacitação da mulher, bem como da sua família, permite criar oportunidades para que esta se sinta mais competente, independente e autoconfiante, conseguindo, por si mesma, encontrar formas de resolução para os seus problemas e para as necessidades do seu bebé, ou, identificar as suas necessidades e recorrer, formal e informalmente, a apoios/recursos adequados (Pereira et al., 2011).

De acordo com a *New Zealand Nurses Organisation & College of Nurses* (2011), os enfermeiros, pela natureza do seu trabalho, conhecem o impacto que uma inadequada literacia em saúde tem na vida e na saúde da população, na medida em que a simples dificuldade dos pais em entender uma prescrição ou ler a bula de um medicamento, ou a consciencialização por parte dos pais da necessidade de intervenção precoce, podem ser aspetos que põem em causa a saúde dos seus filhos. A educação das puérperas define-se como um processo que envolve a expansão de conhecimentos, compreensão, atitudes e treino de competências sobre o desenvolvimento e promoção de uma relação de vinculação entre criança e mãe (WHO, 1998).

As formações/ações educativas levadas a cabo pelo profissional de saúde permitem também estabelecer uma relação de proximidade com a mãe e aumentam o estabelecimento de uma relação mais equilibrada entre profissional e paciente (Jardim et al., 2017). De acordo com o *American College of Obstetricians and Gynecologists*, os enfermeiros da área da saúde materna devem ter as competências necessárias para garantir uma comunicação que seja compreensível, que proporcione um ambiente seguro e de confiança para que as mães possam colocar as suas questões sem medo e sem vergonha, e que permita o acesso à informação de todos e o desenvolvimento/promoção da autonomia das mães nas decisões sobre a sua saúde e sobre a saúde dos seus filhos. Apenas uma relação de proximidade permitirá que o enfermeiro de referência conheça as necessidades pessoais de cada mãe, o seu estatuto, as suas práticas de saúde o seu estado emocional, o seu nível de conhecimento. Assim, a assistência profissional deve fundamentar-se na interação, na confiança e no respeito. O serviço de saúde deve proporcionar um ambiente seguro, em que a mulher e a sua família sejam acompanhadas e apoiadas por profissionais competentes (Azevedo et al,

2018). Um acompanhamento de qualidade durante o puerpério é fundamental para a defesa e garantia dos direitos humanos das mulheres (Prigol & Baruffi, 2017).

Este apoio deverá reduzir o *stress* materno, aumentar a informação e a autoconsciencialização sobre a adoção de comportamentos saudáveis, aumentar o sentido de autoeficácia da mãe e promover relações/interações positivas entre mãe e bebé, de forma que se construa uma relação de vinculação segura, fundamental ao bom desenvolvimento de qualquer ser humano (Redshaw et al., 2009).

O cuidado com o puerpério deve ocorrer ainda em contexto hospitalar, onde as primeiras alterações (medos, preocupações, *stress*, dores, processo de amamentação) são identificadas (Oliveira et al., 2019), mas o EEESMO deve alertar a puérpera acerca dos sintomas e sinais que surgem ao longo desta fase, quer enquanto esta se encontra aos cuidados do hospital, quer também depois da alta (Mesquita et al., 2011).

Ao longo do puerpério, o EEESMO deve responder, não só às necessidades da mulher, como também às do recém-nascido, ou seja, a intervenção deve ter em consideração um plano holístico, ajudando a mãe no seu processo fisiológico e psicológico, potenciando a sua independência e o autocuidado, treinando-a nos cuidados à criança, bem como sendo um facilitador da promoção de vínculos dentro da família, que agora se constitui/se transforma com a chegada do novo elemento (Mesquita et al., 2011). Esta atuação por parte do enfermeiro deve ser qualificada e sustentada empiricamente, de forma a diminuir o impacto negativo do período puerperal. Além dos aspetos fisiológicos da gestação e da puérpera, os enfermeiros não devem minimizar a importância de abordar questões socio-emocionais (Azevedo et al., 2018). Se a puérpera estiver emocionalmente bem, a recuperação e o cuidado ao recém-nascido é desenvolvido de forma positiva.

Uma área que parece ser particularmente afetada pela literacia em saúde é a área da amamentação, nomeadamente, o recurso ao aleitamento materno em exclusividade. Stafford et al. (2021) verificaram que os profissionais de saúde tinham de apostar mais na promoção do aleitamento materno, sendo o apoio/acompanhamento dos enfermeiros no período puerperal essencial para que os materiais de apoio, os recursos, as informações passadas à mãe possam refletir uma resposta adaptada às necessidades de cada paciente.

Como a literacia em saúde continua a ser um determinante importante da saúde, os profissionais da área da saúde materna, particularmente os EEESMO, devem estar conscientes do impacto significativo que a literacia em saúde organizacional/profissional pode ter na forma como as pessoas podem aceder e utilizar os serviços de saúde necessários, bem como o efeito nos cuidados do paciente (Vamos et al., 2019).

3. Metodologia

Neste estudo, delimitámos um problema a investigar, em função do qual se traçaram os objetivos. Para os atingir, efetivámos uma revisão bibliográfica, a qual permitiu sustentar teoricamente a problemática, tendo a preocupação de selecionar o que nos pareceu mais pertinente e atual.

3.1 Métodos

Imediatamente após o nascimento de um filho, emerge um turbilhão de questões, certezas e incertezas, que podem ser colmatadas com o apoio do EEESMO aliado à promoção da literacia em saúde no puerpério. O período de internamento no serviço de obstetrícia, assim como o dia da alta hospitalar, são encarados como uma altura importante para consolidar ou dar informação à puérpera, aumentando as suas competências e conhecimentos, tornando-a assim a principal agente no seu bem-estar e do seu bebé.

Neste sentido, equacionam-se as seguintes questões de investigação:

- Qual o nível de conhecimento percecionado pela puérpera no momento da alta hospitalar?
- Que variáveis (socioeconómicas, obstétricas) têm impacto no nível de conhecimento percecionado pela puérpera?
- As preocupações maternas têm influência nos conhecimentos percecionados pela puérpera no momento da alta hospitalar?

O objetivo de um estudo indica o porquê da investigação, é um enunciado declarativo precisando as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação. O principal objetivo deste estudo consiste, em avaliar os conhecimentos percecionados pela puérpera no momento da alta hospitalar.

Na procura de respostas para as questões supracitadas formulámos os seguintes objetivos:

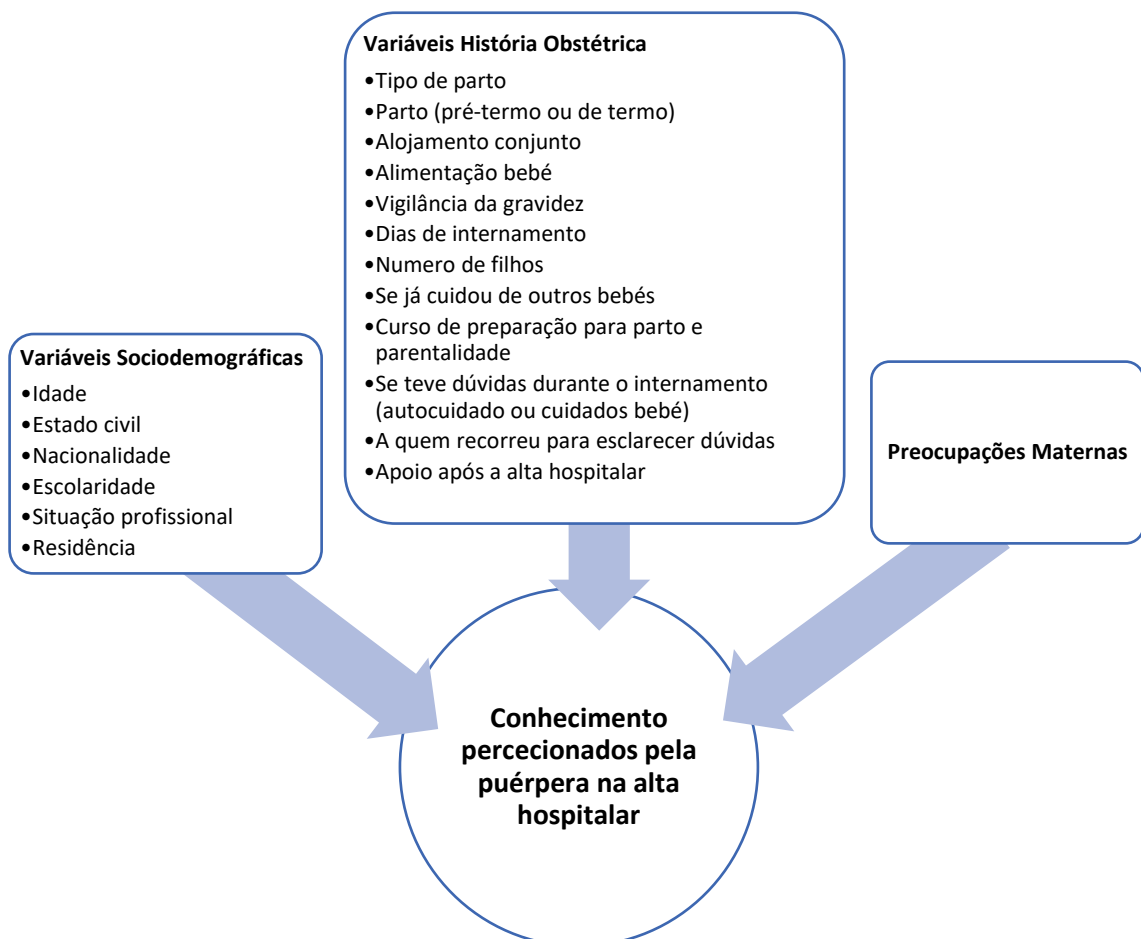
- Construir e validar uma escala que avalie os conhecimentos percecionados pela puérpera no momento da alta hospitalar;

- Avaliar os conhecimentos percebidos pela puérpera no momento da alta hospitalar;
- Avaliar as preocupações maternas das puérperas no momento da alta hospitalar;
- Determinar se as variáveis sociodemográficas e obstétricas têm relação com os conhecimentos percebidos pela puérpera no momento da alta hospitalar;
- Determinar se as preocupações maternas têm influência nos conhecimentos percebidos pela puérpera no momento da alta hospitalar.

Este estudo pode definir-se como analítico, descritivo-correlacional, transversal, que utiliza uma metodologia quantitativa.

A figura 1 representa, de forma pictórica, a associação que se prevê entre as variáveis.

Figura 1 – Representação do desenho de investigação



3.2 Participantes

A amostragem efetuada é do tipo não probabilística, intencional por conveniência. Os dados foram colhidos no serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE (CHTV, EPE) no período compreendido entre 20 de julho e 11 de novembro de 2021.

Definiram-se como critérios de inclusão: puérperas internadas no serviço de Obstetrícia do CHTV, EPE, compreender bem a língua portuguesa, saber ler e escrever e aceitar participar no estudo. Foram excluídas da amostra todas as puérperas que não compreendiam bem a língua portuguesa na forma escrita/oral, ou não aceitaram participar no estudo. Obtivemos um total de 220 questionários preenchidos, no entanto, 14 foram excluídos por não estarem totalmente preenchidos. Assim, a amostra final ficou constituída por 206 puérperas internadas no serviço de Obstetrícia do CHTV, EPE, no período acima indicado.

3.3 Instrumento de Colheita de Dados

Para este estudo, como forma de obtenção de dados e mensuração das diferentes variáveis, foi utilizado um questionário que permitiu recolher a informação necessária, válida e pertinente à realização do trabalho de investigação. O instrumento de recolha de dados utilizado neste estudo foi um questionário constituído por três partes (Anexo I). A primeira parte inclui sete questões que comportam a caracterização sociodemográfica da amostra. A segunda parte é constituída por doze questões que pretendem colher informação sobre a história obstétrica da puérpera. A terceira parte é constituída pela escala de conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar, construída por nós, para este estudo de investigação, e pelo questionário de preocupações maternas (QPM), de Sheil et al, (1985), versão piloto Portuguesa de Mendes, Rodrigues, Santos & Pedrosa (2010).

Parte I – Caracterização Sociodemográfica

Os dados biográficos visam a caracterização das puérperas em termos de idade, estado civil, nacionalidade, escolaridade, profissão, situação profissional e residência, e esta caracterização será apresentada no capítulo da apresentação dos resultados.

Parte II – Caracterização Obstétrica

Os dados que foram avaliados visaram a caracterização obstétrica da puérpera, quanto ao tipo de parto, parto (pré-termo ou de termo), alojamento conjunto, alimentação do bebê, vigilância da gravidez, dias de internamento, número de filhos, se já cuidou de outros bebês, se frequentou curso de preparação para parto e parentalidade, se durante o internamento teve dúvidas sobre o seu autocuidado ou dos cuidados ao bebê, a quem recorreu para esclarecer as dúvidas e por fim uma questão sobre o apoio após a alta hospitalar.

Parte III – Escala de Conhecimentos Percecionados pela Puérpera na Alta Hospitalar (ECPPAH)

Após pesquisa da literatura, constatou-se a inexistência de um instrumento de medida que nos viabilizasse estudar a variável dependente, o que nos levou à construção de uma escala de avaliação de conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar, tendo sido, antecedida de uma revisão bibliográfica sobre literacia em saúde materna.

Sustentada nesta investigação, foi elaborada uma escala tipo *Likert*, com três possibilidades de resposta, a que correspondem as seguintes pontuações: 3 pontos – com conhecimento; 2 pontos – com dúvidas; 1 ponto – sem conhecimento. Esta escala é constituída por quarenta itens, que mencionam os temas mais pertinentes a considerar aquando da alta hospitalar da puérpera, conhecimentos face ao autocuidado da puérpera, cuidados ao bebê, alimentação do bebê e informações gerais (Anexo I).

Apresentam-se na tabela 1 as estatísticas e as correlações obtidas em cada item. No que se refere aos índices médios observamos que na sua globalidade se encontram bem centrados ao situarem-se acima do valor médio previsto. O item com menor índice médio regista-se no item ec19 “*Preparação do biberão*” (média 2.174 ± 0.83) e o mais elevado no item ec12 “*Sinais e sintomas de alarme no pós-parto*” (média 2.966 ± 0.181).

Efetuada a correlação dos item com a nota global, observam-se correlações positivas em todos os itens, mas, por serem inferiores a 0.2, valor considerado de referência para o estudo da consistência interna, dever-se-ia proceder à eliminação dos itens 14 e 26. Decidiu-se pela sua manutenção uma vez que o estudo da escala iria passar pelos estudos de validade.

No que se refere aos coeficientes alfa de Cronbach os índices oscilam entre 0.935 e 0.939 para um alfa global de 0.938, sendo por isso classificados de muito bons.

Tabela 1 – Estatísticas e consistência interna da ECPAH

Nº Item	Itens	Média	Dp	r/item total	α sem item
1	Alterações fisiológicas que ocorrem no corpo após o parto	2.7476	.55381	.460	.937
2	Início da atividade sexual	2.6262	.67794	.444	.938
3	Métodos contraceptivos a utilizar no pós-parto	2.5340	.74330	.589	.936
4	Prática de atividade física	2.4806	.75036	.612	.936
5	Alimentação equilibrada	2.7718	.60193	.622	.936
6	Importância do sono e repouso	2.8204	.52431	.683	.936
7	Recursos disponíveis na comunidade para apoio a si e ao seu bebé	2.4223	.74656	.506	.937
8	Direitos sociais	2.3738	.71982	.572	.936
9	Como os familiares/amigos podem ajudar nas atividades de vida diárias	2.7184	.63886	.614	.936
10	Importância da consulta de revisão pós-parto.	2.9029	.38292	.475	.937
11	Cuidados de higiene da região genital	2.7816	.47968	.343	.938
12	Sinais e sintomas de alarme no pós-parto	2.9660	.18162	.245	.939
13	Aleitamento Materno (vantagens)	2.9078	.29006	.216	.939
14	Amamentação do bebé	2.8107	.40495	.123	.939
15	Sinais de boa pega (sucção e deglutição do bebé enquanto mama)	2.7136	.50414	.268	.939
16	Sinais e sintomas de complicações da amamentação (fissuras, ingurgitamento mamário, obstrução dos ductos mamários, mastite)	2.4612	.65216	.324	.938
17	Técnica de esvaziamento mamário	2.3398	.73985	.400	.938
18	Extração e conservação do leite materno	2.3301	.79496	.544	.937
19	Preparação do biberon	2.1748	.83142	.485	.938
20	Existência do Cantinho da Amamentação/Linha de Apoio à Amamentação	2.6359	.71121	.434	.938
21	Importância de expressar os seus sentimentos	2.7961	.53846	.714	.935
22	Importância de esclarecimento de dúvidas	2.6748	.67430	.602	.936
23	Importância de promover a sua saúde mental	2.7039	.59648	.751	.935
24	Crescimento e desenvolvimento do bebé	2.7136	.52313	.715	.935
25	Sinais e sintomas de alarme no bebé	2.8835	.33644	.569	.937
26	Técnica do banho ao bebé e cuidados com a pele	2.8738	.34724	.138	.939
27	Cuidados com o coto umbilical	2.5728	.62629	.237	.939
28	Icterícia fisiológica do bebé	2.5049	.66807	.508	.937
29	Características das dejeções do bebé	2.8398	.41739	.582	.936
30	Programa Nacional de Diagnóstico Precoce (teste do pezinho)	2.7282	.54449	.308	.938
31	Rastreio Auditivo Neonatal Universal	2.9175	.35336	.422	.938
32	Importância da vigilância do peso do bebé após a alta hospitalar	2.8835	.42601	.493	.937
33	Importância da vigilância da saúde infantil	2.8738	.44568	.702	.936
34	Importância do cumprimento do Plano Nacional de Vacinação	2.6796	.63574	.647	.936
35	Prevenção de acidentes no 1º ano de vida do bebé	2.8592	.42436	.720	.935
36	Transporte seguro do bebé no automóvel	2.7476	.62810	.471	.937
37	Cuidados com a roupa do bebé	2.7864	.56137	.742	.935
38	Cuidados com o espaço ambiente onde o bebé se encontra	2.7427	.63769	.682	.936
39	Vinculação aos membros da família (irmãos, avós)	2.5631	.64271	.718	.935
40	Síndrome da Morte Súbita do Lactente	2.7476	.55381	.468	.937
					0.938

Efetuamos, entretanto, uma análise fatorial exploratória por ser o método estatística mais usual para o estudo de validade. É uma técnica de análise exploratória de dados, objetivada para descobrir e analisar a estrutura de um conjunto de itens inter-relacionadas que confluem para a construção de fatores ou constructos.

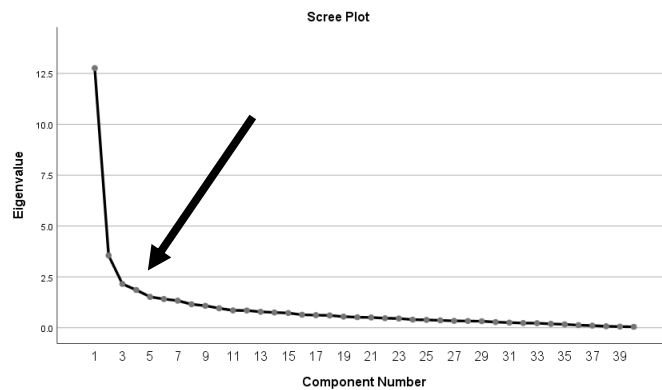
Na sua execução, processa-se em primeiro lugar a realização de uma matriz de correlações que pretende verificar a existência de relações significativas entre as variáveis sendo seguida pela rotação de fatores.

Na matriz de correlação, o método mais utilizado é o método dos componentes principais que permite obter o que se designa por matriz fatorial, e na rotação de fatores a rotação ortogonal, *do tipo varimax*, é a de maior uso porque mantém a independência dos fatores. Neste último processo, as variáveis (itens) que se tomam para cada fator são as que

se correlacionam mais fortemente com cada um deles. Uma vez selecionados os fatores, procede-se à identificação dos constructos teóricos. Para se conseguir uma boa definição de fator convencionou-se que não se deveriam considerar os itens ou variáveis com pesos fatoriais inferiores a 0.40. Ainda em relação à retenção dos fatores foram tidos em consideração os valores próprios superiores a 1 e o gráfico de declive ou *scree plot*.

A estrutura fatorial encontrada revelou a existência de 9 fatores que explicavam 67.07% da variância total e com valores próprios superiores a 1. Contudo, o gráfico de variâncias também designado por *scree plot*, diz-nos que o número de componentes a reter se configurava em quatro, pelo que se procedeu a nova análise fatorial forçando a quatro fatores (cf. Gráfico 1).

Gráfico 1 – Gráfico de variâncias de Scree Plot



Os quatro fatores explicavam no seu total 50.82% da variância, mas, a distribuição dos itens por fator não correspondia ao estudo conceptual e empírico realizado, o que nos levou a optar por realizar uma análise fatorial confirmatória tendo por base o referido estudo conceptual.

A tabela 2 revela as trajetórias dos itens para os respetivos fatores, as estimativas obtidas, os respetivos rácios críticos e os coeficientes lambda. No que concerne aos rácios críticos aferimos que todos os itens apresentam valores de p estatisticamente significativos o que levaria à manutenção de todos os itens para análises futuras. Todavia, a análise dos coeficientes lambda indicam a existência de alguns itens com saturações inferiores a 0.50, sendo este um pressuposto a considerar no refinamento do modelo.

Tabela 2 – Estimativas, rácios críticos e coeficientes lambda

Trajectórias			Estimativas	S.E.	C.R.	p	λ
ec40	<---	F1	.602	.100	6.040	***	.423
ec39	<---	F1	1.235	.094	13.196	***	.875
ec38	<---	F1	1.026	.083	12.362	***	.825
ec37	<---	F1	1.243	.092	13.572	***	.893
ec36	<---	F1	.495	.065	7.565	***	.527
ec35	<---	F1	1.148	.093	12.393	***	.816
ec34	<---	F1	.765	.065	11.741	***	.775
ec33	<---	F1	.736	.062	11.869	***	.781
ec32	<---	F1	.396	.054	7.306	***	.507
ec29	<---	F1	.762	.102	7.469	***	.515
ec28	<---	F1	.589	.097	6.056	***	.425
ec25	<---	F1	.567	.080	7.067	***	.490
ec24	<---	F1	1.000				.757
ec10	<---	F2	.706	.126	5.603	***	.506
ec9	<---	F2	1.587	.243	6.520	***	.682
ec6	<---	F2	1.487	.211	7.052	***	.779
ec5	<---	F2	1.734	.246	7.058	***	.791
ec4	<---	F2	1.927	.288	6.693	***	.705
ec3	<---	F2	1.796	.275	6.525	***	.663
ec2	<---	F2	1.247	.222	5.620	***	.505
ec1	<---	F2	1.000				.496
ec23	<---	F3	1.854	.254	7.297	***	.965
ec22	<---	F3	1.042	.161	6.457	***	.679
ec21	<---	F3	1.878	.259	7.258	***	.926
ec8	<---	F3	1.205	.199	6.061	***	.587
ec7	<---	F3	1.000				.470
ec20	<---	F4	1.388	.234	5.938	***	.590
ec19	<---	F4	1.437	.241	5.969	***	.639
ec18	<---	F4	1.677	.237	7.066	***	.801
ec17	<---	F4	1.000				.542

Seguidamente, as figuras 2 e 3 reportam-se, respetivamente, ao modelo inicial e modelo refinado onde consta a distribuição dos itens por fator, os pesos fatoriais (saturações) dos itens e a fiabilidade individual. Em relação ao modelo inicial reforça-se a necessidade de se eliminarem os itens com saturações inferiores a 0.40 e com fiabilidade individual inferior a 0.25. Os índices de bondade de ajustamento global neste modelo são adequados para a razão do qui quadrado com os graus de liberdade ($\chi^2/gl=3.530$) e para o (RMR=0.032 e SRMR=0.079) e são inadequados para o GFI=0.676; CFI=0.752 e RMSEA=0.111

Já o modelo refinado com a eliminação dos itens e com a correlação dos erros de medida dos itens (e7 vs e8) e (e2 vs e4) do fator1 (cuidados ao bebé), por apresentarem problema de colinearidade levaram à obtenção de uma melhor qualidade de ajustamento global sendo classificada de boa para ($\chi^2/gl=2.826$, RMR=0.030 e SRMR=0.068) e sofrível para CFI=0.882 GFI=0.819 e **RMSEA= 0.094**.

Figura 2 – Modelo inicial

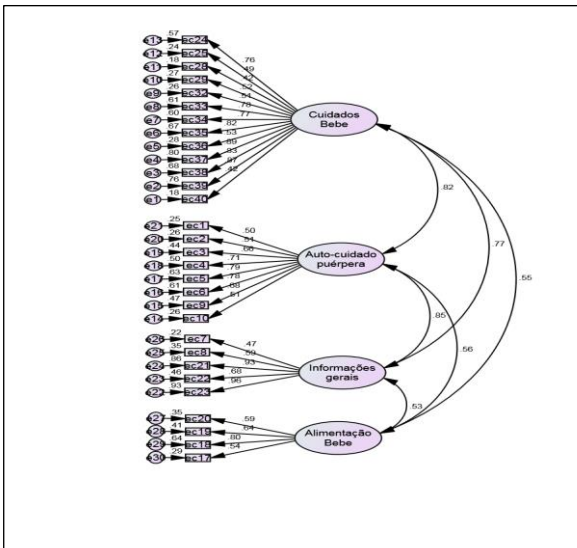
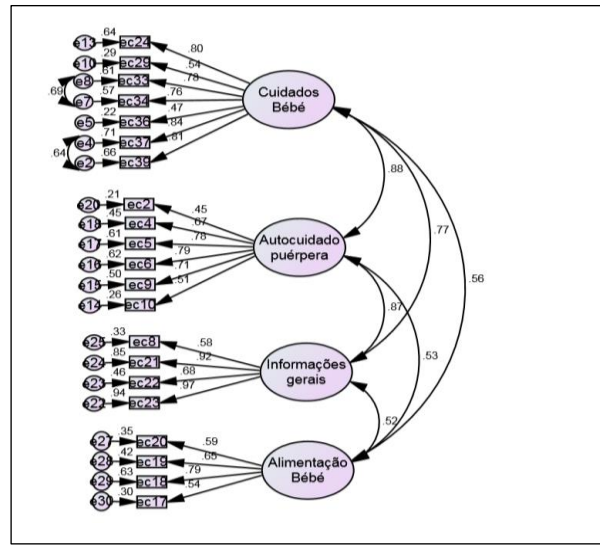
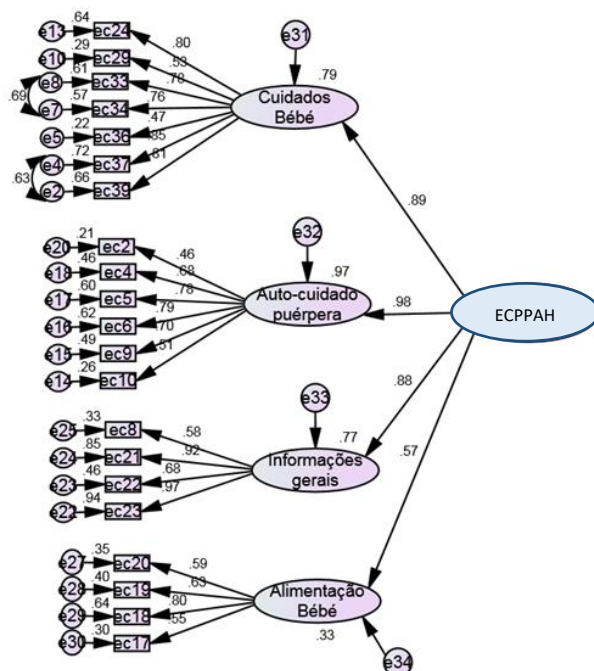


Figura 3 – Modelo refinado e itens eliminados



As correlações moderadas a altas encontradas entre os fatores da escala são sugestivas da existência de uma estrutura fatorial de 2ª ordem, a qual foi designada por Escala de Conhecimentos Percecionados pela Puérpera na Alta Hospitalar, acrónimo (ECPPAH). Neste modelo os itens do fator 1 (Cuidados ao bebê) explicam 79.0% da variabilidade da ECPPAH, mas o fator com maior variabilidade é o fator 2 (Autocuidado da puérpera), com 97.0% de variância explicada. Já o fator 4 (Alimentação do bebê) revela uma variabilidade de apenas 33.0%. (cf. figura 4).

Figura 4 – Modelo de segunda ordem



Na tabela 3 expressamos, os índices de bondade de ajustamento global gerados nos três modelos. De um modo geral, verifica-se que os índices de bondade de ajustamento global sofreram alterações substanciais, tornando o modelo mais robusto com a eliminação dos itens e o refinamento. O modelo final de 2ª ordem, sofreu uma ligeira alteração de alguns dos índices comparativamente ao modelo refinado.

Tabela 3 – Índices de bondade de ajustamento nos diferentes modelos

Modelo	χ^2_{gl}	GFI	CFI	RMSEA	RMR	SRMR
Modelo inicial (figura 1)	3.530	0.676	0.752	0.111	0.032	0.079
Modelo refinado e itens eliminados	2.826	0.819	0.882	0.094	0.030	0.068
Modelo 2ª ordem	2.812	0.819	0.882	0.094	0.030	0.070

Por último, no que respeita à análise fatorial confirmatória, apresenta-se na tabela 4 os índices da fiabilidade compósita, a variância extraída média e a validade discriminante.

Quanto á fiabilidade compósita (FC) denota-se que todos os fatores apresentam boa consistência interna com coeficientes a oscilar entre 0.741 no fator 4 e 0.875 no fator 3, para uma fiabilidade estratificada de 0.953.

No que respeita à validade convergente (VEM), apenas o fator 2 (VEM= 0.440) e o fator 4 (VEM= 0.422) são reveladores de validade divergente, por apresentarem índices inferiores ao valor de referência (0.50). Por último, em relação à validade discriminante, os resultados aferem da sua existência apenas para o fator 1 vs fator 4, fator 2 vs fator 4 e fator3 vs fator 4 pois os valores correlacionais elevados ao quadrado são superiores à VEM

Tabela 4 – Fiabilidade compósita, variância extraída média e validade discriminante

Fatores	FC	VEM	VD					
			F1vs f2	F1vs f3	F1vs f4	F2vs f3	F2vs f4	F3vs f4
Factor1 (F1) – Cuidados ao bebé	0.883	0.528	0.774	0.592	0.313			
Factor 2 (F2) – Auto- cuidado puérpera	0.819	0.440				0.756	0.280	
Factor 3 (F3) – Informações gerais	0.875	0.647						0.270
Factor 4 (F4) – Alimentação bebé	0.741	0.422						
FC e VEM Estratificada	0.953	0.505						

FC – fiabilidade compósita

VEM – variância extraída média

Validade discriminante

Após a análise fatorial confirmatória, realizou-se, com os itens remanescentes, o estudo de consistência interna por subescala (cf. Tabela 5).

No Fator 1 – **Cuidados ao bebé**, os coeficientes de alpha de Cronbach indicam existir uma boa consistência interna, com coeficientes a oscilar entre 0.849 no item ec35 e 0.893 no item ec29 com um alfa global de 0.882. A correlação item total é nesta fator superior a 0.472

No Fator 2 – **Autocuidado da puérpera**, os coeficientes de alpha de Cronbach revelam razoável a boa consistência interna, sendo o menor valor ($\alpha=0,748$) registrada no itens ec5 e o maior ($\alpha=0,805$) no item ec2, sendo o alfa global de 0.806. A menor correlação item total é registrada no item ec10 ($r= 0.441$).

No Fator 3 – **Informações gerais**, os coeficientes de alpha de Cronbach dão indicações de razoável a boa consistência interna, sendo o menor valor ($\alpha=0,741$) registado no item ec23 e o maior ($\alpha=0,885$) no item ec8, com um alfa total de 0,854. As correlações item total são uma vez mais consideradas adequadas com valores acima de 0.538.

Por último, no Fator 4 - **Alimentação do bebé**, são registados coeficientes alfa classificados como sofríveis a adequados, observando-se o menor no item ec18 com um alfa de 0.614 para um alfa global de 0.734. As correlações item total mantêm-se adequadas acima dos valores de referência.

Tabela 5 – Consistência interna por subescalas da ECPPAH

Itens		r/item total	r ²	α sem item
	F1 - Cuidados ao bebé			0.882
ec24	Crescimento e desenvolvimento do bebé	.733	.602	.857
ec29	Características das dejeções do bebé	.498	.291	.893
ec33	Importância da vigilância da saúde infan	.774	.796	.858
ec34	Importância do cumprimento do Plano Nacional de Vacinação	.789	.789	.855
ec36	Transporte seguro do bebé no automóvel	.472	.283	.887
ec37	Cuidados com a roupa do bebé	.788	.808	.849
ec39	Vinculação aos membros da família (irmãos, avós)	.761	.792	.853
	F2 - Autocuidado da puérpera			0.806
ec2	Início da atividade sexual	.452	.250	.805
ec4	Prática de atividade física	.616	.436	.767
ec5	Alimentação equilibrada	.686	.543	.748
ec6	Importância do sono e repouso	.704	.562	.750
ec9	Como os familiares/amigos podem ajudar nas atividades de vida diárias	.567	.382	.775
ec10	Importância da consulta de revisão pós-parto.	.441	.246	.803
	F3 - Informações gerais			0.854
ec8	Direitos sociais	.538	.306	.885
ec21	Importância de expressar os seus sentimentos	.822	.815	.758
ec22	Importância de esclarecimento de dúvidas	.611	.439	.851
ec23	Importância de promover a sua saúde mental	.862	.841	.741
	F4 - Alimentação do bebé			0.734
ec17	Técnica de esvaziamento mamário	.459	.253	.711
ec18	Extração e conservação do leite materno	.630	.406	.614
ec19	Preparação do biberon	.507	.285	.686
ec20	Existência do Cantinho da Amamentação/Linha de Apoio à Amamentação	.522	.274	.680

Avaliou-se a existência da validade convergente/divergente dos itens, tendo-se apurado que todos os itens apresentam validade convergente com o fator que lhe corresponde já que o valor correlacional é mais elevado com a subescala a que pertence, sendo o segundo mais elevado o fator global com exceção do item ec9 cujo coeficiente correlacional se verifica no fator 3 (cf. Tabela 6)

Tabela 6 – Validade convergente/divergente dos itens

Itens	Descrição	F1	F2	F3	F4	Ftotal
ec2	Início da atividade sexual	.307	.647	.360	.368	.501
ec4	Prática de atividade física	.554	.779	.587	.396	.695
ec5	Alimentação equilibrada	.590	.799	.656	.306	.708
ec6	Importância do sono e repouso	.633	.798	.653	.331	.729
ec8	Direitos sociais	.456	.583	.748	.427	.651
ec9	Como os familiares/amigos podem ajudar nas atividades de vida diárias	.585	.722	.705	.266	.685
ec10	Importância da consulta de revisão pós-parto.	.425	.556	.463	.220	.501
ec17	Técnica de esvaziamento mamário	.296	.235	.187	.671	.406
ec18	Extração e conservação do leite materno	.411	.430	.447	.807	.611
ec19	Preparação do biberon	.466	.364	.410	.744	.584
ec20	Existência do Cantinho da Amamentação/Linha de Apoio à Amamentação	.285	.297	.309	.763	.477
ec21	Importância de expressar os seus sentimentos	.641	.713	.912	.422	.798
ec22	Importância de esclarecimento de dúvidas	.536	.591	.752	.244	.634
ec23	Importância de promover a sua saúde mental	.682	.751	.930	.411	.826
ec24	Crescimento e desenvolvimento do bebé	.818	.619	.598	.346	.729
ec29	Características das dejeções do bebé	.657	.384	.398	.492	.586
ec33	Importância da vigilância da saúde infantil	.828	.589	.534	.371	.713
ec34	Importância do cumprimento do Plano Nacional de Vacinação	.842	.520	.476	.324	.669
ec36	Transporte seguro do bebé no automóvel	.579	.276	.310	.335	.460
ec37	Cuidados com a roupa do bebé	.861	.714	.689	.374	.805
ec39	Vinculação aos membros da família (irmãos, avós)	.844	.698	.677	.380	.792

*** p < 0.001

Termina-se apresentando a matriz de correlações entre as diferentes subescalas e fator global. As correlações entre os fatores são positivas e significativas com variância explicada acima de 19.8% entre fatores. (cf. tabela 7) e acima de 48.7% entre os fatores e fator global da escala.

Tabela 7 - Matriz de Correlação de Pearson entre os fatores da ECPPAH

Fatores	F2	F3	F4	Ftotal
F1 - Cuidados ao bebé	0.711***	0.691***	0.489***	0.884***
F2 - Autocuidado da puérpera	--	0.789***	0.446***	0.885***
F3 - Informações gerais		--	0.458***	0.872***
F4 - Alimentação do bebé			--	0.698***

*** p > 0.001

Questionário de Preocupações Maternas

Finalmente, no Questionário de Preocupações Maternas (QPM), de Sheil et al, (1985), versão piloto Portuguesa de Mendes, Rodrigues, Santos & Pedrosa (2010), a medição da variável dependente é realizada através de uma escala com quatro pontos correspondentes a quatro níveis: Sem Preocupação, Pouca Preocupação, Preocupação Moderada e Muita Preocupação. Atribui-se uma pontuação de 1 a 4, em que este último valor corresponde a níveis mais elevados de preocupação. São consideradas cinco dimensões, a primeira refere-se às preocupações em relação a **Si**, a segunda, às preocupações relativas ao **Bebé**, a

terceira, às preocupações referentes ao **Companheiro**, a quarta em relação à **Família** e por último, a quinta, referentes à **Comunidade**.

O valor de alfa de Cronbach obtido para a totalidade da Escala foi de 0,969 o que traduz uma boa consistência interna para o instrumento de colheita de dados. Também as restantes dimensões da escala apresentam bons valores de alfa de Cronbach, sendo estes respetivamente, para a dimensão preocupações em relação a Si de 0,934; para a dimensão preocupações em relação ao Bebê de 0,963; para a dimensão preocupações em relação ao Companheiro de 0,946; para a dimensão preocupações em relação à Família a consistência interna é fraca com alfa de 0,599 e finalmente para a dimensão preocupações em relação à Comunidade de 0,910.

3.4 Procedimentos

Antes da recolha de dados, efetuámos as diligências necessárias no sentido de respeitar os requisitos éticos tanto a nível administrativo, como a nível individual. Relativamente aos procedimentos éticos de natureza administrativa, solicitámos a indispensável autorização ao Presidente do Conselho de Administração do CHTV, EPE. (Anexo II), para proceder à recolha de dados, que deferiu o pedido (Anexo III). Em relação aos procedimentos éticos de natureza individual, pedimos o consentimento informado por parte das puérperas que participaram no estudo aquando da distribuição do questionário. A participação das puérperas foi voluntária e para o preenchimento dos questionários foi realizada uma explicação sucinta sobre o objetivo e finalidade do estudo. Foi assegurado às participantes a confidencialidade sobre os dados obtidos e preservado o anonimato.

Após a colheita de dados, efetuamos os procedimentos estatísticos, e na análise dos dados recorremos à estatística descritiva e analítica.

Para a caracterização, descrição e análise inferencial dos dados utilizámos o programa *Statiscal Package Social Science 26* para o *Windows* e *Word Microsoft*. Recorreu-se à estatística descritiva para calcular as frequências absolutas (n) e percentuais (%), algumas medidas de tendência central: medidas de dispersão: medidas de tendência central: Média (M); medidas de dispersão: Desvio padrão (\pm) e Coeficiente de variação (CV%); medida de assimetria e achatamento. Na escolha das técnicas estatísticas, nomeadamente dos testes, atendeu-se à natureza e características das variáveis envolvidas. Assim, para além da estatística descritiva, fez-se também uso da estatística inferencial, com recurso aos testes não

paramétricos Teste U de Mann Whitney e Teste de Kruskal-Wallis, bem como a testes paramétricos, designadamente ao T-test.

Assim, (i) o Testes t de Student ou teste de U-Mann Whitney (UMW) foi utilizado para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais; (ii) o Teste de Kruskal-Wallis para comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (variável exógena - qualitativa); (iii) o Teste de qui quadrado (X^2) permitiu comparar proporções entre duas variáveis nominais. Foi também realizado o estudo de fiabilidade das escalas, através das medidas de consistência interna: Alpha de Cronbach (α) e análise fatorial confirmatória e exploratória.

Na análise estatística utilizámos os seguintes valores de significância:

$p < 0.05^$ - diferença estatística significativa*

*$p < 0.01^{**}$ - diferença estatística bastante significativa*

*$p < 0.001^{***}$ - diferença estatística altamente significativa*

$p \geq 0.05$ n.s. – diferença estatística não significativa

4. Resultados

Neste capítulo, inerente à apresentação de resultados, procurou-se caracterizar não apenas os *scores* obtidos, pelos sujeitos da nossa amostra para a variável dependente e independentes em estudo, mas também analisar como estas variáveis se associam entre si, tendo como referência os objetivos que orientaram a presente investigação. A apresentação dos resultados é feita através de quadros e tabelas, onde serão demonstrados os dados mais relevantes do estudo. A descrição e análise dos dados obedecem à ordem pela qual foi elaborado o instrumento de recolha de dados.

4.1. Análise descritiva

A apresentação dos resultados surge esquematizada em quadros e tabelas, acompanhados pelas análises correspondentes.

Caraterização Sociodemográfica

Pela análise da tabela 8, pode-se constatar que a amostra é constituída por 206 puérperas com um perfil sociodemográfico que indica uma média de idade de 31.46 anos, casada ou a viver em união de facto (81.6%), de nacionalidade portuguesa (93.7%), 37.9% tem ensino secundário, é ativa profissionalmente (74.8%) e 47.1% reside em meio rural (cf. Tabela 8).

Tabela 8 – Caracterização sociodemográfica das puérperas

Variáveis	Total	
	N (206)	% (100,0)
Grupo etário		
Menos de 30 anos	72	35.0
Entre os 30 e os 34 anos	72	35.0
35 anos ou mais	62	30.0
Nacionalidade		
Portuguesa	193	93.7
Outra	13	6.3
Estado Civil		
Solteira/ Divorciada/ Viúva	38	18,4
Casada/ União de facto	168	81,6
Escolaridade		
2º Ciclo e 3º ciclo	34	16.5
Secundário	78	37.9
Ensino Superior	94	45.6
Situação Profissional		
Ativos	165	80.1
Não Ativos	41	19,9
Residência		
Rural	97	47.1
Urbana	109	52.9

Caraterização Obstétrica

A história obstétrica das puérperas revelou que a maioria teve parto por via vaginal (70.4%) e 29,6 puérperas teve parto por cesariana. Quanto ao tempo de gestação, 93.7% teve bebé de termo, ou seja, o bebé nasceu depois das 37 semanas de gestação. A maioria dos bebés praticou alojamento conjunto (87.9%) e apenas 12.1% teve necessidade de cuidados mais específicos ao nível da neonatologia. O teste Qui-Quadrado entre o tempo de gestação e o local onde ficou o bebé após o nascimento revelou ser altamente significativo ($\chi=31.759$; $p=0.000^{***}$), sendo que dos 13 bebés pré-termo 8 foram para neonatologia, pelo que o tempo de gestação tem influência na prática de alojamento conjunto e local onde vai o bebé após o nascimento.

A maioria dos bebés foi alimentada em exclusivo através do leite materno (82.5%) e 17.5% por leite materno e artificial.

A análise relativamente à vigilância da gravidez revelou que 48.1% das puérperas fez vigilância em simultâneo no serviço de saúde público (SNS) e nos serviços de saúde privados, 39.8% fez essa vigilância em exclusivo no SNS e 3.4% não vigiou a gravidez (cf. Tabela 9).

Tabela 9 – Caracterização obstétrica das puérperas

Variáveis	Total	
	N (206)	% (100,0)
Tipo de parto		
Vaginal	145	70.4
Cesariana	61	29.6
Tempo de gestação		
Pré-termo	13	6.3
De termo	193	93.7
Após o nascimento, o bebê ficou		
Alojamento conjunto	181	87.9
Neonatologia	25	12.1
Alimentação do bebê		
Leite materno (exclusivo)	170	82.5
Leite materno e artificial	36	17.5
Vigilância na gravidez		
Serviço Público	82	39.8
Serviço Público e Privado	99	48.1
Serviço Privado	18	8.7
Não vigiada	7	3.4

Face ao número de dias de internamento no serviço de obstetrícia, verificamos que a maioria (45.1%) esteve internada 3 dias, 31.1% teve quatro dia ou mais dias internada, e 23.8% dois dias de internamento, não existindo diferenças entre os grupos etários das puérperas ($p>0.05$), (cf. Tabela 10).

Tabela 10 – Relação entre número de dias internada em função do grupo etário

Variáveis	Menos de 30 anos		Entre os 30 e os 34 anos		35 anos ou mais		Total	
	N (72)	% (35.0)	n (72)	% (35.0)	n (62)	% (30.0)	N (206)	% (100,0)
Número de dias internamento								
2 dias	17	23.6	21	29.2	11	17.7	49	23.8
3 dias	30	41.7	35	48.6	28	45.2	93	45.1
4 ou mais dias	25	34.7	16	22.2	23	37.1	64	31.1

Teste Qui-Quadrado: $X=5.062$; $p=0.281$

O Teste Qui-Quadrado representado na Tabela 11 indica que há diferenças altamente significativas ($X=32.536$; $p=0.000^{***}$) entre a existência de filhos e o grupo etário das puérperas, sendo que as puérperas com 35 anos ou mais têm maior representatividade no grupo que possui já filhos (79%), por sua vez, as puérperas mais jovens têm maior percentagem no grupo que ainda não tem qualquer filho (69.4%).

Tabela 11 – Relação entre número de filhos em função do grupo etário

Variáveis	Menos de 30 anos		Entre os 30 e os 34 anos		35 anos ou mais		Total	
	N (72)	% (35.0)	n (72)	% (35.0)	n (62)	% (30.0)	N (206)	% (100,0)
Existência de filhos								
Sim	22	30.6	43	59.7	49	79.0	114	55.3
Não	50	69.4	29	20.3	13	21.0	92	44.7

Teste Qui-Quadrado: $X=32.536$; $p=0.000$ ***

A relação entre o número de dias de internamento e o tipo de parto revela ser altamente significativo (UMW=965; $p=0.000$ ***), onde se observa pelos valores de ordenações médias que as puérperas que tiveram o bebé por via vaginal estiveram menos tempo internadas face às puérperas em que o parto foi por cesariana (OM=787.75 vs OM=158.18).

A análise do Tabela 12 indica que para 45.6% das puérperas este é o seu primeiro filho, contudo 70.2% já cuidou de outros bebés, e 29.8% não teve essa experiência. Por sua vez, no grupo das puérperas que já tiveram outros filhos a representatividade é semelhante entre quem cuidou ou não de outros bebés.

Das 120 puérperas que afirmam já terem cuidado de outros bebés, verificamos que na sua maioria os cuidados que prestaram foram o pegar no bebé ao colo (95%), mudar a fralda (94.2%), alimentar o bebé (79.2%), colocar a dormir o bebé (78.3%), 76.7% já acalmou o bebé enquanto chora, 70.8% passeou o bebé, e apenas 44.2% já deu banho. O cuidado menos representado é o cuidado ao coto umbilical onde apenas 7 puérperas (5.8%) referem já ter prestado esse cuidado.

Tabela 12 – Relação entre número de filhos e já ter cuidado de outros bebés

Variáveis	Primeiro filho		Já tem outros filhos		Total	
	N (94)	% (45.6)	n (112)	% (54.4)	N (206)	% (100,0)
Cuidados a outros bebés						
Sim	66	70.2	54	48.2	120	58.3
Não	28	29.8	58	51.8	86	41.7

Da nossa amostra de puérperas apenas 38.3% frequentou curso de preparação para o parto e parentalidade, com os valores a oscilarem entre mínimo de 1 sessão e o máximo de 20 sessões, com um valor médio de aproximadamente 6 sessões.

Quando questionadas as puérperas se tiveram dúvidas durante o internamento, verificamos que estas têm mais dúvidas com os cuidados ao bebé (55.8%) do que face ao seu autocuidado (27.2%) (cf. Tabela 13). As dúvidas na sua maioria foram esclarecidas em conjunto por enfermeiros e médicos (39.8%), 26.3% exclusivamente por enfermeiros, 9.3%

por enfermeiros, médicos e mãe/outras familiares e 5.1% por enfermeiros, médicos e outras puérperas internadas.

Tabela 13 – Caraterização das dúvidas apresentadas pelas puérperas

Variáveis	Dúvidas no autocuidado		Dúvidas nos cuidados ao bebé	
	N (206)	% (100)	n (206)	% (100)
Sim	56	27.2	115	55.8
Não	150	72.8	91	44.2

Relativamente ao apoio que as puérperas vão ter em casa, após alta, no que respeita às atividades de vida diária, segundo as respostas, todas as puérperas vão ter ajuda. A totalidade das puérperas diz que vai ter ajuda do pai da criança (100%), 44.7% vai ter ajuda da sua mãe, 18% da sogra, e 3.9% de outro familiar.

Caraterização das Preocupações Maternas

Foi utilizado o Questionário de Preocupações Maternas (QPM), de Sheil et al, (1985), versão piloto Portuguesa de Mendes, Rodrigues, Santos & Pedrosa (2010), como podemos verificar pelo quadro 1 face à dimensão *Preocupações em relação a Si*, os três itens para quais as puérperas apresentam maior preocupação são: item 9: Dor nas mamas (Média=2.71 dp=1.969), item 10: Cuidado com as mamas (Média=2,50 dp=1.085) e item 11: Cansaço (Média=2.39 dp=1.019), por sua vez, os itens com menor preocupação, são item 4: Regresso da menstruação, item 15: Sensação de estar fechada em casa e item 2: Hábitos de exercício físico.

Quadro 1 – Caracterização das medidas estatísticas relativas aos indicadores da dimensão preocupações em relação a si

Dimensão: Preocupações em relação a Si	Média	dp
1) Alimentação	2.05	1.064
2) Hábitos de exercício físico	1.91	0.925
3) Regresso à figura anterior à gravidez	2.05	1.046
4) Regresso da menstruação	1.85	0.956
5) Corrimento vaginal	1.96	0.912
6) Desconforto causado pelos pontos	2.33	1.013
7) Obstipação	2.35	1.029
8) Hemorroidas	2.33	1.089
9) Dor nas mamas	2.71	1.696
10) Cuidado com as mamas	2.50	1.085
11) Cansaço	2.39	1.019
12) Tensão emocional	2.35	1.034
13) Incapacidade de concentração	2.14	0.989
14) Experiência de trabalho de parto	2.14	1.004
15) Sensação de estar fechada em casa	1.91	0.953
16) Sensação de estar em baixo	2.20	0.976
17) Ter tempo para cuidar de si	2.11	0.988

Já na dimensão *Preocupação com o seu Bebê*, o item que mais preocupa as puérperas é o 26 Reconhecer sinais de doença (Média=3.0; dp=1.049), seguido do item 20: Crescimento e desenvolvimento normais (Média=2.84; dp=1.164), item 21: Alimentação do seu bebé (Média=2.81; dp=1.161), (cf. Quadro 2).

Quadro 2 – Caracterização das medidas estatísticas relativas aos indicadores da dimensão referente ao seu bebé

Dimensão: Preocupações em relação ao seu bebé	Média	dp
18) Ser uma boa mãe	2.66	1.174
19) Aparência física do seu bebé	2.02	1.065
20) Crescimento e desenvolvimento normais	2.84	1.164
21) Alimentação do seu bebé	2.81	1.161
22) Cuidado físico	2.55	1.184
23) Sensação de conforto ao lidar com o seu bebé	2.52	1.151
24) Interpretação do comportamento do seu bebé	2.78	1.089
25) Não acordar com choro do bebé	2.50	1.175
26) Reconhecer sinais de doença	3.00	1.049
27) Viajar com o bebé	2.40	1.111
28) Segurança (prevenção de acidentes)	2.73	1.150
29) Como vestir o seu bebé	2.42	1.113

Quanto à dimensão referente às *Preocupações em relação ao seu **Companheiro***, verificamos que os valores médios são todos inferiores a 2, destacando-se o item 33: Terem tempo para estarem sozinhos, é o que mais preocupa as puérperas, (cf. Quadro 3)

Quadro 3 – Caracterização das medidas estatísticas relativas aos indicadores da dimensão referente ao seu companheiro

Dimensão: Preocupações em relação ao seu companheiro	Média	dp
30) A sua relação com o pai do bebé	1.63	0.942
31) O companheiro ser bom pai	1.51	0.887
32) Ter tempo para se divertir	1.59	0.819
33) Terem tempo para estarem sozinhos	1.84	0.937
34) Relações sexuais	1.80	0.944
35) Planeamento familiar	1.80	0.969

Na dimensão referente às *Preocupações em relação à sua **Família***, os valores são bastante semelhantes nos 4 itens que a constituem, de destacar o item relativo ao determinar limite de visitas (item 38), aquele que se destaca com valor médio de 2.16 (dp=1.103), (cf. Quadro 4).

Quadro 4 – Caracterização das medidas estatísticas relativas aos indicadores da dimensão referente à sua família

Dimensão: Preocupações em relação à sua família	Média	dp
36) gerir as exigências do lar	2.04	0.996
37) Mudança do estilo de vida familiar	2.02	0.992
38) Determinar limite de visitas	2.16	1.103
39) Recursos económicos	2.05	1.034

Face à dimensão relativa às *Preocupações em relação à sua **Comunidade***, os valores médios dos itens variaram entre mínimo de 1.35 nos itens 40, 41 e 42 e um valor máximo no item 47 Trabalho/emprego (Média=1.98 dp=1.019), que é o que mais preocupa as puérperas, (cf. Quadro 5).

Quadro 5 – Caracterização das medidas estatísticas relativas aos indicadores da dimensão referente à sua comunidade

Dimensão: Preocupações em relação à sua comunidade	Média	dp
40) Mudanças nas relações com amigos solteiros	1.35	0.637
41) Mudanças nas relações com os parentes/familiares	1.35	0.630
42) Mudanças nas relações com os casais amigos	1.35	0.605
43) Conselhos de familiares ou amigos	1.55	0.748
44) Acesso aos cuidados de saúde, tais como o CS, hospital...	1.87	1.048
45) Disponibilidade de recursos comunitários	1.75	0.902
46) Facilidade de aceder às compras	1.62	0.803
47) Trabalho/emprego	1.98	1.019
48) Participar em atividades comunitárias	1.54	0.793

O estudo da nota global das preocupações maternas das puérperas revelou uma oscilação elevada em torno da média (CV=32.3%), com um valor médio de 101.39 (dp=33.273), com uma curva de distribuição simétrica e platicúrtica, (cf. Tabela 14).

Tabela 14 – Estatísticas relativas às Preocupações Maternas das puérperas

	n	Min	Max	M	Dp	SK_{erro}	K_{erro}	CV (%)
<i>Preocupações maternas (nota global)</i>	206	48	192	101.39	33.273	1.218	-2.356	32.3

A **Escala de Preocupações Maternas** foi operacionalizada em três grupos, tendo por base a fórmula Mediana \pm 0.25 x Amplitude Interquartil (Pestana & Gageiro, 2014).

Do resultado obtido adotar-se-á a seguinte classificação:

- Preocupação reduzida < 88.5
- Preocupação moderada $\geq 88.5 > M > 114.5$
- Preocupação elevada ≥ 114.5

Constatamos que a maioria da amostra (38,3%), apresenta preocupações reduzidas, contudo 34% tem preocupações elevadas, e 27.7% preocupações moderadas.

4.2. Análise inferencial

Após a análise descritiva dos resultados, passamos de seguida à análise inferencial dos mesmos. A estatística inferencial possibilita, com base nos dados recolhidos, a obtenção de conclusões num domínio mais vasto de onde esses elementos provieram (Pestana e Gageiro, 2014). Assim, trata-se de determinar em que medida os valores da amostra constituem boas estimações dos parâmetros da população.

Qual o nível de conhecimento percecionado pela puérpera no momento da alta hospitalar?

O estudo da nota global da ECPPAH, no momento da alta, revela que os valores oscilaram entre mínimo de 21 e um máximo de 63, com um valor médio de 55.42 e um desvio padrão de 8.445, e com um coeficiente dispersão de 15.2% o que indica uma dispersão moderada em torno da média, (cf. Tabela 15).

Tabela 15 – Estatísticas relativas aos conhecimentos percecionados pelas puérperas

	n	Min	Max	M	Dp	CV (%)
<i>Cuidados ao bebé</i>	206	7	21	19.32	2.981	15.4
<i>Autocuidado</i>	206	6	18	16.32	2.597	15.9
<i>Informações gerais</i>	206	4	12	10.48	2.219	21.1
<i>Alimentação bebé</i>	206	4	12	9.31	2.261	24.3
<i>Conhecimentos percecionados (nota global)</i>	206	21	63	55.42	8.445	15.2

A ECPPAH, foi operacionalizada em três grupos, e do resultado obtido adotar-se-á a seguinte classificação:

- Conhecimentos percecionados fracos < 53
- Conhecimentos percecionados moderados $\geq 53 > M > 61$
- Conhecimentos percecionados elevados ≥ 61

Observamos que o grupo mais representado é conhecimentos percecionados moderados com 42.7%, seguido das puérperas com elevados conhecimentos percecionados com 30.1%, e 27.2% têm fracos conhecimentos percecionados.

A relação entre os conhecimentos percebidos, por grupos e o grupo etário, revelou que os conhecimentos percebidos moderados são os mais representativos em todos os grupos etários, acompanhando a nota global de 42.7%. Contudo as puérperas com 35 ou mais anos têm maior representatividade nos fracos conhecimentos percebidos (30.6%) quando comparados com os outros grupos etários. Por sua vez as puérperas com idades entre os 30 e os 34 anos são quem têm maior representatividade nos elevados conhecimentos percebidos (37.5%). O teste Qui-quadrado indica que as diferenças encontradas não são significativas ($X=3.209$; $p=0.523$), (cf. Tabela 16)

Tabela 16 – Conhecimentos percebidos pelas puérperas em função do grupo etário

Variáveis	Menos de 30 anos		Entre os 30 e os 34 anos		35 anos ou mais		Total	
	N (72)	% (35.0)	n (72)	% (35.0)	n (62)	% (30.0)	N (206)	% (100,0)
Conhecimentos percebidos								
Fracos	21	29.2	16	22.2	19	30.6	56	27.2
Moderados	32	44.4	29	40.3	27	43.5	88	42.7
Elevados	19	26.4	27	37.5	16	25.9	62	30.1

Teste Qui-Quadrado: $X=3.209$; $p=0.523$

Que variáveis (sociodemográficas, obstétricas) têm impacto no nível de conhecimento percebido pela puérpera?

Observamos, pela tabela 17, que as puérperas com idade entre os 30 e os 34 anos são as que apresentam mais conhecimentos percebidos ($PM=115.06$) e as puérperas com menos de 30 anos, são quem tem menos conhecimentos percebidos ($PM=95.78$). Revelando o teste *Kruskal-Wallis* (KW) diferenças significativas na nota global dos conhecimentos percebidos pelas puérpera, no momento da alta ($p=0.001^{**}$), e na dimensão Cuidados ao bebê ($p=0.017^*$). Assim, o grupo etário tem influência nos conhecimentos percebidos relativos aos cuidados ao bebê e conhecimentos percebidos globais no momento da alta hospitalar.

Tabela 17 – Relação entre os conhecimentos percecionados pelas puérperas por grupo etário

Conhecimentos percecionados	Grupo etário	N	Pesos Médios	Teste Kruskal-Wallis
<i>Cuidados ao bebé</i>	Menos 30 anos	72	98.80	KW=8.205 p=0.017*
	Entre os 30 e os 34 anos	72	118.19	
	35 anos ou mais	62	91.90	
<i>Autocuidado</i>	Menos 30 anos	72	98.76	KW=2.722 p=0.256
	Entre os 30 e os 34 anos	72	112.29	
	35 anos ou mais	62	98.80	
<i>Informações gerais</i>	Menos 30 anos	72	101.90	KW=1.783 p=0.410
	Entre os 30 e os 34 anos	72	110.21	
	35 anos ou mais	62	97.56	
<i>Alimentação bebé</i>	Menos 30 anos	72	92.68	KW=4.292 p=0.117
	Entre os 30 e os 34 anos	72	110.14	
	35 anos ou mais	62	108.35	
Conhecimentos percecionados (nota global)	Menos 30 anos	72	95.78	KW=13.361 p=0.001**
	Entre os 30 e os 34 anos	72	115.06	
	35 anos ou mais	62	99.04	

A relação entre o **estado civil** e os conhecimentos percecionados revelou que as puérperas casadas ou a viver em união de facto, apresentam valores médios mais elevados nas quatro dimensões e na nota global, exceto na dimensão informações gerais. No entanto, não foram verificadas diferenças estatísticas significativas. (cf. Tabela 18).

Tabela 18 – Relação entre os conhecimentos percecionados pelas puérperas e estado civil

Conhecimentos percecionados	Estado Civil	N	Ordenações Médias	Teste U de Mann Whitney
Cuidados ao bebé	Solteira/ Divorciada/ Viúva	38	98.97	U=3020 p=0,579
	Casada/ União de facto	168	104.52	
Autocuidado	Solteira/ Divorciada/ Viúva	38	87.80	U=2595.5 p=0,056
	Casada/ União de facto	168	107.05	
Informações gerais	Solteira/ Divorciada/ Viúva	38	107.93	U=3023.5 p=0,589
	Casada/ União de facto	168	102.50	
Alimentação bebé	Solteira/ Divorciada/ Viúva	38	92.08	U=2758 p=0,184
	Casada/ União de facto	168	106.08	
Conhecimentos percecionados (nota global)	Solteira/ Divorciada/ Viúva	38	94.74	U=2859 p=0,314
	Casada/ União de facto	168	105.48	

O teste UMW indica que a **nacionalidade** não tem efeito significativo nos conhecimentos percecionados no momento da alta, sendo que as puérperas de nacionalidade portuguesa possuem mais conhecimentos percecionados no momento da alta.

A análise dos conhecimentos percecionados em função da **escolaridade** (cf. Tabela 19), revelou que são as puérperas que possuem o 2º e 3º ciclo quem tem mais conhecimentos percecionados, seguido daquelas que possuem o ensino secundário, e com menos conhecimento percecionado, as puérperas com ensino superior.

O teste KW indica que as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ($p=0.236$), ou seja, a escolaridade não influencia os conhecimentos percecionados das puérperas no momento da alta.

Tabela 19 – Relação entre os conhecimentos percecionados pelas puérperas e a escolaridade

Conhecimentos percecionados	Escolaridade	N	Pesos Médios	Teste Kruskal-Wallis
<i>Cuidados ao bebé</i>	2º Ciclo e 3º ciclo	34	120.96	KW=4.248 p=0.120
	Secundário	78	102.38	
	Ensino Superior	94	98.12	
<i>Autocuidado</i>	2º Ciclo e 3º ciclo	34	108.18	KW=0.375 p=0.829
	Secundário	78	104.00	
	Ensino Superior	94	101.39	
<i>Informações gerais</i>	2º Ciclo e 3º ciclo	34	106.38	KW=0.550 p=0.760
	Secundário	78	106.05	
	Ensino Superior	94	100.34	
<i>Alimentação bebé</i>	2º Ciclo e 3º ciclo	34	118.97	KW=3.612 p=0.162
	Secundário	78	104.81	
	Ensino Superior	94	96.82	
Conhecimentos percecionados (nota global)	2º Ciclo e 3º ciclo	34	116.25	KW=2.885 p=0.236
	Secundário	78	105.97	
	Ensino Superior	94	96.84	

A relação entre a **situação profissional** e os conhecimentos percecionados manifestados pelas puérpera (cf. Tabela 20) indica que as puérperas que são ativas profissionalmente possuem em média melhor conhecimentos percecionados nos Cuidados ao bebé, no Autocuidado, nas Informações gerais e na Alimentação do bebé, assim como na nota global (OM=104.86 vs OM=98.04). No entanto, não foram encontradas diferenças estatísticas significativas ($p > 0.05$).

Tabela 20 – Relação entre os conhecimentos percebidos pelas puérperas e a situação profissional

Conhecimentos percebidos	Situação profissional	N	Ordenações Médias	Teste U de Mann Whitney
Cuidados ao bebê	Ativas	165	104.16	U=3273.5 p=0.733
	Não ativas	41	100.84	
Autocuidado	Ativas	165	104.29	U=3252.5 p=0.686
	Não ativas	41	100.33	
Informações gerais	Ativas	165	106.31	U=2919.5 p=0.150
	Não ativas	41	92.21	
Alimentação bebê	Ativas	165	103.32	U=3352 p=0.928
	Não ativas	41	104.24	
Conhecimentos percebidos (nota global)	Ativas	165	104.86	U=3158.5 p=0.510
	Não ativas	41	98.04	

A relação entre a **zona de residência** e os conhecimentos percebidos das puérperas encontram-se expressos na tabela 21, revelando que as puérperas que residem em meio rural têm maiores conhecimentos percebidos em todas as dimensões e na nota global da escala. No entanto, só foram encontradas diferenças estatísticas significativas para o autocuidado da puérpera ($p=0.038^*$). Assim, a zona de residência influencia os conhecimentos percebidos das puérperas no momento da alta na dimensão autocuidado.

Tabela 21 – Relação entre os conhecimentos percebidos pelas puérperas e a zona de residência

Conhecimentos percebidos	Zona residência	N	Ordenações Médias	Teste U de Mann Whitney
Cuidados ao bebê	Rural	97	108.34	U=4817.5 p=0.240
	Urbana	109	99.20	
Autocuidado	Rural	97	112.10	U=4452.0 p=0.038*
	Urbana	109	95.84	
Informações gerais	Rural	97	110.53	U=4604.5 p=0.090
	Urbana	109	97.24	
Alimentação bebê	Rural	97	106.81	U=4965.0 p=0.445
	Urbana	109	100.55	
Conhecimentos percebidos (nota global)	Rural	97	111.78	U=4483.5 p=0.059
	Urbana	109	96.13	

A relação entre o **tipo de parto** e os conhecimentos percecionados das puérperas (cf. Tabela 22) indica que as puérperas que foram submetidas a cesariana têm valores médios mais altos face as puérperas com parto via vaginal (OM=106.75 vs OM=102.13), à exceção da dimensão autocuidados da puérpera. Contudo, as diferenças encontradas quer na nota global e nas quatro dimensões em análise não foram encontradas diferenças significativas ($p>0.05$), ou seja, o tipo de parto não influencia os conhecimentos percecionados manifestados pelas puérperas no momento alta.

Tabela 22 – Relação entre os conhecimentos percecionados pelas puérperas e o tipo de parto

Conhecimentos percecionados	Tipo parto	N	Ordenações Médias	Teste U de Mann Whitney
Cuidados ao bebé	Vaginal	145	102.33	U=4252.5 p=0.641
	Cesariana	61	106.29	
Autocuidado	Vaginal	145	104.60	U=4262.5 p=0,663
	Cesariana	61	100.88	
Informações gerais	Vaginal	145	103.33	U=4398.0 p=0.947
	Cesariana	61	103.90	
Alimentação bebé	Vaginal	145	100.82	U=4033.5 p=0.312
	Cesariana	61	109.88	
Conhecimentos percecionados (nota global)	Vaginal	145	102.13	U=4224.5 p=0.611
	Cesariana	61	106.75	

Relativamente à variável **tempo de gestação**, verificamos que as puérperas cujo bebé nasceu prematuro apresentam mais conhecimentos percecionados nem todas as dimensões da escala e na nota global. No entanto, as diferenças significativas só foram encontradas na dimensão Informações gerais ($p=0.021^*$), ou seja, as puérperas que tiveram bebé pré-termo manifestam mais conhecimentos percecionados relativos a Informações gerais (OM=138.35 vs OM=101.15), podendo desta forma afirmar-se que o tempo de gestação influencia os conhecimentos percecionados manifestados na dimensão informações gerais (cf. Tabela 23).

Tabela 23 – Relação entre os conhecimentos percebidos pelas puérperas e o tempo gestação

Conhecimentos percebidos	Tempo gestação	N	Ordenações Médias	Teste U de Mann Whitney
Cuidados ao bebê	Pré-Termo	13	118.58	U=1058.5 p=0.313
	Termo	193	102.48	
Autocuidado	Pré-Termo	13	123.12	U=999.5 p=0.192
	Termo	193	102.18	
Informações gerais	Pré-Termo	13	138.35	U=801.5 p=0.021*
	Termo	193	101.15	
Alimentação bebê	Pré-Termo	13	124.35	U=983.5 p=0.186
	Termo	193	102.10	
Conhecimentos percebidos (nota global)	Pré-Termo	13	133.00	U=871.0 p=0.064
	Termo	193	101.51	

A relação entre os conhecimentos percebidos das puérperas e o alojamento do bebê após o nascimento, estudada e expressa na tabela 24, indica que apenas na dimensão Informações gerais foram obtidas diferenças significativas entre os grupos ($p=0.019^*$). Onde as puérperas cujo bebê foi internado na Neonatologia possuem mais conhecimentos percebidos nesta (OM=128.26 vs OM=100.08). Assim, o alojamento do bebê após o nascimento influencia os conhecimentos percebidos na dimensão informações gerais.

Tabela 24 – Relação entre os conhecimentos percebidos pelas puérperas e o alojamento do bebê após o nascimento

Conhecimentos percebidos	Alojamento	N	Ordenações Médias	Teste U de Mann Whitney
Cuidados ao bebê	Alojamento conjunto	181	102.84	U=2143.5 p=0.649
	Neonatologia	25	108.26	
Autocuidado	Alojamento conjunto	181	102.57	U=2094.5 p=0.523
	Neonatologia	25	110.22	
Informações gerais	Alojamento conjunto	181	100.08	U=1643.5 p=0.019*
	Neonatologia	25	128.26	
Alimentação bebê	Alojamento conjunto	181	102.26	U=2038.5 p=0.416
	Neonatologia	25	112.46	
Conhecimentos percebidos (nota global)	Alojamento conjunto	181	101.63	U=1924.5 p=0.225
	Neonatologia	25	117.02	

O estudo relativo à Alimentação do bebé indica que as puérperas que alimentaram o bebé com leite misto (leite materno e leite artificial) apresentam mais conhecimentos percecionados nas quatro dimensões e na nota global. Contudo o teste UMW não evidencia diferenças significativas entre as variáveis em estudo, (cf. Tabela 25).

Tabela 25 – Relação entre os conhecimentos percecionados pelas puérperas e a alimentação do bebé

Conhecimentos percecionados	Alimentação do bebé	N	Ordenações Médias	Teste U de Mann Whitney
Cuidados ao bebé	Exclusivamente materno	170	102.36	U=2866.5
	Misto	36	108.89	p=0.523
Autocuidado	Exclusivamente materno	170	102.37	U=2868.5
	Misto	36	108.82	p=0.531
Informações gerais	Exclusivamente materno	170	101.02	U=2639.0
	Misto	36	115.19	p=0.168
Alimentação bebé	Exclusivamente materno	170	100.89	U=2617.0
	Misto	36	115.81	p=0.167
Conhecimentos percecionados (nota global)	Exclusivamente materno	170	101.01	U=2637.0
	Misto	36	115.25	p=0.191

O teste de KW usado para estudar a relação entre os dias de internamento e os conhecimentos percecionados das puérperas, revelou que não há relação entre as variáveis em estudo com os valores de significação superiores a 0.05 (cf. Tabela 26).

Tabela 26 – Relação entre os conhecimentos percecionados pelas puérperas e os dias de internamento

Conhecimentos percecionados	Dias de internamento	N	Pesos Médios	Teste Kruskal-Wallis
<i>Cuidados ao bebé</i>	Dois dias	49	105.70	KW=0.102 p=0.950
	Três dias	93	102.66	
	Quatro ou mais dias	64	103.04	
<i>Autocuidado</i>	Dois dias	49	105.20	KW=0.748 p=0.688
	Três dias	93	106.05	
	Quatro ou mais dias	64	98.49	
<i>Informações gerais</i>	Dois dias	49	108.43	KW=0.514 p=0.773
	Três dias	93	101.47	
	Quatro ou mais dias	64	102.68	
<i>Alimentação bebé</i>	Dois dias	49	104.88	KW=3.601 p=0.165
	Três dias	93	95.73	
	Quatro ou mais dias	64	113.74	
Conhecimentos percecionados (nota global)	Dois dias	49	106.04	KW=0.506 p=0.777
	Três dias	93	100.26	
	Quatro ou mais dias	64	106.27	

A variável número de filhos não tem efeito significativo no nível de conhecimentos percecionados que as puérperas apresentam no momento da alta hospitalar. No entanto, as puérperas com um filho revelam mais conhecimentos percecionados (cf. Tabela 27).

Tabela 27 – Relação entre os conhecimentos percecionados pelas puérperas e o número de filhos

Conhecimentos percecionados	Número de filhos	N	Ordenações Médias	Teste U de Mann Whitney
<i>Cuidados ao bebé</i>	Um filho	86	58.29	U=823.5 p=0.097
	Dois ou mais	28	55.07	
<i>Autocuidado</i>	Um filho	86	58.29	U=931.0 p=0.433
	Dois ou mais	28	55.07	
<i>Informações gerais</i>	Um filho	86	58.04	U=897.5 p=0.303
	Dois ou mais	28	55.84	
<i>Alimentação bebé</i>	Um filho	86	59.69	U=886.0 p=0.277
	Dois ou mais	28	50.79	
Conhecimentos percecionados (nota global)	Um filho	86	59.70	U=852,.0 p=0.189
	Dois ou mais	28	50.73	

Face à variável vigilância da gravidez, verificamos, pela análise da tabela 28, que as puérperas que vigiaram a gestação, em serviços de saúde privados, são as que possuem mais conhecimento percebido nas dimensões Cuidados ao bebê, Autocuidado da puérpera, Informações gerais e na nota global. Por sua vez, na dimensão Alimentação do bebê, as puérperas que não tiveram qualquer vigilância revelam mais conhecimento percebido. Contudo, e apesar destas diferenças nos grupos, o teste KW não evidencia diferenças significativas tanto nas quatro dimensões assim como na nota global ($p=0.695$). Concluimos que as variáveis em estudo são independentes entre si, não existindo nenhuma relação causal.

Tabela 28 – Relação entre os conhecimentos percebidos pelas puérperas e a vigilância da gravidez

Conhecimentos percebidos	Vigilância da gravidez	N	Pesos Médios	Teste Kruskal-Wallis
<i>Cuidados ao bebê</i>	Publico	82	100.57	KW=1.052 p=0.789
	Publico e Privado	99	104.05	
	Privado	18	115.17	
	Sem vigilância	7	100.07	
<i>Autocuidado</i>	Publico	82	102.52	KW=2.837 p=0.417
	Publico e Privado	99	104.20	
	Privado	18	115.61	
	Sem vigilância	7	73.86	
<i>Informações gerais</i>	Publico	82	96.80	KW=4.972 p=0.174
	Publico e Privado	99	104.34	
	Privado	18	129.19	
	Sem vigilância	7	104.07	
<i>Alimentação bebê</i>	Publico	82	100.71	KW=1.039 p=0.792
	Publico e Privado	99	104.19	
	Privado	18	104.53	
	Sem vigilância	7	123.79	
Conhecimentos percebidos (nota global)	Publico	82	98.98	KW=1.446 p=0.695
	Publico e Privado	99	105.23	
	Privado	18	116.36	
	Sem vigilância	7	98.93	

A relação entre os conhecimentos percebidos das puérperas face à frequência do um curso de preparação para parto e parentalidade, revela não haver diferenças significativas entre estas variáveis ($p>0.05$). Contudo, constatamos que as puérperas que frequentaram o

curso são quem em média têm mais conhecimentos percebidos nas dimensões autocuidado, informações gerais, e conhecimentos gerais. (cf. Tabela 29).

Tabela 29 – Relação entre os conhecimentos percebidos pelas puérperas e a frequência de um curso de preparação para parto e parentalidade

Conhecimentos percebidos	Curso de preparação para parto e parentalidade	N	Ordenações Médias	Teste U de Mann Whitney
Cuidados ao bebê	Sim	79	99.93	U=4734.5 p=0.468
	Não	127	105.72	
Autocuidado	Sim	79	107.94	U=4665.5 p=0.370
	Não	127	100.74	
Informações gerais	Sim	79	107.27	U=4719.0 p=0.447
	Não	127	101.16	
Alimentação bebê	Sim	79	100.59	U=4787.0 p=0.576
	Não	127	105.31	
Conhecimentos percebidos (nota global)	Sim	79	104.63	U=4927.0 p=0.829
	Não	127	102.80	

Relativamente à variável dúvidas quanto ao autocuidado, verificamos que as puérperas que referem não ter dúvidas, são as que apresentam valores médios mais elevados de conhecimentos percebidos nas quatro dimensões e na nota global dos conhecimentos percebidos. O teste UMW indica que as diferenças são significativas nas dimensões Cuidados ao bebê ($p=0.020^*$), Autocuidado da puérpera ($p=0.002^{**}$) e na nota global dos conhecimentos ($p=0.024^*$), ou seja, as dúvidas apresentadas pelas puérperas têm influência no nível de conhecimentos percebidos que estas referem no momento da alta hospitalar (cf. Tabela 30).

Tabela 30 – Relação entre os conhecimentos percebidos pelas puérperas e as dúvidas no seu autocuidado

Conhecimentos percebidos	Dúvidas no autocuidado	N	Ordenações Médias	Teste U de Mann Whitney
Cuidados ao bebê	Sim	56	88.76	U=3374.5 p=0.020*
	Não	150	109.00	
Autocuidado	Sim	56	83.98	U=3107.0 p=0.002**
	Não	150	110.79	
Informações gerais	Sim	56	93.66	U=3649.0. p=0.124
	Não	150	107.17	
Alimentação bebê	Sim	56	92.79	U=3600.0 p=0.110
	Não	150	107.50	
Conhecimentos percebidos (nota global)	Sim	56	88.18	U=3342.0 p=0.024*
	Não	150	109.22	

Em relação à variável dúvidas quanto aos cuidados ao bebê, as puérperas que referem não ter dúvidas, são quem tem mais conhecimentos percebidos nas quatro dimensões e na nota global dos conhecimentos percebidos. O teste UMW indica que as diferenças são significativas em todas as dimensões, exceto na dimensão Informações gerais.

Assim, podemos afirmar que as dúvidas das puérperas quanto aos cuidados ao bebê têm influência no nível de conhecimentos percebidos que estas referem no momento da alta hospitalar (cf. Tabela 31).

Tabela 31 – Relação entre os conhecimentos percebidos pelas puérperas e as dúvidas relativas aos cuidados ao bebê

Conhecimentos percebidos	Dúvidas nos cuidados ao bebê	N	Ordenações Médias	Teste U de Mann Whitney
Cuidados ao bebê	Sim	115	91.07	U=3802.5 p=0.000***
	Não	91	119.21	
Autocuidado	Sim	115	93.34	U=4064.0 p=0.003**
	Não	91	116.34	
Informações gerais	Sim	115	97.13	U=4500.0 p=0.067
	Não	91	111.54	
Alimentação bebê	Sim	115	94.90	U=4243.0 p=0.018*
	Não	91	114.37	
Conhecimentos percebidos (nota global)	Sim	115	91.53	U=3856.5 p=0.001**
	Não	91	118.62	

As preocupações maternas têm influência nos conhecimentos percebidos pelas puérperas no momento da alta hospitalar?

A relação entre o nível de conhecimento percebido e o grau de preocupação materna, revelou que as puérperas que têm conhecimentos percebidos elevados são as que têm menores preocupações (53.2%), por sua vez as puérperas com conhecimentos percebidos fracos estão mais representadas no grupo da preocupação moderada (41.1%). O teste Qui-quadrado indica que as diferenças encontradas são significativas ($p=0.012^*$), ou seja, quanto menor preocupação manifestada, mais elevados são os conhecimentos percebidos das puérperas (cf. Tabela 32).

Tabela 32 – Relação entre os conhecimentos percebidos em função das preocupações maternas

Variáveis	Preocupação reduzida		Preocupação moderada		Preocupação elevada		Total	
	N (79)	% (38.3)	n (57)	% (27.7)	n (70)	% (34.0)	N (206)	% (100.0)
Conhecimentos percebidos								
Fracos	15	26.8	23	41.1	18	32.1	56	27.2
Moderados	31	35.2	22	25.0	35	39.8	88	42.7
Elevados	33	53.2	12	19.4	17	24.4	61	30.1

Teste Qui-Quadrado: $X=12.875$; $p=0.012^*$

5. Discussão

Apresentados e analisados os resultados obtidos, importa agora refletir sobre a investigação realizada através da discussão destes resultados, evidenciando os dados mais relevantes e confrontando-os com outras investigações/estudos acerca da nossa temática. Este capítulo visa ainda apresentar e explicar as dificuldades e limitações metodológicas encontradas, referir os esforços de controlo dos erros e desvios no sentido de maximizar a validade dos resultados.

Atendendo aos objetivos e questões, inicialmente propostos, inicia-se a discussão dos resultados de acordo com o seguimento da sua apresentação.

5.1 Discussão metodológica

Uma das nossas preocupações foi, desde o início da conceptualização deste estudo, desenvolver um trabalho metodológico rigoroso e científico, utilizando uma metodologia que nos pareceu ser a mais adequada para a realização deste estudo.

A escolha da metodologia utilizada teve em consideração a temática em estudo, as variáveis envolvidas e os objetivos delineados. Optámos por uma metodologia quantitativa, descritivo-correlacional e transversal. Na elaboração do instrumento de recolha de dados, tivemos em conta os objetivos do estudo e as características da população que pretendemos estudar. Assim, o instrumento utilizado foi o questionário constituído por três partes. A primeira parte inclui sete questões sobre a caracterização sociodemográfica da amostra. A segunda parte é constituída por doze questões que pretendem colher informação sobre a história obstétrica da puérpera. A terceira parte é constituída pela escala de conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar (ECPPAH), construída por nós para este estudo, e pelo questionário de preocupações maternas (QPM), de Sheil et al, (1985), versão piloto Portuguesa de Mendes, Rodrigues, Santos & Pedrosa (2010). A ECPPAH foi construída e validado nesta investigação, uma vez que, desconhecemos a existência na literatura de uma escala que avaliasse os conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar. Trata-se de uma escala tipo *Likert* com 21 afirmações e três opções de resposta. Efetuamos o estudo de fiabilidade e validade e resultou em quatro fatores a que demos o nome de Cuidados ao bebé; Autocuidado da puérpera; Informações gerais e Alimentação do bebé. Esta escala pretende avaliar os conhecimentos percecionados pela puérpera, tendo estes sido

classificados em três níveis (fracos, moderados e elevados), A escala das preocupações maternas avalia as preocupações maternas relativamente aos seguintes aspetos (em relação a si, ao bebé, ao companheiro, à família e à comunidade), e classifica as preocupações em reduzidas, moderadas e elevadas.

A análise efetuada às características psicométricas da ECPPAH, no que respeita à fidelidade do instrumento, permitiu apurar que a consistência interna, o coeficiente *alpha de Cronbach* obtido para a escala total foi de 0.938. O *alpha de Cronbach* é a técnica mais comumente utilizada para estimar a consistência interna de um instrumento de medida, e o valor deverá situar-se à volta de 0.7 para novas escalas, o que é o nosso caso. Face ao exposto, consideramos estes resultados como ótimos por se tratar de uma nova escala e por apresentar uma elevada consistência interna.

Durante a elaboração desta investigação confrontámo-nos com algumas dificuldades metodológicas, que passamos a enumerar:

- No contexto da fundamentação teórica, verificamos que o número de estudos publicados em Portugal sobre os conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar é muito reduzido.
- Outra limitação foi a técnica de amostragem ser não probabilística, uma vez que neste tipo de amostragem a probabilidade de um elemento pertencer à amostra não é igual à dos restantes elementos. O problema com este tipo de amostras é que estas podem, ou não, ser representativas da população em estudo.
- Há sempre limitações inerentes às investigações com pessoas, e neste caso em particular com puérperas, que estão relacionadas com as condições físicas e psicológicas das inquiridas no estudo, assim como a capacidade de perceção das puérperas no momento da alta hospitalar, o que pode manipular as respostas dadas.

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

Consideramos esta investigação uma mais-valia visto que se trata de um tema pouco estudado em Portugal, e por isso, devido à carência de estudos científicos sobre esta temática, limita-nos a confrontação dos resultados obtidos com os de outras investigações.

Assim, com base nos resultados obtidos, pensamos ter conseguido atingir os objetivos inicialmente traçados e respondido às questões de investigação formuladas.

Apesar das limitações descritas consideramos que os resultados obtidos nos permitem, por um lado, conhecer melhor o nível de conhecimentos da puérpera na alta

hospitalar e por outro, podem constituir um ponto de partida para a introdução e continuidade de melhorias na prestação de cuidados de enfermagem nesta área de atuação que é o puerpério.

5.2 Discussão dos resultados

Os dias de internamento após o parto são muito intensos no que respeita às alterações físicas, psicológicas e familiares, assim como na quantidade de informação que tem de ser assimilada pela puérpera em tão poucos dias, o que pode comprometer a promoção da literacia em saúde neste período puerperal.

Para analisar que variáveis têm influência nos conhecimentos percecionados que as puérperas têm no dia da alta hospitalar equacionámos as seguintes questões, e iremos seguidamente proceder à sua análise.

Qual o nível de conhecimento percecionado pela puérpera no momento da alta hospitalar?

Tendo por base o exposto, no nosso estudo, numa amostra de 206 puérperas, a maioria (42.7%) possui conhecimentos percecionados moderados, 30.1% elevados e 27.2% fracos, no momento da alta hospitalar. Estes resultados corroboram as evidências encontradas por Smith et al. (2022), que, na sua revisão sistemática da literatura, constaram que, apesar da existência das recomendações globais, as informações dadas às puérperas pós-parto, por um lado, são variáveis e muitas vezes não abordam as suas preocupações sobre si mesmas e as referentes aos autocuidados do recém-nascido, por outro lado, há casos em que as puérperas recebem muitas informações em curto espaço de tempo e não conseguem assimilar todas, bem como ver esclarecidas as suas dúvidas, o que pode assumir-se como um fator de ansiedade na transição para o domicílio. Assim sendo, os autores citados reforçam a necessidade de as mulheres terem um maior apoio, educação/formação e preparação ao longo da gravidez para que a transição hospital/domicílio seja mais positiva, decorrente de conhecimentos adquiridos ao longo do tempo, sendo este um elemento-chave para os cuidados puerperais e ao recém-nascido, facilitando, assim, a transição para a parentalidade. Finlayson et al. (2020), tendo por base evidências científicas, referem que as

mesmas mostram o quanto é importante para as puérperas terem níveis ideais de literacia em saúde para que possam alcançar uma maternidade positiva, bem como se possam adaptar às relações íntimas e familiares alteradas e (re)alcançar o bem-estar para si próprias e para o seu bebé. No estudo de Almalik (2017), no momento da alta hospitalar, as puérperas revelavam fracos conhecimentos ou aptidões suficientes para o seu autocuidado e para os do recém-nascido, o que implica mais e melhor educação para a saúde quer ao longo do processo gravídico, quer no pós-parto, o que se traduzirá em níveis mais elevados de literacia em saúde e numa vivência da parentalidade mais positiva. As puérperas manifestaram o desejo de terem tido mais acesso a mais ensino/educação/formação pós-parto por parte dos profissionais de saúde.

Em relação à educação para a saúde, efetuada à puérpera no pós-parto, a investigação é relativamente escassa (Buchko et al., 2012). Stafford et al. (2021) verificou no seu estudo que 54% das mulheres em período pós-parto tinham reduzida literacia em saúde. Os autores observaram uma associação estatisticamente significativa entre a baixa literacia em saúde e a intenção de amamentar exclusivamente. Já Weiss e Lokken (2009) desenvolveram uma escala para avaliar a qualidade do ensino/educação à puérpera no momento da alta. Este instrumento avalia as necessidades educativas pós-parto das mães, a educação/formação que receberam dos profissionais de saúde, e em que medida foi fácil ou difícil compreender a informação passada pelos profissionais de saúde. Wagner e Washington (2016) verificaram que as mães participantes no seu estudo estavam mais satisfeitas com o ensino/educação/formação pós-parto, em termos individuais, do que com as formações em grupo.

Que variáveis (sociodemográficas, obstétricas) têm impacto no nível de conhecimento percecionado pela puérpera?

Relativamente ao perfil sociodemográfico das puérperas, verificou-se que a amostra constituída por 206 puérperas possui uma média de idade de 31.46 anos, seguindo a tendência nacional de acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística/Base de Dados de Portugal (INE/PORDATA), que revelam que a média de idade das puérperas em 2020 foi de 32.2, com propensão a aumentar. Verificou-se através da aplicação do teste Kruskal-Wallis (H) que as puérperas com idade entre os 30 e os 34 anos são as que possuem mais conhecimentos percecionados relativamente aos Cuidados ao bebé, e as puérperas com 35 ou mais anos são quem tem menos conhecimentos percecionados, revelando então que

a idade influencia os conhecimentos percebidos pela puérpera na alta hospitalar. Segundo Marques (2020), dentre outras características, a idade é uma variável sociodemográfica que interfere na literacia em saúde mental das puérperas. Também Beraki et al. (2020) salientam que as evidentes lacunas ao nível dos conhecimentos sobre os cuidados pós-natais entre puérperas estavam relacionados com o facto de serem mães jovens entre os 17-25 anos de idade.

A globalidade da amostra é casada ou vive em união de facto (81.6%), de nacionalidade portuguesa (93.7%), com o ensino superior (45.6%), ativa profissionalmente (80.1%) e residente em meio urbano (52.9%). No nosso estudo não houve diferença significativa nas variáveis analisadas à exceção da variável zona de residência. Gamel et al. (2020) verificaram, no seu estudo, que há uma melhoria muito significativa do conhecimento das mulheres estudadas depois de serem fornecidas informações e ensinamentos pela equipa de enfermagem. No entanto, tal como no nosso estudo, não há diferenças significativas no score total de conhecimento sobre as variáveis sociodemográficas. Nchimbi e Joho (2022) apontam, segundo os resultados do seu estudo, que ter o ensino secundário ou superior completos foram preditores significativos tanto para o conhecimento quanto para as práticas de autocuidado das puérperas, devendo ser dada atenção especial às mulheres com baixa escolaridade.

Caetano (2020) concluiu que o nível de escolaridade dos pais surge como um fator importante na adaptação, na medida em que mulheres com um nível educacional mais elevado procuram fontes de informação mais credíveis e formais, como sejam, livros, internet, enfermeiros, médicos para acederem à informação. Reforça que, tendo em conta esta perspetiva, quanto mais habilitações académicas a mãe tiver, mais elevadas serão as suas aptidões de leitura, interpretação e compreensão, o que irá facilitar o acesso à informação, e consequentemente ao desenvolvimento de competências e habilidades do seu papel enquanto mães, ou seja, maior será a sua literacia em saúde.

A relação entre a zona de residência e os conhecimentos percebidos pelas puérperas revelou que as puérperas que residem em meio rural são quem têm melhores conhecimentos percebidos em todas as dimensões e na nota global. Constatou-se, através da aplicação do teste U de Mann Whitney (UMW), que a zona de residência influencia os conhecimentos percebidos que as puérperas manifestam possuir no momento da alta. Resultados opostos foram apontados no estudo de Beraki et al. (2020), onde os autores verificaram que as lacunas ao nível dos conhecimentos sobre os cuidados pós-natais entre puérperas estavam relacionadas com a residência em zonas rurais.

Segundo Lemyre et al. (2018), independentemente das características sociodemográficas das mulheres, as informações/ensinos hospitalares devem centrar-se na família como um todo. A educação dos pais (pai/mãe) e a avaliação dos conhecimentos para a transição domiciliar são componentes importantes do planeamento da alta. Cada díade deve ter um plano de alta adequado, incluindo a possibilidade de uma visita domiciliária durante o puerpério. Os mesmos autores salientam que o período pós-natal é um período de transição significativo para a mãe, criança e família. Assim, durante este tempo, deve promover-se o bem-estar físico da mãe e do recém-nascido, apoiar a relação entre mãe, filho e membros da família, facilitar o desenvolvimento das capacidades de autocuidado da puérpera e do recém-nascido, reforçar o conhecimento e a confiança da mãe e fomentar o desenvolvimento das competências parentais.

Analisando a história obstétrica, face à variável vigilância da gravidez, verificou-se no nosso estudo que a maioria das mulheres vigiou a sua gravidez em simultâneo no SNS e no privado (48.1%). Contudo, as puérperas que vigiaram a gestação em serviços de saúde privados são as que possuem maiores níveis de conhecimentos percecionados nas dimensões Cuidados ao bebé, Autocuidado da puérpera, Informações gerais e na nota global. Por sua vez, na dimensão Alimentação do bebé, as puérperas que não tiveram qualquer vigilância são quem possui um valor médio mais alto, logo maior conhecimento percecionado. Apesar destas diferenças nos grupos, o teste KW não evidencia diferenças significativas tanto nas quatro dimensões assim como na nota global, concluindo-se que as variáveis em estudo são independentes entre si, não existindo nenhuma relação causal. Resultados semelhantes foram encontrados na literatura por Sequeira (2019) que verificou que a maioria das grávidas do seu estudo contava com um nível de literacia em saúde satisfatório, sendo este influenciado, entre outras coisas, pelo tipo de parto, planeamento da gravidez, frequência ou intenção de frequentar o curso de preparação pós-parto e parentalidade, a vigilância durante a gravidez, a autoeficácia parental e o apoio formal e informal aos pais. Internacionalmente, Stafford et al. (2021) observaram uma associação estatisticamente significativa entre a baixa literacia em saúde e a intenção de amamentar exclusivamente, bem como com a gravidez não-planeada (83.6% das participantes com baixa literacia).

No nosso estudo, apenas 79 puérperas (38.3%) referiu ter frequentado cursos de preparação para o parto e parentalidade, com os valores a oscilarem entre mínimo de 1 sessão e o máximo de 20 sessões, com um valor médio de aproximadamente 6 sessões. De modo a percebermos se existe relação entre os conhecimentos percecionados pelas puérperas e a frequência do curso de preparação para parto e parentalidade, foi efetuado o teste UMW que revelou haver diferenças não significativas entre estas variáveis. Todavia, constatamos que as puérperas que frequentaram o curso são quem, em média, tem mais

conhecimentos percebidos face às que não frequentaram curso de preparação para parto e parentalidade. No estudo português realizado por Pissara (2019) já havia sido verificado que a frequência no curso de preparação para o parto/parentalidade influenciava o nível de literacia positiva durante o puerpério e, conseqüentemente, a saúde mental da puérpera. De facto, as evidências mostram que os cursos de preparação para o parto são uma valiosa fonte de informação e capacitação da mulher durante o trabalho de parto, bem como, fortalecem a autonomia e o papel da mulher durante todo o processo do parto e reforçam a importância do enfermeiro especialista neste âmbito (Santos, 2018). Atente-se que nestes cursos são abordadas questões práticas e teóricas com os objetivos de promover a educação para a saúde materno-fetal e do recém-nascido e capacitar os pais para a aquisição de conhecimentos e competências que os ajudem a preparar-se para o nascimento e parentalidade.

Relativamente ao tipo de parto, a generalidade teve parto por via vaginal (70.4%), valores estes que confirmam os dados do INE/DGS/MS, PORDATA que em 2020, 70.1% dos partos foram por via vaginal. Contudo, o teste UMW indica que as diferenças encontradas quer na nota global e nas quatro dimensões que a compõem não são significativas, ou seja, o tipo de parto não tem influência na percepção dos conhecimentos manifestados pelas puéperas no momento alta.

Quanto à variável tempo de gestação, a grande maioria teve um bebé de termo (93.7%) e verificámos que as puéperas cujo bebé nasceu prematuramente apresentaram, em média, melhor percepção de conhecimentos em todas as dimensões e na nota global, com diferenças significativas na dimensão Informações gerais, ou seja, as puéperas que tiveram bebé pré-termo manifestam possuir mais conhecimentos percebidos relativos a Informações gerais, podendo, desta forma, afirmar que o tempo de gestação tem influência na percepção dos conhecimentos manifestados pela puérpera no momento da alta hospitalar.

A maioria dos bebés ficou junto da sua mãe após o nascimento/praticou alojamento conjunto (87.9%). A relação entre os conhecimentos percebidos pelas puéperas face ao local onde ficou o bebé após o nascimento, indica que, após a aplicação do teste UMW, apenas na dimensão Informações gerais obtivemos diferenças significativas entre os grupos. As puéperas cujo bebé foi para neonatologia após o nascimento possui mais conhecimentos percebidos nesta dimensão face às puéperas que praticaram alojamento conjunto. Concluimos que, o local onde ficou o bebé após o nascimento tem influência parcial nos conhecimentos percebidos pela puérpera. Também as puéperas incluídas no estudo de Souza et al. (2018) referem ter conhecimento sobre a importância de manter o recém-nascido junto à mãe para favorecer a produção de leite materno, bem como o facto de a primeira mamada dever ocorrer na primeira hora de vida.

Constatou-se no presente estudo que 82.5% dos bebês foi alimentado exclusivamente de leite materno. O estudo relativo à Alimentação do bebê indica que as puérperas que alimentaram o bebê com leite misto (leite materno e leite artificial) são quem tem maior valor médio de conhecimentos percebidos nas quatro dimensões e na nota global. Contudo o teste UMW não evidencia diferenças significativas entre as variáveis em estudo, ou seja, o tipo de alimentação do bebê não influencia os conhecimentos percebidos da puérpera.

Para a maioria, o tempo de internamento foi de 3 dias (45.1%), porém, o teste de KW usado para estudar a relação entre os dias de internamento e os conhecimentos percebidos pelas puérperas, revelou que não há relação entre as variáveis em estudo.

Quando questionadas as puérperas se tiveram dúvidas durante o internamento, estas têm mais dúvidas quanto aos cuidados ao bebê (55.8%) do que face ao seu autocuidado (27.2%). Verificamos no nosso estudo que as puérperas que referem não ter dúvidas quanto ao autocuidado são as que apresentam valores médios mais elevados de conhecimentos percebidos nas quatro dimensões e na nota global dos conhecimentos percebidos. Como verificado na fundamentação teórica, vários estudos em países em desenvolvimento analisaram o conhecimento das puérperas sobre os sinais de alerta e complicações pós-parto, e descobriram que a maioria das mulheres tem um conhecimento insuficiente dos sinais de perigo (Amenu et al., 2016; Bintabara et al., 2017; Dangura, 2020). O teste UMW indica que as diferenças são significativas nas dimensões Cuidados ao bebê, no Autocuidado da puérpera e na nota global dos conhecimentos percebidos, ou seja, as dúvidas das puérperas têm influência no nível de conhecimentos percebidos que as mesmas referem possuir no momento da alta hospitalar. Em relação à variável dúvidas quanto aos cuidados ao bebê, as puérperas que referem não ter dúvidas, são quem tem mais conhecimentos percebidos nas quatro dimensões e na nota global dos conhecimentos. O teste UMW indica que as diferenças são significativas em todas as dimensões, exceto na dimensão Informações gerais. Assim podemos afirmar que as dúvidas das puérperas quanto aos cuidados ao bebê têm influência no nível de conhecimentos percebidos que as mesmas referem possuir no momento da alta hospitalar, ou seja, as dúvidas têm influencia na variável nobre.

Verificamos que estas dúvidas foram esclarecidas em conjunto por enfermeiros e médicos (39.8%). Schwantes et al. (2021) referem, também, que os cuidados recebidos dificilmente são ligados diretamente à mulher, mas que a mesma, muitas vezes, sente-se satisfeita com o auxílio. Nota-se também a importância do cuidado profissional e continuado durante esse período, sendo papel dos enfermeiros orientar as mulheres sobre as mudanças fisiológicas e emocionais, os seus deveres e direitos. Faroleira (2021) refere que o papel do enfermeiro passou pela prestação de ensinamentos especializados de forma a empoderar a mãe

para o dia da alta, como a alimentação saudável com vista a promoção do aleitamento, os cuidados a ter com recém-nascido, desde o cuidado com a pele, as cólicas, ao posicionamento no berço, ao plano de vacinação, aos cuidados de higiene e ao conforto.

Quanto ao apoio que têm depois da alta, a totalidade referiu o pai da criança (100%). Schwantes et al. (2021) encontraram resultados semelhantes ao do nosso estudo, referindo que o companheiro, geralmente, é a base da rede de apoio, seguido dos pais.

Beraki et al. (2020), no seu estudo quantitativo transversal, com uma amostra de 250 mulheres pós-parto, com idade compreendida entre os 17 e os 42 anos, maioritariamente residentes em meio urbano, casadas, com o ensino secundário, as percentagens de conhecimento sobre a alimentação do recém-nascido (conhecimento sobre ingestão nutricional do recém-nascido, capacidade e autoeficácia para alimentar o recém-nascido), conhecimento sobre a higiene, o sono, a vigilância e promoção da saúde do recém-nascido, o choro do recém-nascido e a capacidade de usar estratégias para lidar com o mesmo, bem como sobre os sinais de alerta e complicações pós-parto, as percentagens mais elevadas corresponderam às mulheres residentes em meio urbano, com mais habilitações académicas, com mais idade cronológica, múltiparas e casadas. Todavia, foram evidentes lacunas consideráveis no conhecimento sobre os cuidados pós-parto entre as mulheres da amostra estudada. A pontuação média dos conhecimentos era baixa, pois mais de metade estava abaixo do total da pontuação. Foram registadas as associações significativas entre o conhecimento das puérperas e o seu grupo etário, zona de residência, escolaridade e paridade. Face aos seus resultados, os autores sugerem a necessidade de ser dada especial atenção às mulheres que vivem em zonas rurais, mais novas e com inferior nível de escolaridade, solteiras e primíparas para melhorar os seus conhecimentos na transição da alta hospitalar para o domicílio. Os conhecimentos pós-natais permitem às puérperas desenvolver competências para desempenharem o seu papel de mãe no seio da sua família e prestar cuidados de qualidade ao recém-nascido. A falta de conhecimentos pós-natais apropriados pode por vezes resultar, inclusive, na morte da mãe e/ou do recém-nascido (Beraki et al., 2020).

As preocupações maternas têm influência nos conhecimentos percecionados pela puérpera no momento da alta hospitalar?

Quanto às preocupações maternas, constatámos que a maioria da amostra apresenta reduzidas preocupações (38.3%), contudo 34% tem preocupações elevadas, e 27.7% ficaram

com preocupações moderadas face às dúvidas maternas no pós alta. Relativamente à dimensão Preocupações em relação a Si, o que mais preocupa as puérperas é a dor nas mamas, o cuidado com as mamas e o cansaço. Já na dimensão Preocupação em relação ao seu Bebê, o que mais preocupa as puérperas é o reconhecer sinais de doença, o crescimento e o desenvolvimento normais, e alimentação do seu bebé. Na dimensão Preocupação em relação à Comunidade, o que mais preocupa a puérpera é o trabalho/emprego. Em relação à dimensão Preocupações em relação ao seu Companheiro, o que mais preocupa é terem tempo para estarem sozinhos, e relativamente às Preocupações em relação à sua Família, é o determinar limite de visitas.

A grande maioria das puérperas do estudo de Rocha et al. (2018) desconheciam complicações derivadas da amamentação. No estudo de Frias e Damas (2019) as preocupações mais referidas são semelhantes com as do nosso estudo, tendo sido citado: cuidados com as mamas, dor nas mamas, desconforto causado pelos pontos da episiorrafia, tensão emocional ou cansaço. Também as puérperas do estudo de Damas (2019) referem ter preocupação com o regresso à figura antes da gravidez; desconforto causado pelos pontos, dor nas mamas, cuidados com as mamas, cansaço e tensão emocional.

Gonçalves et al. (2018) identificaram como principais dificuldades em relação ao recém-nascido: a amamentação, as cólicas, os cuidados ao coto umbilical e compreender o choro; em relação à puérpera: problemas nas mamas, na sutura da cesariana e no períneo. Concluíram que as puérperas experienciam muitas dúvidas no regresso a casa, sendo por isso fulcral implementar uma visita domiciliária de enfermagem para apoiar nesta fase.

Frias e Damas (2019) referem que as puérperas revelam preocupação semelhantes às do nosso estudo, referindo terem medo de não terem tempo para estarem sozinhas com os parceiros e quanto ao bebé: ser uma boa mãe, segurança, prevenção de acidentes, alimentação do bebé, reconhecer sinais de doença e crescimento e desenvolvimento normais. Também as puérperas do estudo de Damas (2019) referem ter muita preocupação com o crescimento e desenvolvimento normais, reconhecer sinais de doença, alimentação do bebé, segurança (prevenção de acidentes) e ser uma boa mãe.

Ribeiro et al. (2019) acreditam que o conhecimento das puérperas foi baseado em experiências anteriores e informações familiares. Percebe-se, pelos nossos resultados e pela leitura de estudos como o de Ribeiro et al. (2019) que quando há défice de conhecimento e défice de procura de cuidado, necessariamente há défice de autocuidado.

A relação entre os conhecimentos percecionados, por grupos, e as preocupações maternas, revelou que as puérperas que têm conhecimentos percecionados elevados são as que têm menores preocupações maternas (53.2%), por sua vez, as puérperas com

conhecimentos percebidos fracos estão mais representadas no grupo da preocupação moderada (41.1%). O teste Qui-quadrado indicou que as diferenças encontradas são significativas, ou seja, quanto maiores forem os conhecimentos percebidos que as puérperas manifestam possuir menor é a sua preocupação materna. Na literatura, foram encontrados resultados semelhantes. De acordo com Kaitz (2007), a preocupação materna contribui para manter as mães mais focadas e fisicamente mais próximas dos filhos, proporcionando respostas oportunas às suas necessidades e promovendo a vinculação mãe-bebé. Por outro lado, preocupações maternas intensas e obsessivas podem prejudicar a capacidade das mães de tomar decisões e resolver problemas. As mães que são excessivamente inseguras quanto aos cuidados com o bebé têm maior risco de desenvolver transtornos obsessivo-compulsivos e depressão. No mesmo sentido, Caetano et al. (2018) identificaram seis áreas que refletem as preocupações maternas no pós-parto: preocupações relacionadas com o cuidar do recém-nascido; preocupações relacionadas com a recuperação funcional; preocupações relativas à transição para a parentalidade; preocupações sobre o relacionamento conjugal; preocupações maternas e família/apoio social e preocupações maternas e apoio de profissionais de saúde. A reforçar, Yi et al. (2021) referem que as puérperas com menos conhecimentos sobre os seus autocuidados e do seu bebé, com níveis mais elevados de preocupação materna, insegurança em relação aos cuidados com o bebé, revelam mais propensão para a depressão pós-parto.

Conclusões

O puerpério é identificado como um momento de mudanças complexas que ocorrem na vida de uma mulher, mudanças essas que são afetadas pela interação entre uma miríade de fatores biológicos, psicossociais e comportamentais. Já há muito tempo que a maternidade deixou de ser entendida como um fenômeno isolado, para ser entendida como uma fase muito específica do ciclo vital da mulher, do recém-nascido e do desenvolvimento da família.

O parto e o regresso a casa após o nascimento marcam importantes eventos de transição na vida das mulheres, dos recém-nascidos e das famílias. O período pós-parto é uma época de ajuste crítico no bem-estar pessoal da mãe e da criança, ajustes psicossociais na transição para a parentalidade e nova dinâmica familiar. Os critérios de alta hospitalar após o parto refletem o reconhecimento de que mulher possui conhecimentos necessários relativamente ao autocuidado e o cuidado ao bebê, para assim promover uma transição bem-sucedida e resultados saudáveis para a mãe e o bebê, assim como estimular e aumentar a literacia em saúde destas mulheres no período puerperal.

Através deste estudo foi possível analisar os conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar, assim como identificar algumas variáveis que os pudessem influenciar.

Posto isto, no que se refere *ao nível de conhecimentos percecionado pela puérpera no momento da alta hospitalar*, verificou-se que o grupo mais representado é o que possui conhecimentos percecionados moderados (42.7%), seguido das puérperas com conhecimentos percecionados elevados (30.1%). A relação entre os conhecimentos percecionados, por grupos, e o grupo etário revelou que o grupo que possui conhecimentos percecionados moderados é o mais representado em todos os grupos etário, contudo as puérperas com 35 ou mais anos têm maior representatividade nos fracos conhecimentos percecionados, quando comparados com os outros grupos etários. Por sua vez, as puérperas com idades entre os 30 e os 34 anos, são quem têm maior representatividade nos conhecimentos percecionados elevados na alta hospitalar.

Relativamente à segunda questão, *que variáveis têm impacto no nível de conhecimento percecionado pela puérpera*, verificou-se: (i) o grupo etário tem influência nos conhecimentos percecionados no momento da alta hospitalar; (ii) a zona de residência influencia os conhecimentos percecionados que as puérperas manifestam no momento da alta; (iii) o tempo de gestação e o local onde ficou o bebê após o parto, têm influência nos conhecimentos percecionados das puérperas no momento da alta hospitalar; (iv) as dúvidas das puérperas, acerca do autocuidado e cuidado ao bebê, têm influência no nível de conhecimentos percecionados que as mesmas referem na alta hospitalar.

Na terceira e última questão, *as preocupações maternas têm influência nos conhecimentos percebidos pela puérpera no momento da alta hospitalar*, constatou-se que a maioria da amostra apresenta reduzidas preocupações (38.3%), contudo 34% tem preocupações elevadas. As puérperas que apresentam menores preocupações maternas, são as que têm conhecimentos percebidos elevados, por sua vez, as puérperas com preocupações moderadas, revelam conhecimentos percebidos fracos na alta hospitalar.

Os resultados do presente estudo mostram que, neste período de internamento após parto, os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica desempenham um papel fundamental no serviço de obstetrícia no planeamento e prestação de cuidados de qualidade ao nível do ensino e promoção da literacia em saúde no período puerperal, aumentando as competências e autoconfiança como mães/famílias capazes de se autocuidarem e cuidarem dos seus bebés, assim como de identificar possíveis sinais de alerta e saberem onde recorrer.

O que se tem verificado é que o tempo disponível para a preparação da alta é limitado e insuficiente para atender às necessidades de aprendizagem das novas mães. Neste sentido, um estudo futuro poderá incidir no desenvolvimento de uma *checklist* no dia da alta hospitalar, para que nenhum tema fique por abordar.

Finalizamos com a esperança de que a realização deste estudo contribua para a reflexão e conseqüente melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no internamento de obstetrícia, e que assim desta forma contribua também para aumentar os conhecimentos das puérperas no momento da alta hospitalar.

Embora admitindo algumas limitações, consideramos que os objetivos do nosso estudo foram alcançados, reconhecendo que ficaram resultados do nosso estudo sem confrontação com outros estudos, dada a sua inexistência no âmbito das variáveis por nós estudadas.

Por fim, pela relevância do tema em estudo, pela carência de estudos/investigações e instrumentos válidos e específicos neste campo, julgamos que o presente estudo poderá servir de orientação a futuras investigações.

Implicações para a prática

A produção científica permite procurar identificar a evidência relevante para a prática profissional, permitindo ultrapassar consistentemente os obstáculos e colmatar lacunas. Assim, a realização do presente estudo assumiu-se como um forte contributo para suportar as futuras práticas profissionais. Os resultados obtidos evidenciam a necessidade de se insistir mais na preparação, ensino e educação da mulher quer durante a gravidez, quer no internamento pós-parto, para que a transição para a parentalidade seja positiva, plena e harmoniosa.

O EEESMO, tendo em conta a sua competência técnica e científica, formação específica na área, disponibilidade e presença ao longo do processo gravídico, no trabalho de parto e parto e no puerpério, é capital no acompanhamento das puérperas, dado que, ao diagnosticar precocemente a falta de conhecimentos (literacia em saúde), pode desenvolver e implementar intervenções adaptadas às necessidades de cada puérpera, potenciando, simultaneamente, a obtenção de ganhos em saúde para a díade mãe/recém-nascido.

Referências bibliográficas

- Adams, Y. J., & Young, J. (2021). Perceptions of Postpartum Teaching and Knowledge of Warning Signs among Black Mothers. *Western Journal of Nursing Research*. <https://doi.org/10.1177/01939459211043939>
- Agran, P. F., Anderson, C., Winn, D., Trent, R., Walton-Haynes, L., & Thayer, S. (2003). Rates of pediatric injuries by 3-month intervals for children 0 to 3 years of age. *Pediatrics*, 111(6 Pt 1), e683–e692. <https://doi.org/10.1542/peds.111.6.e683>
- Almalik, M.M.A. (2017). Understanding maternal postpartum needs: a descriptive survey of current maternal health services. *J Clin Nurs.*; 26, 4654–63. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28329433/>
- Amenu, G., Mulaw, Z., Seyoum, T., & Bayu, H. (2014). Knowledge about danger signs of obstetric complications and associated factors among postnatal mothers of mechekel district health centers, East Gojjam Zone, Northwest Ethiopia. *Hindawi*, 2016, 1-7. <https://doi.org/10.1155/2016/3495416>
- Andrade, R. D., Santos, J. S., Maia, M. A. C., & Falleiros de Mello, D. (2015). Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. *Escola Anne Nery*, 19(1), 181-186. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150025>
- Azevedo, E. B., Mendes, F. S., Teixeira, M. M., Freitas, P. L. S., & Cardoso, P. O. B. (2018). Período puerperal e atuação do enfermeiro: Uma revisão integrativa. *Ensaio*, 22(3), 157-165. <http://dx.doi.org/10.17921/1415-6938.2018v22n3p157-165>
- Baratieri, T., & Natal, S. (2019). Ações do programa de puerpério na atenção primária: Uma revisão integrativa. *Ciências & Saúde Coletiva*, 24(11), 4227-4238. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.28112017>
- Barbosa, A. (2013). Método Canguru: conhecimentos, crenças e práticas dos enfermeiros. *Escola Superior de Enfermagem do Porto*. Dissertação de Mestrado <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9448/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20M%C3%A9todo%20Canguru%20Conhecimentos%20Cren%C3%A7as%20e%20Pr%C3%A1ticas%20dos%20Enfermeiros.pdf>
- Barbosa, E. M. G.; Rodrigues, D. P.; Sousa, A. A. S.; Fialho, A. V. M.; Feitosa, P. G. & Landim, A. L. P. (2018). Necessidades de autocuidado no período pós-parto identificadas em grupos de puérperas e acompanhantes. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 7(1), 166-179. ISSN 2317-1154 <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:m3LI2TdQAsEJ:https://pequisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-912706+&cd=3&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>
- Barimani, M., Vikström, A., Rosander, M., Forslund Frykedal, K., & Berlin, A. (2017). Facilitating and inhibiting factors in transition to parenthood - ways in which health professionals can support parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(3), 537–546. <https://doi.org/10.1111/scs.12367>
- Belo, C., Carneiro, E., Barros, A., & Amaral, C. F. (2020). Cuidados de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica na Urgência de Obstetrícia: Hemorragias do 1.º e 2.º trimestres. Sequeira, C., Pousa, O. & Amaral, C. F. (Coords.). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- Beraki, G.G., Tesfamariam, E.H., Gebremichael, A., Yohannes, B., Haile, K., Tewelde, S., & Goitom, S. (2020). Knowledge on postnatal care among postpartum mothers during discharge in maternity hospitals in Asmara: A cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* 20, 17. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2694-8>
- Bintabara, D., Mpembeni, R.N.M. & Mohamed, A.A. (2017). Knowledge of obstetric danger signs among recently-delivered women in Chamwino district, Tanzania: A cross-

sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* 17, 276, 1-10.
<https://doi.org/10.1186/s12884-017-1469-3>

- Biscaia, A. R., & Heleno, L. C. V. (2017). A reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal: Portuguesa, moderna e inovadora. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), 701-711. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33152016>
- Bobak, I.M., Lowdermilk, D.L., & Jensen, M.D. (1999). *Enfermagem na maternidade* (4.ª ed). Loures: Lusociência Edições Técnicas. ISBN 972- 83-83-09-6.
- Branden, P. S. (2000). *Enfermagem Materno-Infantil* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores
- Bremer, D., Klockmann, I., Jaß, L., Härter, M., von dem Knesebeck, O., & Lüdecke, D. (2021). Which criteria characterize a health literate health care organization? - A scoping review on organizational health literacy. *BMC Health Services Research*, 21(1), 664. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06604-z>
- Buchko, B. L., Gutshall, C. H., & Jordan, E. T. (2012). Improving quality and efficiency of postpartum hospital education. *The Journal of Perinatal Education*, 21(4), 238–247. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.21.4.238>
- Caetano, A. B. J. R., Mendes, I. M. M. M. D., & Rebelo, Z. A. S. A. (2018). Maternal concerns in the postpartum period: An integrative review. *Revista de Enfermagem Referência*, 17, 149-158. <https://doi.org/10.12707/RIV17074>
- Canário, C., Figueiredo, B., & Ricou, M. (2011). Abortamento Enquadramento Legal, Deontológico e Perspetiva Ética. *Acta Médica Portuguesa*, 24(S4), 791-798. <http://repositorio.uportu.pt/jspui/bitstream/11328/270/2/2%20%20Can%C3%A1rio%20Figueiredo%20%20Ricou%20%282011%29%20Acta%20M%C3%A9dica%20Portuguesa.pdf>
- Carvalho, J., & Oliveira, C. (2018). Síndrome da morte súbita do lactente. [http://metis.med.up.pt/index.php/S%C3%ADndrome da Morte S%C3%ABita do Lactente](http://metis.med.up.pt/index.php/S%C3%ADndrome%20da%20Morte%20S%C3%ABita%20do%20Lactente)
- Charoghchian Khorasani, E., Tavakoly Sany, S. B., Orooji, A., Ferns, G., & Peyman, N. (2020). Health literacy in Iranian women: A systematic review and meta-analysis. *Iranian Journal of Public Health*, 49(5), 860–874. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7475634/>
- Cheng, H. R., & Chen, C. H. (2001). Maternal concerns and social support during postpartum period. *Nursing Research*, 9(3), 322–332. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17953076/>
- Chugh, A., Williams, M. V., Grigsby, J., & Coleman, E. A. (2009). Better transitions: Improving comprehension of discharge instructions. *Frontiers of Health Services Management*, 25(3), 11–32. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19382514/>
- Conde, A., & Figueiredo, B. (2007). Preocupações de mães e pais, na gravidez, parto e pós-parto. *Análise Psicológica*, 3, 381-398. <https://doi.org/10.14417/ap.452>
- Congress of Health Research. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23031/1/FUNDAMENTOS%20DE%20OS%20PRINCIPAIS%20PRINCIPAIS%20PRINCIPAIS%20PRINCIPAIS%20PRINCIPAIS%20PRINCIPAIS%20PRINCIPAIS%20PRINCIPAIS%20PRINCIPAIS.pdf>
- Dahmash, D.T., Shariff, Z.B., Kirby, D.J., Terry, D., & Huynh, C. (2020). Literature review of medication administration problems in paediatrics by parent/caregiver and the role of health literacy. *BMJ Paediatrics Open*, 4, e000841. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjpo-2020-000841>
- Dangura, A.D. (2020). Knowledge about child birth and postpartum obstetric danger signs and associated factors among mothers in Dale district, Southern Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth* 20, 340, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02989-7>

- Delgado, S.; & Halpern, R. (2005) - Amamentação de prematuros com menos de 1500 gramas: funcionamento motor-oral e apego. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*. São Paulo. ISSN 0104-5687. Vol. 17, n.º 2, p.141-152
<https://www.scielo.br/j/pfono/a/wDYQCq3nZyc8QYxfKGhdXGS/?lang=pt>
- Dennison, C. R., McEntee, M. L., Samuel, L., Johnson, B. J., Rotman, S., Kielty, A., & Russell, S. D. (2011). Adequate health literacy is associated with higher heart failure knowledge and self-care confidence in hospitalized patients. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 26(5), 359–367.
<https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3181f16f88>
- DeWalt, D. A., & Hink, A. (2009). Health literacy and child health outcomes: a systematic review of the literature. *Pediatrics*, 124, Suppl 3, S265–S274.
<https://doi.org/10.1542/peds.2009-1162B>
- Dias, C. F., Rabelo, S. K., Lima, S. B., Santos, T. M., & Hoffmann, D. R. (2021). Gerenciamento do cuidado de enfermagem no contexto hospitalar: relato de experiência. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(2), 5980-5986.
<https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-158>
- Direção Geral de Saúde. (2008). Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar/Direção Geral da Saúde. Lisboa: Direção Geral de Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/saude-reprodutiva-planeamento-familiar-orientacoes-tecnicas-9-edicao-revista-e-actualizada-pdf.asp>
- Direção Geral de Saúde. (2015). Programa Nacional para a Gravidez de Baixo Risco. Lisboa: Direção Geral de Saúde, pp. 21-31. <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2019a). *Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021 Portugal*. Direção Geral de Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2019b). *Manual de boas práticas em literacia em saúde: Capacitação dos profissionais de saúde*. Direção Geral de Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2021). *Guia para pais*. Direção Geral de Saúde. https://janela-aberta-familia.min-saude.pt/pais/livro/images/guia_pais.pdf
- Dotto, L. M. G., Mamede, M. V., Mamede, F. V. (2008). Desempenho das competências na admissão e evolução do trabalho de parto: atuação do profissional de saúde. *Escola Anna Nery – Revista de enfermagem*, 12 (4), 717-725.
<https://www.scielo.br/j/ean/a/z46CqjTB9bN7wXC64dDNCwb/?format=pdf&lang=pt>
- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R.V. (2016). Literacia em saúde em Portugal. Fundação Calouste Gulbenkian. https://content.gulbenkian.pt/wpcontent/uploads/2017/08/29203225/PGISVersCurtaFCB_FINAL2016.pdf
- Faroleira, A. J. G. (2021). Relação na preparação para o parto com o Empowerment da puérpera na parentalidade. *Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus*. Dissertação de Mestrado.
[https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/29166/1/Mestrado-Enfermagem de Sa%c3%bade Materna e Obstetrica-Antonio Jos%c3%a9 Ganchinho Faroleira.pdf](https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/29166/1/Mestrado-Enfermagem%20de%20Sa%C3%Bade%20Materna%20e%20Obstetrica-Antonio%20Jos%C3%A9%20Ganchinho%20Faroleira.pdf)
- Ferreira, M.M., Carvalhais, M., Rufino, A., Quesado, A., & Ferreira, C. (2016). *Nursing intervention in the promotion of the transition to parenthood*. 3rd World Congress of Health Research.

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23031/1/FUNDAMENTOS%20OF%20THE%20ETHICAL%20ACTING%20IN%20UNIVERSITY%20STUDENTS.pdf>

- Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2009). Mother to infant emotional involvement at birth. *Maternal and Child Health Journal*, 13(4), 539–549. <https://doi.org/10.1007/s10995-008-0312-x>
- Finlayson, K., Crossland, N., Bonet, M., & Downe, S. (2020). What matters to women in the postnatal period: a meta-synthesis of qualitative studies. *PLoS One*; 15(4):e0231415. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231415>.
- Fonseca, A., Gorayeb, R., & Canavarro, M. C. (2015). Women's help seeking behaviours for depressive symptoms during the perinatal period: Socio-demographic and clinical correlates and perceived barriers to seeking professional help. *Midwifery*, 31(12), 1177–1185. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.09.002>
- Frias, A. M. A. & Franco, V. (2008). A Preparação Psicoprofiláctica para o Parto e o Nascimento do Bebê: Estudo Comparativo. *International Journal of Development and Educational Psychology*. 1 (1), 47-54 https://www.researchgate.net/publication/336474284_A_Preparacao_Psicoprofilactica_Para_o_Partido_e_o_Nascimento_do_Bebe_Estudo_Comparativo
- Frias, A. & Damas, F. (2019). Preocupações maternas no momento da alta hospitalar. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento, RIASE*; v. 5, n. 2. p.1846-1860. <http://www.rdp.uevora.pt/bitstream/10174/27766/1/Preocupac%cc%a7o%cc%83es%20Maternas.pdf>
- Garad, R., McPhee, C., Chai, T. L., Moran, L., O'Reilly, S., & Lim, S. (2020). The role of health literacy in postpartum weight, diet, and physical activity. *Journal of Clinical Medicine*, 9(8), 2463. <https://doi.org/10.3390/jcm9082463>
- Godfrey, K. M., Reynolds, R. M., Prescott, S. L., Nyirenda, M., Jaddoe, V. W., Eriksson, J. G., & Broekman, B. F. (2017). Influence of maternal obesity on the long-term health of offspring. *The Lancet. Diabetes & Endocrinology*, 5(1), 53–64. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(16\)30107-3](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(16)30107-3)
- Goes, A. R. (2019). Literacia em saúde parental: dos fundamentos às intervenções. *Saúde & Tecnologia*, 22, 8-12. <http://dx.doi.org/10.25758/set.2237>
- Graça, L.M. (2017). *Medicina materno-fetal* (5ª ed.). Lisboa: Lidel
- Graus, T.M., Brandstetter, S., Seelbach-Göbel, Melter, M., Kabesch, M., Apfelbacher, C., Malfertheiner, S. F., & the Kuno-Kids Study Group (2021). Breastfeeding behavior is not associated with health literacy: Evidence from the German KUNO-Kids birth cohort study. *Archives Gynecology Obstetrics*, 304, 1161–1168. <https://doi.org/10.1007/s00404-021-06038-2>
- Guy, S., Sterling, B. S., Walker, L. O., & Harrison, T. C. (2014). Mental health literacy and postpartum depression: a qualitative description of views of lower income women. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(4), 256–262. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2014.04.001>
- Health Literacy Centre Europe. (2017). *Comprehensive approach more effective*. Health Literacy Centre Europe. <http://healthliteracycentre.eu/comprehensive-approach-more-effective/>
- Heaman, M.I., Sword, W., Elliott, L., Moffatt, M., Helewa, M. E., Morris, H., Gregory, P., Tjaden, L., & Cook, C. (2015). Barriers and facilitators related to use of prenatal care by inner-city women: perceptions of health care providers. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15(2). <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0431-5>

- Heerman, W. J., Perrin, E. M., Yin, H. S., Sanders, L. M., Eden, S. K., Shintani, A., Coyne-Beasley, T., Bronaugh, A. B., Barkin, S. L., & Rothman, R. L. (2014). Health literacy and injury prevention behaviors among caregivers of infants. *American Journal of Preventive Medicine*, 46(5), 449–456. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.01.005>
- Hernandez-Mekonnen, R., Duggan, E. K., Oliveros-Rosen, L., Gerdes, M., Wortham, S., Ludmir, J., & Bennett, I. M. (2016). Health literacy in unauthorized Mexican immigrant mothers and risk of developmental delay in their children. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 18(5), 1228–1231. <https://doi.org/10.1007/s10903-015-0284-z>
- Inácio, I (2018). Complicações Induzidas pela Gravidez: Diabetes Gestacional. In Néné, M., Marques R. & Batista, M. A. (Coords.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- Instituto Nacional de Estatística - Classificação Portuguesa das Profissões: 2010. Lisboa: INE, 2011. ISBN 978-989-25-0010-2 [url:https://www.ine.pt/xurl/pub/107961853](https://www.ine.pt/xurl/pub/107961853)
- Instituto Politécnico de Viseu (2021). Escola Superior de Saúde de Viseu: Guia orientador da unidade curricular estágio com relatório final: Enfermagem em Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia 11º CPLESMO e 6º CMESMOG.
- International Agency for Research on Cancer (2020). New Global Cancer Data: GLOBOCAN 2020. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/620-portugal-fact-sheets.pdf>
- International Confederation of Midwives (2013). Essential competencies for basic midwifery practice. <http://www.internationalmidwives.org>
- Jardim, M. J. A., Silva, A. A., & Fonseca, L. M. B. (2017). Contribuições do enfermeiro para o empoderamento da gestante no processo de parturição natural. *VIII Jornada Internacional Políticas Públicas*. <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo7/contribuicoesdoenfermeiroparaempoderamentodagestantenoprocessodeparturicaonatural.pdf>
- Kaitz, M. (2007). Maternal concerns during early parenthood. *Child: care, health and development*, 33(6), 720-727. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2007.00729.x>
- Khorasani, E. C., Peyman, N., & Esmaily, H. (2018). Measuring maternal health literacy in pregnant women referred to the Healthcare Centers of Mashhad, Iran, in 2015. *Journal of Midwifery & Reproductive Health*, 6(1), 1157-1162. http://jmrh.mums.ac.ir/article_9613_783f6021f5770042ba50f6b82cf4cf2d.pdf
- Kilfoyle, K. A., Vitko, M., O'Connor, R., & Bailey, S. C. (2016). Health literacy and women's reproductive health: A systematic review. *Journal of Women's Health*, 25(12), 1237–1255. <https://doi.org/10.1089/jwh.2016.5810>
- Kleppel, L., Suplee, P. D., Stuebe, A. M., & Bingham, D. (2016). National Initiatives to Improve Systems for Postpartum Care. *Maternal and Child Health Journal*, 20(Suppl 1), 66–70. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2171-1>
- Kumar, D., Sanders, L., Perrin, E. M., Lokker, N., Patterson, B., Gunn, V., Finkle, J., Franco, V., Choi, L., & Rothman, R. L. (2010). Parental understanding of infant health information: Health literacy, numeracy, and the Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT). *Academic Pediatrics*, 10(5), 309–316. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2010.06.007>
- Leitão, M. (2018). Puerpério: Alterações Psicológicas no Puerpério. In Néné, M. & Sequeira, C. (2018). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- Lemyre, B., Jefferies, A.L., & O'Flaherty, P. (2018). Facilitating discharge from hospital of the healthy term infant. *Paediatrics & Child Health*; Vol. 23, 8, 515–522. doi: 10.1093/pch/pxy127 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30894791/>

- Lopes, C., & Vaz de Almeida, C. (2019). Literacia em Saúde na prática. *Edições Ispa*. <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/7305/5/Literacia%20da%20Sa%C3%BAde%20na%20Pr%C3%A1tica%20%28E-Book%29.pdf>
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na maternidade*. (7ª edição), Camarate: Lusodidacta.
- Luna, M. S., Alonso, C. R. P., Mussons, F. B., Ucerlay I. E., & Conde, JR C. (2009). Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *Anales de Pediatría*, 71(4), 349-361. <https://www.analesdepediatria.org/es-recomendaciones-el-cuidado-atencion-del-articulo-S1695403309004378>
- Mackley, A., Winter, M., Guillen, U., Paul, D. A., & Locke, R. (2016). Health literacy among parents of newborn infants. *Advances in Neonatal Care*, 16(4), 283–288. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000295>
- Magro, C., Guerreiro, E. & Fidalgo, F. (2018). Complicações Induzidas pela Gravidez: Ameaça de Parto Pré-Termo e Parto Pré-Termo. In Néné, M., Marques R. & Batista, M. A. (Coords.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- Marques, M. J. C. M. (2020). *Literacia em saúde mental da puérpera* [Tese de mestrado não publicada]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Mårtensson, L., & Hensing, G. (2012). Health literacy - A heterogeneous phenomenon: A literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1), 151–160. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00900.x>
- Martins-Costa, S. H., Zanella, T., & Glitz, C. L. (2017). Qualidade e Segurança Assistenciais em Obstetrícia. In: Martins-Costa S. H., et. al. (Coords.) *Rotinas em Obstetrícia*. (7ªed.). Porto Alegre: Artmed, 2017.
- McKenna, V. B., Sixsmith, J., & Barry, M. M. (2017). The relevance of context in understanding health literacy skills: Findings from a qualitative study. *Health Expectations*, 20(5), 1049–1060. <https://doi.org/10.1111/hex.12547>
- McLemore, M. R., Altman, M. R., Cooper, N., Williams, S., Rand, L., & Franck, L. (2018). Health care experiences of pregnant, birthing and postnatal women of color at risk for preterm birth. *Social Science & Medicine*, 201, 127–135. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.02.013>
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: development and progress*. (5.ª Edition). *Wolters Kulwer Health. Lippincott Williams & Wilkins*. ISBN 978-1-60547-211-9. <https://books.google.pt/books?id=kPdB1vU1c1YC&printsec=frontcover&hl=pt-PT#v=onepage&q&f=false>
- Mesquita, A.C., Paulino, C.S. dos, & Nogueira, S.A. (2011). Uma nova vida após o parto: Cuidados à mulher no puerpério. *Percursos*, 19, 39-48. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9233/1/Revista%20Percursos%20n19_Uma%20nova%20vida%20ap%C3%B3s%20o%20parto%20-%20cuidados%20%C3%A0%20mulher%20no%20puerp%C3%A9rio.pdf
- Miranda, A. M. R. C., Miranda, L. & Vermelho, M. A. (2018). Complicações induzidas pela Gravidez: Hemorragias da Gravidez. In Néné, M., Marques R. & Batista, M. A. (Coords.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- Mirsalimi, F., Ghofranipour, F., Noroozi, A., & Montazeri, A. (2020). The postpartum depression literacy scale (PoDLiS): Development and psychometric properties. *BMC Pregnancy Childbirth*, 20(13). <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2705-9>

- Monteiro, F. & Leite, C. F. (2018). Complicações Induzidas pela Gravidez: Estados Hipertensivos da Gravidez. In Néné, M., Marques R. & Batista, M. A. (Coords.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2012). Tipo de cirurgia, adaptação psicossocial e imagem corporal no cancro da mama. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 13 (2), 169-190. ISSN: 1645-0086. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36225171004>
- Morrison, A. K., Glick, A., & Yin, H. S. (2019). Health literacy: Implications for child health. *Pediatrics in Review*, 40(6), 263–277. <https://doi.org/10.1542/pir.2018-0027>
- Mulugeta, A. K., Giru, B. W., Berhanu, B., & Demelew, T. M. (2020). Knowledge about birth preparedness and complication readiness and associated factors among primigravida women in Addis Ababa governmental health facilities, Addis Ababa, Ethiopia, 2015. *Reproductive Health*, 17(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-0861-z>
- Nchimbi, D. B., & Joho, A. A. (2022). Puerperal sepsis-related knowledge and reported self-care practices among postpartum women in Dar es salaam, Tanzania. *Women's health (London, England)*, 18, 17455057221082954. <https://doi.org/10.1177/17455057221082954>
- Negreiros, R.V., & Lima, V. C. B. (2018). Importância do estágio de supervisão para o tratamento de enfermagem no hospital: compartilhando experiências de trabalho com a equipe. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 16 (2). <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v16i2.4359>
- Netsi, E., Pearson, R. M., Murray, L., Cooper, P., Craske, M. G., & Stein, A. (2018). Association of persistent and severe postnatal depression with child outcomes. *JAMA Psychiatry*, 75(3), 247–253. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.4363>
- Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: What can we learn from literacy studies?. *International Journal of Public Health*, 54, 303. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-0050-x>
- Oliveira, T. D., Rocha, K. S., Escobal, A. P., Matos, G. C., Cecagno, S., & Soares, M. C. (2019). Orientações sobre período puerperal recebidas por mulheres no puerpério imediato. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 11(3), 620-626. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.620-626>
- Olivindo, D. D. F. de, Costa, L. P., Trindade, T. B. B. de M., & Santos, T. B. dos. (2021). Assistência de enfermagem à mulher no puerpério: uma revisão integrativa. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 10 (14), e600101422713. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i14.22713>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a) Regulamento N° 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, n.º 85/2019, Série II, pp. 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b) Regulamento N° 391/2019 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica. *Diário da República*, n.º 85/2019, Série II, pp. 13560-13565. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11870/1356013565.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2021). Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica*.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf

- Paiva, D., Silva, S., Severo, M., Ferreira, P., & Lunet, N. (2017). Prevalência de literacia em saúde inadequada em Portugal medida com o Newest Vital Sign. *Acta Médica Portuguesa*, 30(12), 861-869. <https://doi.org/10.20344/amp.9135>
- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do *European Health Literacy Survey* em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 259-275. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>
- Peixoto, N. & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV (11), 121-132. ISSN: 2182.2883 | ISSNp: 0874.0283 <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>
- Pereira, C., Fernandes, L., Tavares, M., & Fernandes, O. (2011). Empowerment: Modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. *Nursing*, 267. Disponível em http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3603-empowerment-modelo-de-capacitacao-para-uma-nova-filosofia-de-cuidados#.UvVIRvI_tfc.
- Pestana M, & Gageiro J. (2014) Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS. *Edições Sílabo* 6.ª ed., Lisboa
- Petersen, E. E., Davis, N. L., Goodman, D., Cox, S., Mayes, N., Johnston, E., Syverson, C., Seed, K., Shapiro-Mendoza, C. K., Callaghan, W. M., & Barfield, W. (2019). Vital Signs: Pregnancy-Related Deaths, United States, 2011-2015, and Strategies for Prevention, 13 States, 2013-2017. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 68(18), 423–429. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6818e1>
- Phommachanh, S., Essink, D. R., Wright, P. E., Broerse, J., & Mayxay, M. (2021). Maternal health literacy on mother and child health care: A community cluster survey in two southern provinces in Laos. *PloS One*, 16(3), e0244181. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244181>
- Pissarra, C. S. M. (2019). *Literacia em saúde mental positiva da puérpera* [Tese de mestrado não publicada]. Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Portugal, Lei n.º 9/2009 (2009, maio 4). Transpõe para a ordem jurídica interna a Diretiva n.º 2005/36/CE, do Parlamento e do Conselho, de 7 de Setembro, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais. *Diário da República*, n.º 44/2009, Série I, pp. 1466-1530. <https://files.dre.pt/1s/2009/03/04400/0146601530.pdf>
- Portugal, Decreto Regulamentar n.º 14/2012 (2012, janeiro 26). *Diário da República*, n.º 19/2012, Série I, pp. 480-482.
- Portugal, Despacho n.º 3618-A/2016 (2016, março 10). Determina a criação do Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados. *Diário da República*, n.º 49/2016, 1º Suplemento, Série II, pp. 5-6. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/3618-a-2016-73833508>
- Portugal, Lei n.º 26/2017 (2017, maio 7). Facilita o reconhecimento das qualificações profissionais e diminui os constrangimentos à livre circulação de pessoas, procedendo à terceira alteração à Lei n.º 9/2009, de 4 de março, e transpondo a Diretiva 2013/55/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 20 de novembro de 2013, que altera a Diretiva 2005/36/CE, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais e o Regulamento (UE) n.º 1024/2012, relativo à cooperação administrativa através do Sistema de Informação do Mercado Interno. *Diário da República*, n.º 104/2017, Série I, pp. 2594-2611. <https://data.dre.pt/eli/lei/26/2017/05/30/p/dre/pt/html>

- Prigol, A. P., & Baruffi, L. M. (2017). O papel do enfermeiro no cuidado à puérpera. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 7(1), 1-8.
<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/22286/pdf>
- Quadros, J.S. Reis., T. L.R., Calomé, J.S. (2016). Enfermagem obstétrica e educação em saúde: contribuições para vivência do processo de parturição. In *Revista Rene* 7(4):451-8 <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4929/3630>
- Redshaw, M., Martin, C., Rowe, R., & Hockley, C. (2009). The Oxford Worries about Labour Scale: women's experience and measurement characteristics of a measure of maternal concern about labour and birth. *Psychology, Health & Medicine*, 14(3), 354–366. <https://doi.org/10.1080/13548500802707159>
- Reis, R. S., & Rached, C. D. (2017). O papel do Enfermeiro no acompanhamento de pré-natal de baixo risco utilizando a abordagem centrada na pessoa - gestante. *Interntional Journal of Health Management Review*, 3(2), 1-32.
<https://ijhmreview.org/ijhmreview/article/view/125/62>
- Renkert, S., & Nutbeam, D. (2001). Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: An exploratory study. *Health Promotion International*, 16(4), 381–388. <https://doi.org/10.1093/heapro/16.4.381>
- Ribeiro, C., Moura, C., Sequeira, C., Barbieri, M., & Erdmann, A. (2015). Percepção de pais e enfermeiros sobre cuidados de Enfermagem em neonatologia: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (4), 137-146.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=38823997400>
- Ribeiro, O., Martins, M. M., & Tronchin, D. M. (2017). Qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo em hospitais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (14), 88-99. <https://doi.org/10.12707/RIV16086>
- Ribeiro, J. P., Lima, F. B. C. de, Soares, T. M. S. da, Oliveira, B.B., Klemtz, F.V., Lopes, K.B., & Hartmann, M. (2019). Necessidades sentidas pelas mulheres no período puerperal. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 13(1), 61-69. DOI:
<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i1a235022p61-69-2019>
- Rocha, S. B., Ferreira, I., Varela, V., Maia A. M., & Pousa, O. (2020). Consulta de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica Pré-Natal de Baixo Risco: Primeira consulta (antes das 12 semanas). Sequeira, C., Pousa, O. & Amaral, C. F. (Coords.). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- Rua, M., Carvalho, M. M., Santos, M. J. & Amaral, C. F. (2020) Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica ao Recém-Nascido: Cuidados imediatos ao recém-nascido. Sequeira, C., Pousa, O. & Amaral, C. F. (Coords.). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- Sanders, L. M., Shaw, J. S., Guez, G., Baur, C., & Rudd, R. (2009). Health literacy and child health promotion: Implications for research, clinical care, and public policy. *Pediatrics*, 124, S306–S314. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-1162G>
- Santos, B., Ramos, A., & Fonseca, C. (2017). Da formação à prática: Importância das Teorias do Autocuidado no Processo de Enfermagem. *Journal of Aging and Innovation*, 1-4. <http://www.rdpcc.uevora.pt/bitstream/10174/22960/1/6-Autocuidado-forma%c3%a7%c3%a3o.pdf>
- Santos, M. J. F. & Baptista, M. C. D. (2018). Puerpério: Necessidades em Cuidados de Enfermagem da Puérpera e Recém-Nascido. In Néné, M., Marques R. & Batista, M. A. (Coords.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- Santos, M. J.; Sequeira, A.; Freitas, C.; Prata, A. P. & Lopes, S. (2020a). Vigilância no Puerpério de Baixo Risco: Assistência no puerpério imediato. Sequeira, C., Pousa, O.

- & Amaral, C. F. (Coords.). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- Santos, M. J.; Lopes, S.; Prata, A. P.; Sequeira, A.; Freitas, C.; & Carvalho, M.M. (2020b). Vigilância no Puerpério de Baixo Risco: Avaliação do estado do períneo. Sequeira, C., Pousa, O. & Amaral, C. F. (Coords.). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel
- Schwantes, N. O. G., Rogério, R. S., Lourenço, L. F. L., Souza, W. G. A., & Valcarenghi, R. V. (2021). A percepção da puérpera sobre os cuidados recebidos pela sua rede de apoio. *Global Clinical Research Journal*, 1(1), e4. <https://doi.org/10.5935/2763-8847.20210004>
- Sehnm, G. D., Saldanha, L. S., Arboit, J., Ribeiro, A. C., & Paula, F. M. (2020). Consulta de pré-natal na atenção primária à saúde: fragilidades e potencialidades da intervenção de enfermeiros brasileiros. *Revista de Enfermagem Referência*, V (1), 1-8. doi:10.12707/RIV19050 <https://www.redalyc.org/journal/3882/388263105017/html/>
- Sequeira, C. S. P. (2019). *Literacia em saúde da grávida: Estudo de alguns fatores intervenientes*. https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/5646/1/CarlaSofiaPaivaSequeira_RelatorioFinal.pdf
- Serrão, C. (2014). Grau de literacia em saúde de uma amostra de pessoas portuguesas. In C. Serrão (Ed.), *Manual de boas práticas* (pp.21-32). Projeto Literacia em Saúde.
- Serrão, C., Veiga, S., & Vieira, I. (2015). Literacia em saúde: Resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoas idosas portuguesas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 2, 33-38. https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/8602/1/ART_SerraoCarla_2014.pdf
- Silva, E. C., Pereira, E. S., Santos, W. S., Silva, R. A.R., Lopes, N. C., Figueiredo, T. A. M., & Coqueiro, J. M. (2017). Silva, E. D. C., et al. (2017). Puerpério e assistência de enfermagem: percepção das mulheres. *Revista de Enfermagem. UFPE online*, 2826-2833 <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11043>
- Silva, M.A.P., Demitto, M. O., Agnolo, C. M. D., Torres, M. M., Carvalho, M. D. B., & Pelloso, S. M. (2017). Tristeza materna em puérperas e fatores associados. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (18), 08-13. doi: 10.19131/rpesm.0186 <http://docplayer.com.br/70991569-2-tristeza-materna-em-puerperas-e-fatores-associados.html>
- Smith, H., Harvey, C., & Portela, A. (2022). Discharge preparation and readiness after birth: a scoping review of global policies, guidelines and literature. *BMC Pregnancy and Childbirth*; 22, 281, 2-19. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04577-3>
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2020). Cancro Ginecológico: *Consensos Nacionais 2020*. <https://spginecologia.pt/wp-content/uploads/2021/02/spg-consenso-nacional-cancro-ginecologico-2020.pdf>
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Uiters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., van den Broucke, S., Brand, H., & HLS-EU Consortium (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053–1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

- Stafford, J. D., Goggins, E. R., Lathrop, E., & Haddad, L. B. (2021). Health literacy and associated outcomes in the postpartum period at Grady Memorial Hospital. *Maternal and Child Health Journal*, *25*(4), 599–605. <https://doi.org/10.1007/s10995-020-03030-1>
- Suplee, P. D., Bingham, D., & Kleppel, L. (2017). Nurses' knowledge and teaching of possible postpartum complications. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, *42*(6), 338–344. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000371>
- Swami, V., Barron, D., Smith, L., & Furnham, A. (2020). Mental health literacy of maternal and paternal postnatal (postpartum) depression in British adults. *Journal of Mental Health*, *29*(2), 217–224. <https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1608932>
- Taheri, S., Tavousi, M., Momenimovahed, Z., Direkvand-Moghadam, A., Tiznobaik, A., Suhrabi, Z., & Taghizadeh, Z. (2020). Development and psychometric properties of maternal health literacy inventory in pregnancy. *PloS one*, *15*(6), e0234305. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234305>
- Teefey, C. P., Durnwald, C. P., Srinivas, S. K., & Levine, L. D. (2019). Adverse maternal outcomes differ between obese and nonobese women with severe preeclampsia. *American Journal of Perinatology*, *36*(1), 74–78. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1661403>
- Telo de Arriaga, M., Santos, B., Silva, A., Mata, F., Chaves, N., & Freitas, G. (2019). *Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021*. Direção Geral de Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
- Timilsina, S., & Dhakal, R. (2015). Knowledge on postnatal care among postnatal mothers. *Saudi Journal of Medical and Pharmaceutical Sciences*, *1*, 87-92. <https://scholarsmepub.com/wp-content/uploads/2016/01/SJMPS-1487-92.pdf>
- Vamos, C.A., Thompson, E. L., Griner, S. B., Liggett, L. G., & Daley, E. M. (2019). Applying organizational health literacy to maternal and child health. *Maternal and Child Health Journal*, *23*, 597–602 (2019). <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2687-7>
- Vila-Candel, R., Soriano-Vidal, F.J., Mena-Tudela, D., Quesada, J.A., & Castro-Sánchez, E. (2021). Health literacy of pregnant women and duration of breastfeeding maintenance: A feasibility study. *Journal of Advanced Nursing*, *77*(2), 703–714. <https://doi.org/10.1111/jan.14625>
- Wagner, D. L., & Washington, C. (2016). Patient satisfaction with postpartum teaching methods. *The Journal of Perinatal Education*, *25*(2), 129–136. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.25.2.129>
- Wagner, T., Stark, M., & Milenkov, A. R. (2020). What about mom? Health literacy and maternal mortality. *Journal of Consumer Health on the Internet*, *24*(1), 50–61. <https://doi.org/10.1080/15398285.2019.1710980>
- Weiss, M. E., & Lokken, L. (2009). Predictors and outcomes of postpartum mothers' perceptions of readiness for discharge after birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, *38*(4), 406–417. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2009.01040.x>
- Wilmore, M., Rodger, D., Humphreys, S., Clifton, V. L., Dalton, J., Flabouris, M., & Skuse, A. (2015). How midwives tailor health information used in antenatal care. *Midwifery*, *31*(1), 74–79. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.06.004>
- World Health Organization (1998). *Health promotion glossary*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1>

- World Health Organization (2013). *Health literacy. The solid facts*. World Health Organization.
https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf
- World Health Organization (2014). WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506649>
- World Health Organization (2018). *Maternal mortality*. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva.
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
- World Health Organization, United Nations Children's Emergency Fund, United Nations Population Fund, World Bank Group & The United Nations Population Division (2019). *Trends in maternal mortality 2000 to 2017: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, and the United Nations Population Division*.
- World Health Organization. (2020). Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- Yi, Y., Hong-Feng, L., Jing, C., Zhi-Bin, L., Yu-Shuai, H., Jia-Xi, C., & Ji-Cheng, L. (2021). Postpartum Depression: Current Status and Possible Identification Using Biomarkers. *Frontiers in Psychiatry*, Vol. 12, 1-16. doi=10.3389/fpsy.2021.620371
- Yin, H. S., Johnson, M., Mendelsohn, A. L., Abrams, M. A., Sanders, L. M., & Dreyer, B. P. (2009). The health literacy of parents in the United States: a nationally representative study. *Pediatrics*, 124, S289–S298. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-1162E>

ANEXOS

Anexo I – Questionário

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

À PARTICIPANTE:

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

Cara Senhora:

No âmbito do 6º Curso Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia e do 11º Curso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu, estamos a realizar um estudo com o tema **“Conhecimentos Percecionados pela Puérpera na alta hospitalar”** e cujos objetivos principais são identificar os conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar, analisar o impacto das variáveis sociodemográficas, obstétricas e psicológicas no conhecimento percecionado pela puérpera na alta hospitalar. 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.

O tempo médio de preenchimento é de cerca de 15 minutos. Em qualquer momento e por qualquer motivo, pode desistir de colaborar neste estudo, sem que essa decisão lhe acarrete qualquer prejuízo. Todos os procedimentos éticos subjacentes a esta investigação são rigorosamente cumpridos. Toda a informação será recolhida, guardada e tratada de forma confidencial e anónima, não sendo revelados quaisquer dados que possibilitem a identificação dos participantes. No final do estudo proceder-se-á ao arquivo e posterior destruição dos dados. O estudo dá cumprimento ao estipulado no Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), garantindo a segurança, o anonimato e a confidencialidade de todos os dados facultados pelas participantes, em todas as fases do processo. Este estudo segue, adicionalmente, as recomendações da Declaração de Helsínquia para a investigação científica. Em caso de dúvida ou de necessidade de qualquer esclarecimento adicional, poderá contactar-nos através do e-mail: belafeli@gmail.com. A equipa de investigação agradece o seu interesse e disponibilidade em participar no estudo.

Confirmo que li e compreendi a explicação que me foi fornecida relativamente ao estudo. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de desistir a qualquer momento da minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo para mim, e que todos os dados recolhidos serão tratados de forma anónima e confidencial.

Equipa:

Professora Doutora Paula Nelas (Investigador Responsável)

Enf.ª Anabela Feliciano (Estudante do 6º CMESMOG e do 11º CPLEESMO)

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

Data: ____/____/_____

Nome: _____

Assinatura do participante _____

I PARTE – Caracterização sociodemográfica

1. Idade _____ anos

2. Estado civil

- Solteira/Divorciada/Viúva
- Casado/União de facto

3. Nacionalidade _____

4. Escolaridade

- 1.ºCiclo – 4.ºano
- 2.ºCiclo – 6.ºano
- 3.ºCiclo – 9.ºano
- 12.º ano ou equivalente
- Curso de especialização tecnológica
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

5. Profissão _____

6. Situação Profissional

- Empregada a tempo inteiro
- Empregada a tempo parcial
- Desempregada
- Em formação

7. Residência

- Aldeia
- Vila
- Cidade

II PARTE – História Obstétrica

8. Tipo de parto

- Via vaginal
- Cesariana

10. Parto

- Pré-termo (antes das 37 sem)
- De termo (depois das 37 sem)

11. Após o nascimento, o bebê ficou

- Juntamente consigo
- Neonatologia

12. Alimentação do bebê

- Leite Materno
- Leite Artificial
- Leite Materno + Leite Artificial

13. Vigilância da gravidez (assinale a/as respostas que se aplicam):

- Cuidados de Saúde Primários
- Hospital
- Médico Obstetra (particular)
- Outro: _____

14. Dias de internamento na Obstetrícia (após o parto) _____

15. Número de filhos (excluindo este) _____

15.1. Se tem outros filhos, que idade têm _____

16. Já cuidou de bebês que não os seus

- Sim
- Não

16.1. Se sim, que cuidados prestou (pode escolher mais do que uma questão)

- Banho
- Alimentação
- Pegou ao colo
- Mudou a fralda
- Colocou a dormir
- Acalmou o choro
- Prestou cuidados ao coto umbilical
- Levou a passear
- Outro _____

17. Frequentou um Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade

- Sim
- Não

17.1. Se sim, quantas sessões frequentou _____

18. Teve dúvidas durante o internamento, sobre

O seu auto-cuidado

- Sim
- Não

Cuidados ao seu bebé

- Sim
- Não

18.1 Se sim, com quem as esclareceu (pode escolher mais do que uma questão)

- Enfermeira(o)
- Médica(o)
- Mãe/Outros familiares
- Outras puérperas internadas
- Internet
- Livros/Revistas
- Outras fontes _____

19. No domicílio, quem a vai ajudar nas atividades de vida diárias? (pode escolher mais do que uma opção)

- Ninguém
- Pai do bebé
- A sua mãe
- A sua sogra
- Outras pessoas _____

ESCALA DE CONHECIMENTOS PERCECIONADOS PELA PUÉRPERA NA ALTA HOSPITALAR

As afirmações que se seguem, dizem respeito aos conhecimentos que adquiriu durante o internamento em obstetrícia.

Assinale a quadrícula com **X**, que melhor corresponde aos seus conhecimentos adquiridos.

Conhecimentos sobre:	Com Conhecimento	Com Dúvidas	Sem Conhecimento
Alterações fisiológicas que ocorrem no corpo após o parto			
Início da atividade sexual			
Métodos contraceptivos a utilizar no pós-parto			
Prática de atividade física			
Alimentação equilibrada			
Importância do sono e repouso			
Recursos disponíveis na comunidade para apoio a si e ao seu bebé			
Direitos sociais			
Como os familiares/amigos podem ajudar nas atividades de vida diárias			
Importância da consulta de revisão pós-parto.			
Cuidados de higiene da região genital			
Sinais e sintomas de alarme no pós-parto			
Aleitamento Materno (vantagens)			
Amamentação do bebé			
Sinais de boa pega (sucção e deglutição do bebé enquanto mama)			
Sinais e sintomas de complicações da amamentação (fissuras, ingurgitamento mamário, obstrução dos ductos mamários, mastite)			
Técnica de esvaziamento mamário			
Extração e conservação do leite materno			
Preparação do biberon			
Existência do Cantinho da Amamentação/Linha de Apoio à Amamentação			

Conhecimentos sobre:	Com Conhecimento	Com Dúvidas	Sem Conhecimento
Importância de expressar os seus sentimentos			
Importância de esclarecimento de dúvidas			
Importância de promover a sua saúde mental			
Crescimento e desenvolvimento do bebé			
Sinais e sintomas de alarme no bebé			
Técnica do banho ao bebé e cuidados com a pele			
Cuidados com o coto umbilical			
Icterícia fisiológica do bebé			
Caraterísticas das dejeções do bebé			
Programa Nacional de Diagnóstico Precoce (teste do pezinho)			
Rastreio Auditivo Neonatal Universal			
Importância da vigilância do peso do bebé após a alta hospitalar			
Importância da vigilância da saúde infantil			
Importância do cumprimento do Plano Nacional de Vacinação			
Prevenção de acidentes no 1º ano de vida do bebé			
Transporte seguro do bebé no automóvel			
Cuidados com a roupa do bebé			
Cuidados com o espaço ambiente onde o bebé se encontra			
Vinculação aos membros da família (irmãos, avós)			
Síndrome da Morte Súbita do Lactente			

QUESTIONÁRIO DE PREOCUPAÇÕES MATERNAS

Sheil et al. (1995) Adaptado por: Mendes, Rodrigues, Santos & Pedrosa 2010.

As preocupações sentidas por algumas mulheres após o nascimento de um bebê são enumeradas a seguir.

Uma preocupação é tudo o que constitua uma interrogação, inquietação ou problema para si.

Por favor, leia cada item, decida até que ponto o item a preocupa e depois assinale com um **X** a sua resposta utilizado a seguinte escala.

1. **Sem preocupação.** Refleti sobre isso ou pensei sobre o assunto, mas não estou inquieta, não tenho qualquer preocupação.
2. **Pouca preocupação.** Refleti sobre isso e não estou inquieta; tenho alguma preocupação ou interrogação.
3. **Preocupação moderada.** Pensei sobre isso; estou moderadamente preocupada.
4. **Muita preocupação.** Refleti sobre o assunto; estou muito preocupada.

Por favor, responda aos itens de acordo com a forma como se sente **AGORA**.

A primeira área de preocupação refere-se a SI	Sem preocupação	Pouca preocupação	Moderada preocupação	Muita Preocupação
Alimentação				
Hábitos de exercício físico				
Regresso à figura anterior à gravidez				
Regresso da menstruação				
Corrimento vaginal				
Desconforto causado pelos pontos				
Obstipação (prisão de ventre)				
Hemorroidas				
Dor nas mamas				
Cuidado com as mamas				
Cansaço				
Tensão emocional				
Incapacidade de concentração				
Experiência de trabalho de parto				
Sensação de estar fechada em casa				
Sensação de "estar em baixo".				
Ter tempo para cuidar de si.				

A primeira área de preocupação refere-se ao SEU BEBÉ	Sem preocupação	Pouca preocupação	Moderada preocupação	Muita preocupação
Ser uma boa mãe				
Aparência física do seu bebé				
Crescimento e desenvolvimento normais				
Alimentação do seu bebé				
Cuidado físico				
Sensação de conforto ao lidar com o seu bebé				
Interpretação do comportamento do seu bebé				
Não acordar com o choro do bebé				
Reconhecer sinais de doença				
Viajar com o bebé				
Segurança (prevenção de acidentes)				
Como vestir o seu bebé (roupa demasiado fria para o ambiente)				

A próxima área diz respeito às preocupações relativas ao SEU COMPANHEIRO	Sem preocupação	Pouca preocupação	Moderada preocupação	Muita preocupação
A sua relação com o pai do bebé				
O companheiro ser bom pai				
Ter tempo para se divertir				
Terem tempo para estarem sozinhos				
Relações sexuais				
Planeamento familiar				

A próxima área refere-se à SUA FAMÍLIA	Sem preocupação	Pouca preocupação	Moderada preocupação	Muita preocupação
Gerir as exigências do lar				
Mudança do estilo de vida familiar				
Determinar limite às visitas				
Recursos económicos				

A última área de preocupação refere-se à SUA COMUNIDADE	Sem preocupação	Pouca preocupação	Moderada preocupação	Muita Preocupação
Mudança nas relações com amigos solteiros				
Mudança nas relações com os parentes/familiares				
Mudança nas relações com os casais amigos				
Conselhos de familiares ou amigos				
Acesso aos cuidados de saúde, tais como o centro de saúde, hospital/maternidade				
Disponibilidade de recursos comunitários				
Facilidade em aceder às compras				
Trabalho/emprego				
Participação em atividades comunitárias (festejos da comunidade)				

Tem outras preocupações que não se encontrem nesta lista? Se sim, por favor descreva-as aqui.

Anexo II – Pedido de autorização para efetuar colheita de dados



Politécnico
de Viseu

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Exmo. Sr.
Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE
Av. Rei D. Duarte
3509-504 Viseu

| v. referência:

| v. data:

| n. referência:

| data:

ESSU 0498 14-JUN-21

| assunto:

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFETUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório Final, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e a estudante **Anabela Almeida Feliciano** do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia a desenvolver um estudo subordinado ao tema "**Conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar**".

Pretende-se com este estudo identificar os conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar, analisar o impacto das variáveis sociodemográficas, obstétricas e psicológicas no conhecimento percecionado pela puérpera na alta hospitalar.

Neste contexto, vimos solicitar a V.ª Ex.ª que se digne autorizar a realização de colheita de dados/informação, durante o período de 20 de junho a 30 de dezembro de 2021, no Serviço de Internamento de Obstetrícia do Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados e a Declaração de Consentimento Informado, a aplicar às puérperas.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside.

Mais informamos que a Senhora Prof. Doutora Paula Nelas é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou correio eletrónico pnelas@essv.ipv.pt. Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir o prazo académico da estudante.

Sem outro assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

? | O Presidente,

(Daniel Marques da Silva, PhD)

Anexo:

- Projeto Investigação
- Questionário
- Declaração de Consentimento Informado

- PN/RP

Na resposta indicar a «n. referência». Em cada officio tratar só de um assunto.

IPV | ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º 102 | 3500-843 Viseu | Portugal
Tel. +351 232 419 100 | e-mail ipv@essv.ipv.pt
URL www.essv.ipv.pt



Anexo III – Autorização para colheita de dados

Conselho de Administração

003835 21 JUN 20

Exmo Senhor
Prof. Doutor Daniel Marques Silva
Presidente da Escola Superior de Saúde
de Viseu
Rua D. João Crisóstomo Gomes Almeida
3500-843 Viseu

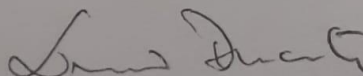
SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
498		Nº: PROC. Nº:	28/06/2021

ASSUNTO: Pedido de autorização para colheita de dados

Em resposta ao assunto acima mencionado informamos V^a Ex^a que, se **autoriza**, de acordo com o parecer da Comissão de Ética para a Saúde, a recolha de dados para a realização do estudo subordinado ao tema "Conhecimentos percecionados pela puérpera na alta hospitalar." a realizar pela aluna Anabela Almeida Feliciano, do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração



(Nuno Miguel Domingues Duarte, Dr.)