

UNIVERSIDADE DE LISBOA



**INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DAS
PERTURBAÇÕES EMOCIONAIS NO PRIMEIRO MÊS PÓS-PARTO**

Alda Maria Pires Silva Mendes

Programa de Doutoramento em Enfermagem

2014



com a colaboração da



INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DAS PERTURBAÇÕES EMOCIONAIS NO PRIMEIRO MÊS PÓS-PARTO

Alda Maria Pires Silva Mendes

Tese orientada pelo Professor Doutor Abel Avelino de Paiva e Silva e coorientada pela Professora Doutora Isabel Maria Pereira Leal especialmente elaborada para a obtenção do grau de Doutor no ramo de Enfermagem

2014

Aos meus pais
Pela vida
Ao Jorge, Eduardo e Filipe
Pelas partilhas constantes

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Abel Avelino de Paiva e Silva, orientador da tese agradeço o apoio, a partilha do saber, disponibilidade e as valiosas contribuições para a concretização deste trabalho.

À Professora Doutora Isabel Maria Pereira Leal, pela coorientação, estímulo, cordialidade e aconselhamento.

À Edite Santos, à Sara Nunes à Alexandrina Cardoso e ao José Preto Ribeiro, pela ajuda no momento certo.

Ao meu irmão Jorge, pela revisão do texto, mas principalmente pela força e confiança que sempre depositou no meu trabalho.

Aos enfermeiros da ULSCB pela receptividade, acolhimento, disponibilidade e partilha na criação de condições para a concretização da investigação.

A todas as participantes no estudo, que prescindiram de algum do seu tempo para responder aos questionários, e em particular àquelas que partilharam comigo nos seus lares, as alegrias, dúvidas e por vezes tristezas das vivências da maternidade.

A todos os meus amigos que me apoiaram ao longo de todo este processo. À Fernanda Mateus, à Ana Vaz, à Fernanda Cruz, Emília Duarte, Ângela Trindade e Umbelina Lourenço pela cumplicidade e estímulo constante.

À minha família, em especial à minha mãe por estarem sempre presentes.

Ao Jorge meu marido ao Eduardo e Filipe meus filhos. Pelo incentivo nos momentos difíceis, pela compreensão dos momentos de silêncio, e pela valorização constante do meu trabalho.

A todos muito obrigado

RESUMO

As intervenções de enfermagem em ambiente domiciliário durante o puerpério podem constituir um importante instrumento de prevenção das perturbações emocionais da puérpera e da sua família, no período *post partum*.

A investigação decorreu de março de 2010 a novembro de 2012 na área de influência da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco e teve como objetivos: determinar a incidência de puérperas que apresentam *blues pós-parto* entre o 5º e o 10º dia de puerpério; avaliar a influência da intervenção do enfermeiro na incidência de *blues pós-parto* nas puérperas, entre o 5º e o 10º dia de puerpério; determinar a incidência e a prevalência de puérperas com “risco elevado” de depressão pós-parto entre as 6 e as 9 semanas pós-parto; avaliar a influência da intervenção do enfermeiro na incidência e prevalência de puérperas com “risco elevado” de depressão pós-parto entre as 6 e as 9 semanas pós-parto; avaliar a influência da intervenção do enfermeiro, na promoção da saúde da díade mãe/filho.

O estudo, com um desenho quase-experimental envolveu 200 primíparas com parto eutócico, das quais 100 no grupo de intervenção (GI) e 100 no grupo de controlo (GC). No GI cada puérpera foi sujeita pelo menos a duas visitas domiciliárias ao longo do primeiro mês pós-parto. A obtenção de dados ocorreu entre as 35 e 40 semanas de gravidez, entre o 5º e o 10º dia pós-parto e entre as 6 e as 9 semanas pós-parto, a partir de três questionários. O primeiro incluía a *Escala Ansiedade Depressão e Stress de 21 itens* (EADS); o segundo a *Escala de Avaliação das Alterações Psicoemocionais do Puerpério* (EAAPP); o terceiro, a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS).

A escala EAAPP mostrou a “ausência de alterações psicoemocionais do puerpério” na maioria das participantes - 65% (GC) e 77% (GI), não havendo diferenças significativas entre os grupos ($p = 0,066$). Quanto ao risco da puérpera desenvolver depressão pós-parto (EPDS) havia diferenças significativas entre os grupos ($p = 0,013$). Há mais participantes do grupo controlo com “risco elevado” de depressão pós-parto (14%), comparativamente com as do grupo intervenção (4%). A análise estatística revelou ainda diferenças significativas entre o GC e o GI relativamente a algumas variáveis analisadas no estudo ($p < 0,05$): maior prevalência de aleitamento materno exclusivo entre as 6 e as 9 semanas nas puérperas do GI; menor procura dos serviços de saúde, por problemas relacionados com a criança no GI; referência a menos dificuldades significativas no final do puerpério nas puérperas do GI; menos dificuldades em lidar com as alterações psicológicas das participantes do GI.

Este estudo revelou a importância das visitas domiciliárias ao longo do primeiro mês pós-parto na diminuição do risco das puérperas desenvolverem depressão pós-parto, e ainda em variáveis que conduzem a um puerpério mais saudável como sejam o aleitamento materno, problemas de saúde relacionados com as crianças, e as dificuldades sentidas pela mulher durante o puerpério.

Palavras-chave: Puerpério; Cuidados de Enfermagem; Visita domiciliária; Perturbações psicoemocionais no pós-parto; Depressão pós-parto.

ABSTRACT

Home based nursing interventions during puerperium can be considered as an important tool to prevent post-partum emotional disturbs both in puerperal women as in their families. This research was conducted from March, 2010 to November, 2012 covering the population served by the Local Health Unit of Castelo Branco, aiming the following objectives: determine the incidence of postpartum blues between the 5th and the 10th puerperium days; assess the outcomes of postpartum blues incidence between the 5th and the 10th puerperium days, after nursing interventions; determine the incidence and prevalence of women with high risk of postpartum depression between the 6th and the 9th puerperium weeks; assess the outcomes of postpartum blues incidence and prevalence between the 6th and the 9th puerperium weeks, after nursing interventions; evaluate the results of nursing interventions in promoting mother and child health. This research based on a quasi-experimental design studied 200 primiparas after an eutocic delivery. 100 in the experiment group (EG) and 100 in the control group (CG). Each woman included in the experiment group received at least two domiciliary nursing interventions during the first month post partum. Data gathering occurred between the 35th and the 40th pregnancy weeks (*Depression Anxiety Stress Scales - 21 item - DASS*); between the 5th and the 10th postpartum days (*Assessment of Puerperium Psycho-emotional Changes Scale - APPCS*); between the 6th and the 9th postpartum weeks (*Edinburgh Postnatal Depression Scale - EPDS*). APPCS results showed “*lack of puerperium psycho-emotional changes*” on the majority of the participants of both groups (CG, 65%) and (EG, 77%) with no significant differences between the two mentioned groups ($p = 0,066$). The risk of suffering *Postpartum Depression* was significantly higher ($p = 0,013$) among the CG (14% - “*high risk*”) than in the EG (4% - “*high risk*”). Statistical analysis also revealed significant differences ($p < 0,05$) between CG and EG when comparing them taking over other studied variables, such as: higher prevalence of exclusive breastfeeding between the 6th and the 9th postpartum weeks, within EG; lower needs of health services support to face child health problems, within the EG; lower postpartum experiencing difficulties by the end of puerperium, within the EG; lower difficulties in dealing with psychological changes during puerperium, within the EG.

This research revealed the importance of nursing domiciliary visitation during the first month of puerperium period as a way to reduce the risk of *Postpartum Depression*. In addition, it brought up the evidence of variables that contribute to carry out a healthier puerperium, such as: breastfeeding higher commitment, capacity of facing child health problems and competence to deal with puerperium related difficulties.

Keywords: Postpartum/Puerperium; Nursing Care; Home visiting; Postpartum mood disorders; Postpartum depression.

ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

- APA - *American Psychiatric Association* (Associação Americana de Psiquiatria)
- BDI - *Beck Depression Inventory*
- BPP - *Blues Pós-Parto*
- CEDOP - Consulta de Enfermagem Domiciliária de Obstetrícia no Puerpério.
- CID - Classificação Internacional de Doenças
- CID -10 - *International Classification of Diseases Tenth Edition*
- EAAPP - Escala de Avaliação das Alterações Psicoemocionais do Puerpério
- EADS - Escala Ansiedade Depressão e *Stress*
- EPDS - *Edinburgh Postnatal Depression Scale*
- ICN - *International Council of Nurses*
- CIPE - Classificação Internacional para prática de Enfermagem
- DGS - Direcção-Geral da Saúde
- DPP - Depressão Pós-Parto
- DSM - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*
- DSM-IV - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition*
- DSM-IV-TR - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition R*
- GC - Grupo Controlo
- GI - Grupo Intervenção
- INE - Instituto Nacional de Estatística
- Kg - Quilogramas
- NUTS - Nomenclaturas de Unidades Territoriais para fins Estatísticos
- OE - Ordem dos Enfermeiros
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- RN - Recém-Nascido
- SM - Saúde Materna
- ULS - Unidade Local de Saúde
- ULSCB, EPE - Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, Empresa Pública Empresarial
- UNICEF - *United Nations Children's Fund* (Fundo das Nações Unidas para a Infância)
- VD - Visita Domiciliária
- VDs - Visitas Domiciliárias
- WHO - *World Health Organization*.

ÍNDICE

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO	14
1.1 - PROBLEMÁTICA E CONCEITOS CENTRAIS	15
1.1.1 - AS PERTURBAÇÕES EMOCIONAIS DA MULHER NA VIVÊNCIA DO PUERPÉRIO	18
1.1.1.1 - Blues Pós-Parto	25
1.1.1.2 - Psicose puerperal	28
1.1.1.3 - Depressão pós-parto	30
1.1.2 - A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NO PUERPÉRIO – UMA CONDIÇÃO FACILITADORA DA SAÚDE NA MULHER	35
1.1.2.1 - A visita domiciliária no puerpério	36
1.2 - A TRANSIÇÃO PARA O SER PUÉRPERA E MÃE	44
1.3 - JUSTIFICAÇÃO PARA O ESTUDO	51
1.4 - FINALIDADE E OBJECTIVOS DO ESTUDO	53
1.5 - VISÃO GERAL DA TESE	54
CAPÍTULO 2 - REVISÃO DE LITERATURA	55
2.1 - A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DAS PERTURBAÇÕES EMOCIONAIS, NO PRIMEIRO MÊS PÓS-PARTO	55
2.1.1 - ESTRATÉGIA DA PESQUISA DA LITERATURA	56
2.1.2 - RESULTADOS E DISCUSSÃO DA REVISÃO DE LITERATURA	58
2.1.3 - CONCLUSÕES DA REVISÃO DE LITERATURA	64
CAPÍTULO 3 - MATERIAL E MÉTODOS	65
3.1 - DESENHO DA INVESTIGAÇÃO	65
3.1.1 - LOCALIZAÇÃO DO ESTUDO	68
3.1.2 - PARTICIPANTES	72
3.1.3 - VARIÁVEIS	73
3.1.4 - INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	76
3.1.5 - PROCEDIMENTOS	82
3.2 - PROGRAMA DE INTERVENÇÃO	83
3.2.1 - OPERACIONALIZAÇÃO DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO	85
3.3 - CONSIDERAÇÕES SOBRE O RIGOR DO ESTUDO	89
3.4 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	90
3.5 - PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DOS DADOS	91

CAPÍTULO 4 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	93
4.1 - DADOS OBTIDOS DA FICHA DA VISITA DOMICILIÁRIA NO PUERPÉRIO	93
4.2 - PRIMEIRA AVALIAÇÃO - DAS 35 ÀS 40 SEMANAS DE GRAVIDEZ	98
4.2.1 - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA	99
4.2.2 - CARACTERIZAÇÃO OBSTÉTRICA	104
4.2.3 - EXPECTATIVAS PARA O PUERPÉRIO	107
4.2.4 - FONTES DE INFORMAÇÃO	108
4.2.5 - ESTADO PSICOEMOCIONAL DAS PARTICIPANTES	111
4.3 - SEGUNDA AVALIAÇÃO - PRIMEIROS DEZ DIAS DE PUERPÉRIO	116
4.3.1 - O INTERNAMENTO NA MATERNIDADE	116
4.3.2 - AS AJUDAS NO PUERPÉRIO	117
4.3.3 - FONTES DE INFORMAÇÃO	118
4.3.4 - ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA	120
4.3.5 - ESTADO PSICOEMOCIONAL DAS PARTICIPANTES	120
4.4 - TERCEIRA AVALIAÇÃO - DAS SEIS ÀS NOVE SEMANAS DE PUERPÉRIO	123
4.4.1 - AS AJUDAS NO PUERPÉRIO	123
4.4.2 - FONTES DE INFORMAÇÃO	124
4.4.3 - ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA	125
4.4.4 - SITUAÇÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA	127
4.4.5 - SITUAÇÃO DE SAÚDE DA PUÉRPERA	128
4.4.6 - DIFICULDADES NO PUERPÉRIO	130
4.4.7 - ESTADO PSICOEMOCIONAL DAS PARTICIPANTES	131
4.5 - AS PERTURBAÇÕES PSICOEMOCIONAIS NO PUERPÉRIO E VARIÁVEIS AVALIADAS NO ESTUDO	132
 CAPÍTULO 5 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	 139
5.1 - A HOMOGENEIDADE ENTRE OS GRUPOS	139
5.1.1 - AS ALTERAÇÕES EMOCIONAIS NO FINAL DA GRAVIDEZ	143
5.2 - O INTERNAMENTO NA MATERNIDADE	144
5.3 - AS AJUDAS NO PUERPÉRIO	146
5.4 - FONTES DE INFORMAÇÃO	148
5.5 - ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA	151
5.6 - SITUAÇÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA AO LONGO DO PUERPÉRIO	153
5.7 - SITUAÇÃO DE SAÚDE DA PUÉRPERA AO LONGO DO PUERPÉRIO	155
5.8 - DIFICULDADES NO PUERPÉRIO	156
5.9 - AS ALTERAÇÕES EMOCIONAIS NO PUERPÉRIO	165

CAPÍTULO 6 - CONCLUSÕES	170
6.1 - RECOMENDAÇÕES PARA A INVESTIGAÇÃO	179
6.2 - IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA	179
BIBLIOGRAFIA	182
ANEXOS	208
ANEXO 1 - Primeiro questionário	209
ANEXO 2 - Segundo questionário	216
ANEXO 3 - Terceiro questionário	221
ANEXO 4 - Pedido e autorização para a realização do estudo	227
ANEXO 5 - Grupo de trabalho CEDOP	232
ANEXO 6 - Ficha da visita domiciliária no puerpério	234

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Protocolo para visitas domiciliárias perinatais	39
Figura 2 - Modelo explicativo da Teoria de Médio Alcance - Teoria das Transições	51
Figura 3 - Mapa da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco	68
Figura 4 - Beira Interior Sul e Pinhal Interior Sul - Inserção Regional	69
Figura 5 - Resultados da intervenção do enfermeiro no domicílio durante o puerpério	178

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Estudos de avaliação da influência da intervenção do enfermeiro no puerpério, na prevenção das perturbações emocionais.	61
Quadro 2 - Estudos de avaliação da influência das intervenções psicossociais, na prevenção da depressão pós-parto - revisão sistemática de Dennis (2005)	63
Quadro 3 - Desenho da investigação	67
Quadro 4 - Taxa bruta de natalidade por município da ULSCB, EPE	70
Quadro 5 - Consultas de Saúde Materna e partos efetuadas na ULSCB, EPE, nos anos 2010, 2011 e 2012	71
Quadro 6 - Classificação dos estados afetivos da EADS	79
Quadro 7 - Distribuição das principais dúvidas/dificuldades referidas pelas puérperas na primeira visita domiciliária	95
Quadro 8 - Distribuição das principais dúvidas/dificuldades referidas pelas puérperas nas visitas domiciliárias após a primeira semana e chamadas telefónicas	97
Quadro 9 - Presença de acompanhante quando da realização das visitas domiciliárias	98
Quadro 10 - Análise das diferenças entre o GC e o GI, em relação à idade, escolaridade e estado civil	100
Quadro 11 - Análise das diferenças entre o GC e o GI, em relação ao grupo profissional	101
Quadro 12 - Análise das diferenças entre o GC e o GI, em relação ao país da naturalidade	102
Quadro 13 - Análise das diferenças entre o GC e o GI, relativamente ao distrito da naturalidade	103
Quadro 14 - Análise das diferenças entre o GC e o GI, relativamente ao concelho de residência	104
Quadro 15 - Análise das diferenças entre o GC e o GI, em relação à história obstétrica	105
Quadro 16 - Análise das diferenças entre o GC e o GI, relativamente à vigilância da gravidez	106
Quadro 17 - Análise das diferenças entre o GC e o GI, em relação às expetativas de ajuda no puerpério	108

Quadro 18 - Análise das diferenças entre o GC e GI, em relação às fontes de informação na gravidez	110
Quadro 19 - Distribuição das medidas de estatísticas descritivas da EADS	111
Quadro 20 - Análise das diferenças entre o GC e o GI, em relação às sub-escalas da EADS	112
Quadro 21 - Análise das diferenças entre o GC e o GI, em relação aos itens das sub-escalas da EADS	113
Quadro 22 - Distribuição das participantes por classificação da sub-escala ansiedade da EADS	114
Quadro 23 - Distribuição das participantes por classificação da sub-escala depressão da EADS	114
Quadro 24 - Distribuição das participantes por classificação da sub-escala <i>stress</i> da EADS	115
Quadro 25 - Análise das diferenças entre o GC e GI, em relação às características do parto e do RN	117
Quadro 26 - Análise das diferenças entre o GC e GI, em relação às ajudas nos primeiros 10 dias de puerpério	118
Quadro 27 - Análise das diferenças entre o GC e GI, em relação às fontes de informação nos primeiros 10 dias de puerpério	119
Quadro 28 - Análise das diferenças entre o GC e GI, quanto à alimentação da criança nos primeiros 10 dias de puerpério	120
Quadro 29 - Distribuição das medidas de estatísticas descritivas da EAAPP pelas participantes	121
Quadro 30 - Análise das diferenças entre o GC e o GI, relativamente à classificação da EAAPP	121
Quadro 31 - Análise das diferenças entre o GC e o GI, em relação aos itens da EAAPP	122
Quadro 32 - Análise das diferenças entre o GC e o GI, em relação ao tempo de puerpério do terceiro questionário	123
Quadro 33 - Análise das diferenças entre o GC e GI, em relação às ajudas no final do puerpério	124
Quadro 34 - Análise das diferenças entre o GC e GI, em relação às fontes de informação no final do puerpério	125
Quadro 35 - Análise das diferenças entre o GC e GI, quanto à alimentação da criança no final do puerpério	126

Quadro 36 - Análise da relação entre a alimentação da criança no final e nos primeiros 10 dias de puerpério	126
Quadro 37 - Análise das diferenças entre o GC e GI, em relação à necessidade de procura dos serviços de saúde para o filho	127
Quadro 38 - Distribuição das participantes, por problemas de saúde relacionados com a criança	128
Quadro 39 - Análise das diferenças entre o GC e GI, em relação à necessidade de procura dos serviços de saúde para a puérpera	129
Quadro 40 - Distribuição das participantes, por problemas de saúde relacionados com a própria	129
Quadro 41 - Análise das diferenças entre o GC e GI, em relação às dificuldades referidas pelas puérperas	130
Quadro 42 - Análise das diferenças entre o GC e o GI, relativamente à classificação da EPDS	131
Quadro 43 - Análise das diferenças entre o GC e o GI, em relação aos itens da EPDS	132
Quadro 44 - Análise da correlação entre as sub-escalas da EADS	133
Quadro 45 - Análise da relação entre a ajuda do pai da criança nos primeiros 10 dias de puerpério e a EAAPP	133
Quadro 46 - Análise da relação entre a alimentação da criança no final do puerpério e a EPDS	134
Quadro 47 - Análise da relação entre as dificuldades das puérperas e a EPDS	135
Quadro 48 - Análise da relação entre a dificuldade em alimentar a criança no final do puerpério e a EPDS	135
Quadro 49 - Análise da relação entre as dificuldades relacionadas com as alterações psicológicas e a EPDS	136
Quadro 50 - Análise da relação entre a dificuldade no relacionamento com o pai da criança e a EPDS	136
Quadro 51 - Análise da relação entre ajuda nas tarefas domésticas e a EPDS	137
Quadro 52 - Análise da relação entre a EAAPP e EPDS	138

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO

A tese que apresentamos resulta de um trabalho desenvolvido nos últimos anos, mas que teve a sua gênese quando ainda desempenhávamos funções de enfermeiras especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica numa maternidade do interior do país (há 15 anos atrás). Nessa altura, constatámos, *in loco*, que muitas mulheres desconheciam as alterações que ocorrem no puerpério. Atualmente, como docentes numa Escola Superior de Saúde, quando do acompanhamento de alunos em ensino clínico, continuamos a verificar essa lacuna, principalmente em relação às alterações emocionais. Mais do que as alterações físicas a que a mulher é sujeita no período puerperal, acontecem profundas alterações de âmbito social e psicológico em que a mulher atravessa “um processo de ajustamento a uma nova identidade (a identidade materna), de aprendizagem de um novo papel (de mãe), de adaptação a um novo elemento familiar com uma identidade própria (o filho) e de reestruturação das relações familiares e sociais” (Afonso, 1998, p.23).

O nascimento de uma criança marca o início de uma nova vida e a reorganização de outras vidas. A crise (entendendo-se crise como mudança) que vai afetar toda a família terá, com certeza, como alvo principal a nova mãe. Além de ter que lidar com a satisfação das necessidades do filho recém-nascido (RN), terá também que lidar com as alterações que aconteceram em si durante a gravidez e continuarão ao longo do puerpério, modificações não só físicas mas também sociais e psicoemocionais a que a mulher deverá estar atenta para as compreender e resolver.

Estudos efetuados demonstram a importância da visita domiciliária (VD) em múltiplas variáveis, que conduzem a uma vivência mais saudável no período puerperal não só da mulher, mas de toda a família. Por outro lado, também investigações realizadas um pouco por todo o mundo relacionam as perturbações emocionais no puerpério com uma série de possíveis fatores etiológicos. Com base nestas evidências, e também pela pouca publicação de estudos no nosso país que demonstrem resultados da intervenção do enfermeiro no domicílio,

na prevenção das perturbações emocionais na puérpera, surgiu a motivação para a concretização deste trabalho

Neste capítulo 1, contextualizamos a problemática em estudo, referenciando os conceitos centrais - as perturbações emocionais da puérpera e a intervenção do enfermeiro no domicílio, no período puerperal. Contribuindo para a reflexão, compreensão e fundamentação da problemática em estudo, abordamos, de seguida, a Teoria das Transições de Meleis (1997). A justificação, objetivos e finalidades do estudo antecedem a referência ao modo como a tese se estrutura numa visão geral da mesma.

1.1 - PROBLEMÁTICA E CONCEITOS CENTRAIS

As alterações físicas do pós-parto, sempre foram valorizadas na nossa cultura. Desde o repouso a que a mulher era sujeita até ao tipo de alimentos que deveria ingerir, passando por alguns ritos relacionados com a higiene pessoal, verificava-se em algumas regiões (nomeadamente da região centro do país) uma influência acentuada de costumes ancestrais. A puérpera e a sua criança eram o centro das atenções da família e da comunidade onde estavam inseridas, tendo estas o dever de zelar pelo bem-estar da díade mãe/filho. Já em relação às alterações psicoemocionais, a situação mudava um pouco. Por não se compreender e não ser visível a razão que levava a mulher a comportar-se de um modo diferente e estranho, relativamente a si mesma, ao filho e família, muitas vezes eram conotadas como “más mães”.

Nos dias de hoje a situação encontra-se um pouco alterada. Continua-se, realmente, a valorizar as alterações físicas no puerpério e, também cada vez mais, as alterações emocionais, mas com a puérpera a ser o principal agente na promoção do seu bem-estar. Para isso contribui, certamente, toda a informação e formação que lhe é prestada no período pré-natal, durante o internamento na maternidade e período puerperal, após alta clínica do hospital.

O tempo que uma puérpera permanece na maternidade deveria ser o suficiente para a consolidação e aquisição de competências para cuidar de si e do filho. Sabendo-se que tal é difícil de concretizar (uma puérpera/recém-nascido de parto eutócico, não surgindo qualquer intercorrência, tem alta cerca de 48 horas após o parto), seria bom que as competências

adquiridas fossem, pelo menos, as necessárias para promover o bem-estar da puérpera/RN/família, até a uma próxima intervenção do enfermeiro, idealmente no domicílio, e ainda na primeira semana pós-parto. É difícil, como se compreende, que a mulher consiga apreender, em tão curto espaço de tempo, o modo como cuidar de si e do RN, principalmente se for um primeiro filho.

O que acontece, geralmente é que o acompanhamento da puérpera por um profissional de saúde, após a saída da maternidade, não se efetua de uma forma organizada e regular, excetuando as puérperas em situação de risco previamente referenciadas. Durante o primeiro mês de vida do RN, normalmente, os contactos da puérpera com a equipa de saúde, nomeadamente com o enfermeiro, são aqueles que têm a ver com a avaliação do peso da criança e com o rastreio de doenças metabólicas no RN.

O tempo que decorre desde a alta clínica após o parto até ao momento em que a mulher reinicia o contacto em consulta, com o enfermeiro ou médico, num serviço de saúde, quer seja privado ou público, poderão ser cerca de trinta dias (altura em que habitualmente a mulher tem a consulta de revisão do puerpério e a primeira consulta de saúde infantil). Sabendo que é durante este período que surgem as principais dificuldades na adaptação ao novo papel de mãe, na adaptação às alterações físicas, psicológicas e sociais, e nos cuidados do filho, compreende-se a importância do acompanhamento da mulher no puerpério.

Apesar de não ser difícil o acesso à informação sobre assuntos relacionados com o puerpério e o RN, esta nem sempre é a mais correta, e o ideal seria que todas as mulheres pudessem frequentar aulas de preparação para a maternidade no período pré-natal. A “escola” que antes estava no seio da família, quando as meninas ajudavam a cuidar de irmãos ou familiares mais novos, passou, agora, nos dias de hoje, para os técnicos de saúde.

Associado ao que foi referido, acresce o facto de que muitas vezes, as puérperas estão, a maior parte do tempo, sós. Se há trinta ou quarenta anos atrás era vulgar estarem acompanhadas (a tempo inteiro) pelas suas mães ou alguém relevante da família, que colaboravam nas diversas tarefas em casa, hoje em dia, pela conjuntura económico-social, esse acompanhamento, quando existe, é feito, muitas vezes, “em regime de *part-time*”.

A puérpera vive, assim, o período do pós-parto, de um modo um pouco isolado. Às dúvidas que surgem, associa-se, muitas vezes, a instabilidade emocional, que torna a mulher mais vulnerável em relação às síndromes psiquiátricas no pós-parto (Burke, 2003). Não

sabendo o modo como lidar com tudo isto, a mulher pode-se isolar ainda mais e, um período que deveria ser vivido com satisfação, pela chegada de um novo elemento à família, torna-se, por vezes, num período angustiante, em que a mulher necessita de ser cuidada, por um profissional de saúde, de preferência no seu domicílio e junto da sua família.

A *United Nations Children's Fund* (UNICEF) recomenda a visita domiciliária (VD) na primeira semana de vida, o mais precocemente após o parto. “Esses atendimentos devem ser prestados na forma de um *continuum* de cuidados que liguem as famílias e as comunidades aos sistemas de saúde” (UNICEF, 2009, p.iii).

Em Portugal, a VD no puerpério é uma atividade recomendada em diversos documentos: Plano Nacional de Saúde 2004 - 2010 (Ministério da Saúde, 2004); Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados- cálculo de indicadores de desempenho - critérios a observar na sua implementação (Ministério da Saúde, 2009); Programa de Saúde Infantil e Juvenil (Direção-Geral da Saúde (DGS), 2013). Em termos temporais, os documentos mencionados não são consensuais quando à sua realização. No segundo documento, é referido como um dos indicadores para a atribuição de incentivos financeiros a percentagem de VD realizadas a puérperas vigiadas nas Unidades de Saúde Familiares, durante a gravidez e nas primeiras seis semanas (quarenta e dois dias) após o parto. O Programa de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013) refere a necessidade de desenvolver todos os meios necessários, para que se realize nos dias próximos da alta da maternidade, especialmente em situações e famílias consideradas de risco, além das consultas de saúde infantil, cuja periodicidade deve ser iniciada na primeira semana de vida.

Mais recentemente, no documento “Metodologia de contratualização para os cuidados de saúde primários no ano de 2013” (Ministério da Saúde, 2013), continuam a ser indicadores relacionados com incentivos financeiros nas Unidades de Saúde Familiares, a proporção de puérperas e a proporção de RNs com consulta domiciliária de enfermagem, realizada até ao décimo quinto dia de vida.

Consultando diversos planos de ação e relatórios de instituições de saúde de cuidados de saúde primários e diferenciados, é quase consensual que a VD à puérpera/RN deverá ser desenvolvida nos primeiros quinze dias após o parto.

Em relação à cobertura da população alvo, o objetivo para 2013 variava em termos percentuais de 55% a 95%. Para a DGS (2005, p.6) é muito importante,

desenvolver os meios que possibilitem a visitação domiciliária, essencialmente pelo enfermeiro, pois esse é um elemento fundamental da vigilância da promoção de saúde, em particular, nos dias seguintes à alta da maternidade (...).

Quanto à qualificação do profissional de enfermagem mais indicado para realizar a VD, não existem normas específicas que o indiquem. A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011) emitiu um parecer sobre esta questão. Não existindo enfermeiros com o título de “especialista em saúde familiar” (na prática profissional, são os enfermeiros de cuidados gerais que desenvolvem a sua atividade em contexto de prestação de cuidados a famílias ou em unidades de saúde familiar), a VD não é exclusiva de nenhuma das especialidades - considera-se que a puérpera e RN têm de ser acompanhados, de acordo com as necessidades identificadas em cada situação. Se o puerpério é acompanhado pela enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, “nesse período da vida da mãe e da criança, pode igualmente ser necessária a intervenção do especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, enfermeiro especialista em saúde mental ou outro, de acordo com a situação em concreto.” (OE, 2011, p.5)

1.1.1 - AS PERTURBAÇÕES EMOCIONAIS DA MULHER NA VIVÊNCIA DO PUERPÉRIO

Puerpério também designado por **pós-parto** é o período que decorre desde a expulsão da placenta até seis semanas depois, altura em que os órgãos reprodutores da mulher (denominada nesta altura de puérpera) retomam as características anteriores às da gravidez, e em que a mulher realiza a consulta de revisão puerperal (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 1999; Graça, 2005; Lowdermilk & Perry, 2008; Ministério da Saúde, 1999; Oxorn, 1989; Ziegel & Cranley, 1985).

Para Gonçalves (2005) é a fase em que o organismo retoma ao seu estado pré gravídico, depois de sujeito às alterações provocadas pela gravidez e parto, iniciando-se após a expulsão da placenta, sendo o seu *terminus* imprevisível, na medida em que se relaciona com o processo de amamentação.

Rezende (2005) aceita a duração normal do puerpério no período de 6 a 8 semanas, dividindo-o em pós-parto imediato, que vai do primeiro ao décimo dia, pós-parto tardio, do décimo ao quadragésimo quinto dia, e pós-parto remoto, a partir do quadragésimo quinto dia. No pós-parto imediato, dá-se a involução e a recuperação da genitália. O pós-parto tardio é um período de transição, onde, biologicamente, todas as funções começam a ser influenciadas pela lactação. Finalmente, o pós-parto remoto é um período de duração imprecisa, sendo, no entanto, mais breve nas mulheres que não amamentam (Rezende, 2005). Aranha (2001), Bobak, Lowdermilk e Jensen, (1999) e Rezende Filho e Montenegro (2008), estão de acordo com a divisão do puerpério em três etapas específicas, mas em períodos diferentes daqueles referidos por Rezende (2005). Assim, o puerpério imediato corresponde às primeiras vinte e quatro horas após o nascimento. A segunda etapa diz respeito ao puerpério precoce, que se inicia após as primeiras vinte e quatro horas e termina no final da primeira semana. A partir desta altura sucede-se o puerpério tardio que se prolonga até ao final da sexta semana ou quadragésimo dia.

Kitzinger (2000) considera o período puerperal como o quarto trimestre da gravidez, tratando-se de um período de transição, que dura cerca de três meses após o parto, e mais acentuado na situação do nascimento do primeiro filho.

As alterações físicas que acontecem a nível dos diversos órgãos na mulher ao longo do puerpério, resultam em sinais e sintomas que se traduzem muitas vezes em desconfortos que poderão implicar no modo como a mulher se vai ajustar a esta nova etapa da sua vida. De um modo breve referimos a seguir as principais modificações que ocorrem no pós parto e que são referenciadas por Bobak et al. (1999), Graça (2005), Lowdermilk e Perry (2008), Mendes (1991), Oxorn (1989), Reeder, Martin e Koniak (1995) e Ziegel e Cranley (1985).

Peso corporal

Na primeira semana após o parto a perda de peso pode atingir 8 quilogramas (Kg) distribuídos pelo peso do RN (com uma média de 3,5 kg); placenta e membranas fetais (0,5 kg); líquido amniótico e perda sanguínea (1 kg); aumento da eliminação de líquidos (pela urina e diaforese).

Aparelho genital

Miométrio - Após a dequitação ocorre o processo de **involução uterina** com a diminuição do tamanho, peso e retorno do útero à posição que tinha antes da gravidez. Para

tal, contribuem dois mecanismos fundamentais: a contração das fibras musculares (há uma diminuição do tamanho e não do número); a involução do tecido conjuntivo localizado entre as fibras musculares.

A puérpera pode referir dor no hipogastro que resulta da contração das fibras musculares. Uma vez que esta contração é estimulada pela ocitocina, a dor surge essencialmente durante as mamadas.

A avaliação da involução uterina faz-se pela medição da altura do fundo uterino, com a bexiga vazia. Em cada dia há decréscimo de um a dois cm, deixando de ser palpável ao fim de cerca de duas semanas. Um atraso na involução pode significar: infeção e/ou retenção de fragmentos placentares.

Endométrio - A regeneração do endométrio é fundamental para garantir futuras gravidezes. Após a dequitação permanece a camada basal da decídua que contém o fundo das glândulas endometriais que vai dar origem ao novo endométrio; a camada superficial sofre necrose e juntamente com o sangue e muco forma os lóquios. A eliminação dos lóquios (constituídos por eritrócitos, leucócitos, restos de decídua e células epiteliais) é feita via vaginal e vai sofrendo transformações ao longo do puerpério. Até ao terceiro, quarto dia após o parto os lóquios são hemáticos constituídos essencialmente por glóbulos vermelhos; entre o quinto e décimo dia tornam-se sero-hemáticos com diminuição do teor em eritrócitos; a partir do décimo dia apresentam-se serosos, de coloração amarelada, com predomínio de leucócitos. A quantidade dos lóquios à medida que progride o puerpério vai sendo cada vez menor até que acabam por cessar.

Esta evolução das características dos lóquios não é igual em todas as mulheres no que toca aos limites temporais. Só devemos suspeitar de patologia quando se tornam purulentos e de cheiro fétido (sugere infeção endometrial) e, quando depois da terceira semana se tornam hemáticos (sugere que houve involução incompleta do leito placentário e/ou retenção de restos placentários ou de membranas).

Colo e segmento inferior uterino - Para uma boa progressão do parto, o colo do útero sofre apagamento (diminuição do seu comprimento) e dilatação (até 10 cm). Após o nascimento, o canal cervical vai progressivamente encerrando até que no final da primeira semana o seu orifício interno deixa de estar permeável. O orifício externo passa a ser

punctiforme como na nulípara, apresentando-se como uma fenda transversal devido aos processos a que foi sujeito durante o trabalho de parto.

Vagina e períneo - Durante a gravidez as paredes da vagina perdem as suas pregas. Cerca de três semanas após o parto a vagina recupera a sua anatomia pré-gestacional, sem nunca no entanto voltar totalmente às suas características anteriores. A vascularização e o edema da região perineal diminuem gradualmente. O períneo que normalmente se encontra suturado devido a lacerações ou episiotomia ocorridas no período expulsivo, cicatriza em duas a três semanas. É frequente a mulher referir dores, prurido e desconforto não só devido à episiorrafia, mas também pelo surgimento de hemorroidas.

Aparelho urinário

É normal o aumento da diurese e diaforese nos primeiros cinco dias após o parto para compensar o aumento da volémia que ocorreu durante a gravidez. Cerca de doze horas após o parto e induzida pela diminuição de estrogénios, inicia-se a eliminação do excesso de líquidos acumulados nos tecidos ao longo da gestação.

A dilatação fisiológica dos ureteres e pelve renal que ocorreu durante a gravidez (por ação dilatadora da progesterona e da compressão uterina) regride cerca de oito semanas após o parto.

O desconforto que normalmente é mais referenciado pela mulher é a retenção urinária devido a lesões do canal de parto por parto instrumentado, analgesia epidural e episiotomia.

Sistema hemodinâmico

Durante a gravidez há um considerável aumento da volémia e do débito cardíaco. Após o parto e num período de três semanas os valores da volémia voltam ao normal e o débito cardíaco pode diminuir até 28%.

Em relação à pressão arterial, os seus valores poderão baixar nos primeiros dois dias pós-parto, retomando a normalidade por volta da quarta semana de puerpério.

Sistema hematológico

Série vermelha: reticulocitose nas primeiras setenta e duas horas para compensar as perdas sanguíneas durante o parto (a diminuição da hemoglobina estimula a produção de eritropoietina). O volume de eritrócitos normaliza por volta da oitava semana pós-parto.

Série branca: leucócitose muito marcada (até 30000/mm³) com aumento dos granulócitos, nas primeiras três semanas após o parto. Estes valores, quando isolados, não têm significado patológico.

Coagulação: nos primeiros dois dias pós-parto as plaquetas tal como o fibrinogénio vão estar aumentados. Nos dias que se seguem vão diminuir lenta e progressivamente até retomarem os valores pré-gravídicos entre a primeira e a segunda semana de puerpério.

Sistema endócrino

Após o parto vai haver o restabelecimento do eixo hipotálamo - hipófise - ovário, uma vez que vai ocorrer diminuição significativa dos estrogénios e progesterona após a expulsão da placenta. O tempo até este restabelecimento vai depender se a mãe amamenta. Se a mãe não amamenta a recuperação do eixo ocorre por volta da sexta à oitava semana. Se a mãe amamenta a recuperação é mais variável (entre dois e dezoito meses). No último caso, a existência ou não de ciclos anovulatórios vai depender da quantidade de prolactina em circulação, pois a prolactina tem um efeito inibidor sobre a estimulação gonadotrófica nos folículos ováricos.

Sistema digestivo

A eliminação intestinal espontânea pode não ocorrer nos primeiros dois a três dias após o nascimento da criança, devido à diminuição da tonicidade dos músculos do intestino durante o trabalho de parto, diminuição da ingestão no pré-parto, desidratação, receio de evacuar devido à episiorrafia e hemorroidas.

Sistema tegumentar

A diminuição da hormona melanotropina após o parto leva à regressão da hiperpigmentação que aconteceu durante a gravidez. O cloasma gravídico gradualmente vai desaparecendo, no entanto a coloração escura da aréola mamilar e *linha nigra* pode não regredir completamente logo após o nascimento, podendo algumas mulheres passar a ter hiperpigmentação permanente nestas áreas.

As estrias nas mamas, abdómen, ancas e coxas podem desvanecer-se, mas normalmente perduram para o resto da vida.

A pele readquire a maior parte da sua elasticidade e a abundância de pelos que acontece frequentemente durante a gravidez normalmente desaparece após o parto.

Sistema musculoesquelético

A hipermobilidade das articulações e a alteração do centro de gravidade que aconteceram durante a gravidez vão estabilizar entre as seis e as oito semanas pós-parto.

A intensidade das experiências que a mulher vive ao longo da gravidez, parto e puerpério levam a que se refira ao ciclo gravídico-puerperal como um período de risco para ela. É um período de transição que abarca o processo da gravidez, do parto e do período pós-parto.

Envolve principalmente a mulher que experiencia alterações em todas as dimensões (físicas, psíquicas e sociais), mas também o companheiro/família, com a alteração de papéis que acontecem e se tornam mais evidentes no período pós-parto. Pajulo, Savonlahti, Sourander, Helenius e Piha (2001) referem, que a qualidade da relação da grávida/puérpera com o companheiro e com a família, principalmente com a mãe, é determinante para a sua saúde mental.

As adaptações físicas sociais e psicológicas (e respetivas tarefas) que acontecem na gravidez vão sendo realizadas ao longo de três trimestres. Ao mesmo tempo que cresce o feto visível pelo aumento do perímetro abdominal da mulher, o cuidado a que a mulher é sujeita, tanto pela família como pela equipa de saúde, normalmente, também vai “crescendo”. Com o nascimento, esse cuidado mais que repartido vai ser transferido para o filho, que vai impor novos ritmos na “família puerperal” - as horas para o aleitamento, para os cuidados de higiene, para dormir,... implicam na mulher/família adaptações a uma nova dinâmica de vida, que nem sempre são fáceis de concretizar. A mulher que cuida do filho, necessitando ainda muito de também ser cuidada, direciona as suas defesas, tanto físicas como psicossociais, para a proteção e vulnerabilidade da criança, encontrando-se, assim, exposta a maiores riscos de aparecimento de perturbações mentais, relativamente a outras fases da vida (Zanotti, Saito, Rodrigues & Otani, 2003).

Para Brito, De Freitas Maia, Alvarenga e Aguiar (2008), as modificações anatómicas e fisiológicas que ocorrem no corpo da mulher, a responsabilidade cultural e social de provir saúde, afeto e proteção ao RN, como também, a ansiedade e o medo de não desempenhar esse novo papel são fatores que contribuem para transformar o puerpério num período extremamente complexo. Nessa fase, a mulher tende a tornar-se mais sensível ou até mesmo insegura na adaptação que terá que realizar ao novo papel parental.

Rubin (1961) refere que poderão ser observadas três fases à medida que a mãe se adapta ao seu papel parental:

A primeira com a duração de um a dois dias acontece logo após o nascimento é denominada por fase dependente ou fase de incorporação. As necessidades de dependência da mãe predominam nesta altura carecendo de cuidados de treino e proteção para poder cuidar como mãe. A puérpera conta com os outros para a satisfação das suas necessidades de conforto, repouso, alimentação, de proximidade para com a família e com o RN. Esta fase é uma altura de grande entusiasmo, onde a mulher normalmente se encontra muito comunicativa verbalizando a experiência da gravidez e do parto. O facto de se centrar, analisar e aceitar estas experiências, favorece a passagem para a fase seguinte. O desconforto físico pode interferir com o repouso, com a deambulação e mesmo com os cuidados a prestar ao RN. Nesta fase o enfermeiro, ainda na maternidade, tem um papel preponderante em dotar a puérpera de conhecimentos e habilidades que depois terá que continuar a desenvolver na fase seguinte, de modo a que se torne cada vez mais independente.

A segunda fase inicia-se no segundo ou terceiro dia e pode durar de dez dias a várias semanas. É denominada pela fase dependente-independente ou fase de posse. Caracteriza-se pelo desejo de a puérpera se tornar independente nas suas ações e assumir as responsabilidades das mesmas. Ao mesmo tempo que se empenha em aprender e praticar os cuidados ao filho de modo a se tornar mais independente, anseia pela necessidade de mais proteção e aceitação pelos outros. É nesta fase que acontece a alta da maternidade e a puérpera regressa ao domicílio. As adaptações físicas e os ajustes psicoemocionais continuam, sendo a fadiga identificada por muitas mães como a maior preocupação física.

Troy (2003) refere que a fadiga é um problema agudo no início do pós-parto, mas que poderá persistir ao longo de dezanove meses. A perda de peso, a dor provocada pela episiotomia (corte no períneo), as relações sexuais e as hemorroidas são outras preocupações das mulheres a nível físico. O *blues pós-parto* (BPP) (que desenvolveremos um pouco mais à frente) poderá acontecer a uma percentagem acentuada de puérperas (segundo alguns autores até 80%), e acarreta sempre sofrimento para a mulher que passa de um período “rosa” (os primeiros dois dias pós-parto) caracterizado por sentimentos de felicidade, para um período “*blues*” representado essencialmente pela tristeza. Também é ainda nesta fase que poderá vir a ser desenvolvida a depressão pós-parto (DPP). É essencial que durante o acompanhamento

da mulher ao longo deste período, a equipa de saúde que atende a puérpera/família esteja capacitada para responder não só às suas necessidades físicas, mas também ao despiste precoce de qualquer sintomatologia que signifique perturbações a nível psicoemocional.

A terceira fase, chamada de interdependente ou desprendimento, é muitas vezes uma fase stressante para os pais, devido a interesses e necessidades frequentemente divergentes entre eles neste período. O comportamento interdependente reafirma-se. A mãe e a família tornam-se como uma unidade com interação entre os membros. Os papéis individuais de cada membro familiar estão resolvidos. A relação com o companheiro é fortalecida com o estabelecimento de um estilo de vida adequado à existência de um bebé, e o reassumir da intimidade sexual entre o casal.

Na décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 10), a Organização Mundial de Saúde (OMS) (1993) refere que os transtornos psíquicos que surgem no puerpério, não são considerados distúrbios específicos desta fase da vida da mulher, mas sim associados a ele. Devido à fragilidade psicológica a que a mulher é sujeita, o parto atua como um fator desencadeante para o seu começo.

Brockington (2004) diz que além do BPP, psicose puerperal e DPP, a variedade de perturbações no puerpério é vasta e inclui ainda perturbações da relação mãe-filho, *pós-stress* traumático, preocupações mórbidas e obsessão de magoar a criança.

No desenvolvimento deste trabalho, adotamos a “divisão clássica, tradicional” das perturbações emocionais no puerpério, que são por ordem temporal, BPP, a psicose puerperal e a DPP (Chaudron & Pies, 2003; Payne, 2007).

1.1.1.1 - *Blues Pós-Parto*

Tristeza materna, disforia pós-parto, *maternity blues*, *póspartum blues* e BPP são termos com o mesmo significado (na língua portuguesa, não existe consenso em relação a uma única designação), traduzindo um conjunto de manifestações psicológicas muito frequentes no puerpério (Carvalho, Murta & Monteiro, 1999; Rezende, 2005). A nomenclatura que temos vindo e iremos continuar a aplicar será a de BPP.

É uma síndrome que acontece, frequentemente, no primeiro mês pós-parto, e que se caracteriza pela existência de labilidade emocional, ansiedade, choro fácil, irritabilidade,

tristeza, insónia, alterações do apetite e da memória, ocorrendo desinteresse pelo RN e pelo companheiro (Atkinson & Rickel, 1984; Bright 1994; Carvalho et al., 1999; Iaconelli, 2005; Knops, 1998).

Canavarro e Pereira (2001) referem que esta alteração de humor é resultante da enorme tarefa psíquica pela qual a mãe passa na adaptação com o seu filho, podendo ser uma reação de ajustamento (Lemaître, Meunier, Herubel & Choquet, 1989) necessária para se estabelecer a relação mãe/filho (Ferrari et al., 1991), facilitando, assim, a aproximação entre ambos após o parto (Figueiredo, 2001). Também pela *International Classification of Diseases Tenth Edition* (CID-10) (OMS, 1997), o BPP poderá ser incluído nos “transtornos de ajustamento” já que satisfaz os requisitos de inclusão neste grupo da referida classificação. Lee e Chung (2007) consideram-no como uma condição fisiológica normal e relativamente leve, que surge como uma reação normal às alterações hormonais e ao *stress* do parto.

A incidência do BPP varia consoante a opinião dos estudiosos da matéria, dependendo também da metodologia seguida nas pesquisas - poderá ocorrer desde os 30% a 80% das mulheres no pós-parto (Bobak et al., 1999; Cantilino, Zambaldi, Sougey & Rennó, 2010; Figueiredo, 2001; Henshaw, 2003; Nagata, Nagai, Sobajima, Ando, Nishide & Honjo, 2000; Payne, 2007; Rondón, 2003; Sakumoto, Masamoto & Kanazawa, 2002; Seyfried & Marcus, 2003; Silva & Botti, 2005).

O que distingue o BPP da DPP, além da altura do seu início, é a duração dos sintomas e também o modo como estes sintomas se manifestam. Quanto ao início da síndrome, todos os autores consultados (Camacho 2006; Carvalho et al., 1999; Cramer 1989; Ferrari et al., 1991; Henshaw, 2003; Lemaître et al., 1989; Pitt, 1973; Whiffen, 1988; Ryan, Milis & Misri, 2005; Rezende, 1995), estão de acordo em considerar a primeira semana de puerpério. O auge ou pico, segundo Pitt (1973), será entre o quinto e sétimo dia. Rezende (2005) contrapõe, referindo que 50% das puérperas, mesmo após uma gravidez e parto normal, apresentam sintomatologia de BPP, com maior incidência no terceiro dia de puerpério.

Se bem que a maioria dos BPP se resolva nas primeiras duas semanas de puerpério (Camacho, 2006), cerca de 20% poderão evoluir para DPP, sendo um bom indicador para o desenvolvimento desta patologia, tal como referem Carvalho, Murta e Monteiro (1999), Henshaw (2003), Ryan, Milis e Misri (2005) e Whiffen (1988).

A etiologia do BPP é uma área amplamente estudada. Realçamos algumas variáveis identificadas em pesquisas efetuadas que se relacionam com esta síndrome:

- alterações hormonais no pós-parto (Harris, Lovett, Smith, Read, Walker & Newcombe, 1996; Veras & Nardi, 2005);
- mulheres com história anterior de tensão pré-menstrual (Figueiredo, 2001; Henshaw, 2003);
- características da personalidade, como a ansiedade, e presença de problemas emocionais durante a gravidez (Figueiredo, 2001);
- reações negativas à aparência física do bebê e dificuldades emocionais em lidar com o RN (Figueiredo, 2001);
- mulheres que amamentam (Glangeaud-Freudenthal, Crost & Kaminski, 1999);
- falta de apoio nos cuidados ao RN e problemas relacionais com o companheiro (Glangeaud-Freudenthal et al., 1999).

O BPP não é considerado como uma perturbação que careça de intervenção especializada (Lee & Chung, 2007). Durante as educações para a saúde nas consultas de vigilância da gravidez, a temática das alterações emocionais deverá ser abordada com a grávida/família. Importa que a mulher saiba que é uma situação passageira, que poderá acarretar algum sofrimento, mas sem consequências graves, quer para ela, quer para o seu filho. Assim, caso a mulher venha a desenvolver tal perturbação, estará preparada para a reconhecer e assim lidar mais facilmente com o problema: compartilhar a sua tristeza; conversar sobre aquilo que a preocupa com pessoas significativas da sua relação, ou mesmo com um profissional de saúde; procurar organizar algum tempo no seu dia, para fazer o que gosta, sabendo que o seu filho está com alguém da sua confiança e que sabe cuidar dele.

Para avaliar a puérpera em relação à presença de BPP, são diversas as escalas utilizadas, a nível mundial, não sendo consensual, no entanto, qual a mais indicada para um correto diagnóstico da situação. Qualquer que seja o instrumento utilizado, tal não poderá substituir a entrevista que entendemos ser a “ferramenta” de eleição a que o profissional de saúde, nomeadamente o enfermeiro, deverá recorrer para efetuar o despiste e intervir adequadamente.

Mencionamos, de seguida, algumas escalas que são referenciadas em diversos estudos de incidência de BPP:

- *Stein's Daily Scoring System (SDSS)* - escala desenvolvida por Stein, em 1980, que avalia as manifestações e intensidade do BPP. É composta por 13 itens/sintomas desta síndrome. A escala deverá ser preenchida todos os primeiros sete dias de puerpério. Um score de 8 ou mais em um ou mais dias considera a presença de BPP;

- *Blues Questionnaire* - é uma escala composta por 28 itens que deverá ser preenchida entre o 3º e 5º dia pós-parto. Um score acima de 75 considera-se como BPP severo; abaixo de 25, indica que a puérpera não apresenta BPP. Esta escala foi proposta por Kennerley e Gath, em 1989;

- Escala de Avaliação das Alterações Psicoemocionais do Puerpério (EAAPP) - desenvolvida por Sousa e Leal em 2007. Deve ser aplicada entre o 4º e 10º dia do pós-parto. É constituída por três sub-escalas: ansiedade, sentimentos depressivos e preocupação, num total de 16 itens. “Quanto maior a pontuação, mais elevados são os níveis de alterações psicoemocionais do puerpério percebidos pela puérpera” (Sousa & Leal, 2007, p.12).

Numa situação de haver um agravamento ou persistência da sintomatologia, a puérpera deverá procurar os serviços de saúde, porque a diferença entre o BPP e a DPP reside não só na sua menor gravidade, mas também no seu começo mais precoce (Hapgood, Elkind & Wright, 1988; Kaplan & Sadock, 2007; Payne, 2007).

1.1.1.2 - Psicose puerperal

A psicose puerperal é a perturbação psiquiátrica mais grave, que poderá acontecer no puerpério. Inicia-se nas primeiras duas ou três semanas após o parto, sendo caracterizada por perturbações mentais graves e agudas frequentemente alucinatórias (Brockington, Cernik, Schofield, Downing, Francis & Keelan, 1981; Camacho et al., 2006).

Pela classificação do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition R (DSM-IV-TR)* da *American Psychiatric Association (APA)*, (2002), a psicose puerperal inicia-se nas primeiras quatro semanas pós-parto e integra o grupo “transtorno psicótico sem outra especificação” com sintomas de delírios, alucinações, discurso desorganizado e comportamento amplamente desorganizado ou catatónico. Sobre estes

sintomas, não há informações adequadas de modo a fazer um diagnóstico específico, ou existem mesmo informações contraditórias, ou transtornos com sintomas psicóticos, que não satisfazem os critérios para outro transtorno psicótico específico. Segundo a mesma classificação, a duração de um episódio da perturbação é de no mínimo um dia, mas menos de um mês com a presença de pelo menos, um dos sintomas referidos.

A CID 10 (OMS, 1997) inclui a psicose puerperal nos “transtornos mentais e de comportamento graves associados ao puerpério não classificados em outros locais”, surgindo nas primeiras seis semanas após o parto. Com início abrupto, é uma patologia pouco frequente, com uma incidência de 0,1% a 0,2% (Bloch, Daly & Rubinow, 2003; Knops, 1998).

Poderão ocorrer sinais prodrômicos como fadiga, insónias, episódios de choro fácil ou labilidade emocional. Com a evolução da doença, a mulher torna-se confusa, com discurso irracional e incoerente, défices cognitivos graves e preocupação obsessiva em relação à saúde e bem-estar da criança (Kaplan & Sadock, 2007).

Em cerca de 50% dos casos, surgem delírios, relacionados normalmente com a gravidez ou maternidade em que por vezes existe a convicção de que a criança tem algum tipo de deficiência ou está morta. As puérperas poderão referir que se sentem perseguidas e negar mesmo a maternidade. As alucinações, sobretudo visuais e auditivas são referenciadas em 25% das situações (Kaplan & Sadock, 2007; Neill, 1999).

Devido às características psicóticas da psicose puerperal, existe um risco importante, tanto para a mãe, como para o filho (Attia, Downey & Oberman, 1999; Kaplan & Sadock, 2007) levando a que esta patologia seja considerada uma emergência médica, que obriga à hospitalização da mulher (Nonacs & Cohen, 1998).

A etiologia da psicose puerperal, ao contrário das outras perturbações psicopatológicas do puerpério como o BPP e a DPP, tem uma forte componente biológica (Appleby, Mortensen & Faragher, 1998; Brown, 1996; Kumar, 1994; O’Hara & Swain, 1996). Alguns fatores biológicos associados poderão ser entre outros, o hipotireoidismo, toxemia, medicação para a dor (Kaplan & Sadock, 2004) e anemia relacionada com infeções causadas por bactérias, vírus ou parasitas (Gutman & Nemeroff, 2003).

1.1.1.3 - Depressão pós-parto

A sintomatologia da DPP é semelhante àquela que poderá ocorrer em qualquer outro período de vida da mulher, tendo como manifestações humor deprimido, tristeza, ansiedade e irritabilidade, sentimentos de culpa, astenia, alterações do sono, diminuição do interesse sexual, bem como pelas atividades da vida diária, dificuldades de concentração e da memória, alterações do apetite, agitação ou inibição psicomotora e ideias suicidas. Poderá ainda acontecer uma preocupação obsessiva com a saúde da criança e com o seu bem-estar, bem como sentimentos de incapacidade de desempenho do papel de mãe (Rocha, 1999).

Inicia-se, normalmente, entre a quarta e a oitava semanas pós-parto, afetando entre 10 a 16% das mulheres (Klaus, Kennell & Klaus, 2000; O'Hara & Swain, 1996; Payne, 2007; Suri & Burt, 1997; Warren & McCarthy, 2007). Em Portugal, os números encontrados nos estudos realizados encontram-se no intervalo dos mesmos valores (Augusto, 1993; Augusto, Kumar, Calheiros, Matos & Figueiredo, 1996; Costa, Pacheco & Figueiredo, 2007).

A diversidade dos resultados referentes à prevalência da DPP poderá ser atribuída a diferenças de amostragem e de avaliação, assim como quadro clínico e definição dos limites temporais para o período pós-parto (Halbreich, 2005; Leahy-Warren & McCarthy, 2007).

Cox, Murray e Chapman (1993) referem que, geralmente, a incidência de depressão é duas a três vezes maior nas primeiras cinco semanas após o parto, permanecendo elevada nos seis meses subsequentes, altura a partir da qual diminui até ao nível encontrado, normalmente, na população geral feminina.

Ao querer conceituar DPP, observam-se divergências relativamente às classificações da CID-10 (OMS, 1997), DSM-IV (APA, 1995) e também de estudos científicos efetuados, nomeadamente em relação à variação dos critérios temporais (Cox, 2004; Pereira, 1993; Campbell & Cohn, 1997; Stewart, Robertson, Dennis & Grace, 2004; Stern, 1997).

A CID-10 (OMS, 1997) considera a DPP ou depressão puerperal incluída nos transtornos mentais e comportamentais leves associados ao puerpério, se se iniciar dentro de seis semanas após o parto e não atenda aos critérios associados a outro transtorno.

O DSM-IV-TR (APA, 2002) não reconhece a DPP como uma entidade distinta da depressão não-puerperal, propondo o especificador “com início no pós-parto”, nas primeiras 4 semanas. Para que preencha os critérios de diagnóstico de episódio depressivo maior, segundo

o DSM-IV-TR com início no pós-parto, é necessário que o humor deprimido e/ou a perda do interesse ou prazer em quase todas as atividades estejam presentes, além de, pelo menos, 4 dos sintomas: perda ou aumento significativo de peso, sem estar em dieta ou diminuição ou aumento do apetite; insônia ou hipersônia; agitação ou lentificação psicomotora; fadiga ou perda de energia; diminuição da capacidade de pensar de se concentrar ou de tomar decisões; pensamentos recorrentes de morte e ideação suicida. Os sintomas deverão estar presentes, pelo menos, duas semanas, na maior parte do dia, e em praticamente todos os dias (APA, 2002).

Cox (2004) defende que a DPP pode ocorrer dentro de um período de três meses após o parto. O limite temporal de um ano, como necessário para classificar a ocorrência da DPP, é referido por vários estudiosos (Beck, 1991; Guédény, Fermaniam, Guelfi & Delours, 2002; Guédény & Jeammet, 2002; Murray, Cox, Chapman & Jones, 1995; Klaus et al., 2000; Stewart et al., 2004). Outros investigadores situam-na num período de até 24 meses após o nascimento da criança (Campbell & Cohn, 1997; Cramer & Palácio-Espasa, 1993).

Stowe, Hostetter e Newport (2005) avaliaram o momento de início da DPP em 209 mulheres que foram referenciadas como tendo diagnóstico desta perturbação. Os resultados revelaram que a patologia se tinha iniciado ainda na gravidez, em 11,5% das mulheres, 66,5% nas primeiras seis semanas de puerpério, e em 22% entre a sexta semana e um ano após o parto.

Atualmente, a tendência é considerar os limites da DPP entre três e doze meses após o parto (Cooper, Campbell, Day, Kennerley & Bond, 1988; Kendell, Chalmers & Platz, 1987; Miller, 2002; O'Hara, 1997; Stowe, Hostetter & Newport, 2005).

A etiologia da DPP tem sido objeto de estudo quase à escala global. Na verdade, muitas pesquisas já foram efetuadas, relacionando-a com uma multiplicidade de fatores, dos quais salientamos:

- meio social desfavorável e desemprego (Glangeaud-Freudenthal et al., 1999);
- antecedentes pessoais de depressão (Bergant, Heim, Ulmer & Illmensee, 1999; Kumar & Robson, 1984; Marques, 2003; Stowe & Nemeroff, 1995);

- sintomas depressivos na gravidez (Bloch, Rotemnberg, Koren & Klein 2005; Josefsson et al., 2002; Kennerley & Gath, 1989; Nielsen, Videbech, Hedegaard, Dalby & Secher, 2000; Patel, Rodrigues & De Souza, 2002);

- antecedentes familiares de depressão (Bloch et al., 2005);

- síndrome pré-menstrual (Bloch et al., 2005; Chuong & Burgos, 1995; McGill, Burrows, Holland, Langer & Sweet, 1995; Sugawara, Toda, Shima, Mukai, Sakakura & Kitamura, 1997);

- necessidade de adaptação às características do filho real confrontada com a perda do filho imaginário (perfeito) (Brazelton & Cramer 1989);

- dificuldade em conciliar os cuidados à criança com a necessidade de dormir, associada ao isolamento social das mulheres que, permanentemente, estão em casa com os seus filhos (Ross, Murray & Steiner, 2005; Warren, Howe, Simmens & Dahl, 2006).

Podemos, assim, referir que, em relação à etiologia, “(...) os mais significativos fatores que propiciam a depressão pós-parto situam-se no contexto das relações interpessoais da mulher, com o cônjuge e as outras pessoas próximas, na gravidez e puerpério, mas também com o bebé, após o parto.” (Figueiredo, 2001a, p.331)

Também alguns estudiosos da DPP relacionaram fatores de proteção (medidas preventivas ou situações segundo Golse (2002)), que contribuem para a não instalação da doença:

- apoio de outra mulher, e a deteção precoce de sintomatologia depressiva (Ruschi, Sun, Mattar, Chambô Filho, Zandonade & Lima, 2007);

- suporte social (Frizzo & Piccinini, 2005);

- intervenção multidisciplinar imediata após deteção dos sintomas (De Sousa Schwengber & Piccinini, 2003);

- otimismo, elevada autoestima, suporte social adequado, preparação física e psicológica com vista às alterações que advêm com a maternidade (Cantilino et al., 2010);

- boa relação conjugal, suporte emocional (Frizzo & Piccinini, 2005; Azevedo & Arrais, 2006), e suporte social do companheiro/marido (Da Silva Cruz, Simões & Faisal-Cury, 2005; Konradt, Silva & Jasen, 2011).

Pelo mal-estar da mulher e da “família puerperal” e pelas consequências que podem advir da DPP, é importante prevenir e despistar, precocemente, esta patologia. Cox, Holden e Sagovsky (1987) afirmam que muitas mães não pedem apoio adequado, porque os sintomas não são devidamente valorizados por elas. Acresce o facto de, por ser a primeira vez que estão deprimidas, não se encontram, nem elas nem os familiares mais próximos, sensibilizados para as características desta perturbação, nem preparados para lidar, adequadamente, com ela.

De Moraes e Crepaldi (2012) referem que o “mito do amor materno”, característico do mundo ocidental, pode levar a mulher a silenciar a situação de DPP, escondendo a situação dos seus familiares e profissionais de saúde, por sentimentos de vergonha em manifestar mal-estar perante o seu filho.

Tendo como objetivo o diagnóstico de risco de desenvolvimento de DPP, foram elaborados instrumentos de avaliação. Referimos aqueles que são mais citados, tanto em estudos nacionais, como internacionais:

- *Edinburgh Post Natal Depression Scale* (EPDS) - desenvolvida por Cox, Holden, e Sagovsky (1987) e validada em Portugal por Areias, Kumar, Barros e Figueiredo (1996). A EPDS é constituída por dez perguntas, às quais a puérpera deverá dar uma única resposta das quatro opções possíveis em cada uma delas. Três questões são cotadas de 0, 1, 2, 3, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas, sete questões são cotadas inversamente (3, 2, 1, 0). Esta escala de autoavaliação reporta-se aos últimos 7 dias anteriores ao seu preenchimento. Após a soma, “uma pontuação de 12 ou mais indica a probabilidade de depressão mas não a sua gravidade” (DGS, 2006, p.43). A EPDS é recomendada pela DGS, para deteção de depressão no período pós-natal, e vem complementar, não substituir, a avaliação clínica (DGS, 2006);

- *Inventário de Depressão de Beck* (Beck, 1961) - é uma escala de autoavaliação de depressão em geral e não apenas em situação de puerpério. A escala original consiste em 21 itens cotados de 0 a 3, que incluem sintomas e atitudes. Quanto maior for o score a partir de 10, maior a possibilidade de se estar perante um quadro depressivo. Um score de 30 a 63 indica depressão grave. A escala foi validada em Portugal por Serra e Abreu, em 1973. Estes autores sugerem o valor de 12 como ponto de corte, acima do qual se estabelece a diferença entre a população normal e deprimida;

- *Post Partum Depression Screening Scale* (PDSS), Beck e Gable (2000) - também é uma escala de autoavaliação, composta por 35 itens, que avaliam sete dimensões: distúrbios do sono/apetite; ansiedade/insegurança; labilidade emocional; dificuldades cognitivas; perda do eu; culpa/vergonha e intenção de causar dano a si própria.

Pelo facto de não haver consensos em relação aos limites temporais da DPP, a vigilância deverá manter-se ao longo de, pelo menos, seis meses após o parto, já que os dados revelam que 1/3 das mulheres iniciam a depressão para além das seis semanas após o nascimento da criança (Stowe et al., 2005), sendo que mais de metade destas mulheres continua deprimida, para além do primeiro ano após o parto (Choe, Kwon & Lee, 2008).

Pelas VDs, consultas de enfermagem e consultas médicas numa instituição de saúde, o profissional que atende a puérpera deverá estar desperto para a sintomatologia de DPP. É essencial uma entrevista clínica competente, onde o saber ouvir e o saber questionar (abordando questões relacionadas com os critérios do DSM-IV para episódio depressivo) são essenciais, para que a mulher transmita o que a preocupa e a afasta do bem-estar desejado. A aplicação da EPDS é um complemento à referida entrevista, apresentando as puérperas taxas mais elevadas de risco de DPP do que quando se utilizam os critérios do DSM-IV (Cooper, Tomlinson, Swartz, Woolgar, Murray & Molteno, 1999; Gorman et al., 2004).

Conforme foi referido, os estudos demonstram a diversidade de causas relacionadas com a DPP. Santos, Almeida e Souza (2009) numa revisão de literatura que realizaram, observaram que a sua etiologia não foi totalmente esclarecida. Existem múltiplos fatores de risco envolvidos, levando, assim, a que o tratamento deva, ser feito de um modo multidisciplinar.

O tratamento da DPP passa, essencialmente, pelo despiste e o seu diagnóstico precoce, não só pelo sofrimento que implica na puérpera, mas também por todas as implicações futuras que se vão repercutir também no filho/família e no contexto social que rodeia a mulher.

A psicoterapia, antidepressivos e exercício físico são algumas das intervenções terapêuticas que revelaram a eficácia no tratamento desta doença (Ibiapina, Alves, Busgaib & Costa, 2010). Deverá ter-se em conta, que o uso de psicofármacos no puerpério, apresenta determinadas contra - indicações relativamente ao aleitamento materno. A sua continuação poderá ficar comprometida com a excreção e concentração destes medicamentos no leite materno (Silva & Botti, 2005).

O recurso a terapias não convencionais para o tratamento da DPP, tem vindo a crescer nos últimos anos. Tiran (2006) refere a necessidade de realização de estudos sobre a sua segurança e eficácia de modo a assegurar que os cuidados e orientações sejam baseados em evidência. Estas terapias poderão ser usadas isoladamente ou concomitantemente com outros tratamentos para a DPP.

A acupunctura, exercícios respiratórios orientações nutricionais, toque terapêutico, massagem, técnicas de relaxamento, terapia através da luz, são exemplos de algumas terapias não convencionais para a DPP, referidas por Santos et al. (2009).

1.1.2 - A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NO PUERPÉRIO - UMA CONDIÇÃO FACILITADORA DA SAÚDE NA MULHER

A intervenção do enfermeiro, junto do utente necessitado de cuidados, acontece em contextos que vão além das unidades de saúde.

Após o parto, o primeiro contacto que, rotineiramente acontece, entre a puérpera/RN e os serviços de saúde, tem como objetivos a avaliação do peso da criança e realização do teste do diagnóstico precoce (teste de *Gutherie*). O tempo que o enfermeiro dispõe para estar com a díade, normalmente, é o da duração da técnica a que é sujeito o RN - porque é uma intervenção que não estava calendarizada na agenda, porque a mulher se sente desconfortável (cansaço, dor,..), porque está frio/calor para a criança, porque,... - poderão ser várias as justificações para que a quantidade e a qualidade de tempo de contacto entre o enfermeiro e a puérpera/RN não sejam as mais adequadas para responder às dúvidas da mãe, ou simplesmente para a escutar. Por outro lado, também sabemos que nem sempre aquilo que a mulher refere em contexto de consulta, no centro de saúde, relativamente às suas vivências no domicílio, correspondem à realidade. É na comunidade, e dependendo da situação que coloca ou poderá colocar em risco a saúde da pessoa, como é o caso da vivência do puerpério, que este profissional de saúde se pode tornar no facilitador que promove o desejável bem-estar da puérpera. Pela VD, as intervenções que o enfermeiro desenvolve poderão ser otimizadas, se a unidade familiar for tomada como alvo do processo de cuidados, tal como refere a OE (2001).

1.1.2.1 - A visita domiciliária no puerpério

“A visita domiciliária pode ser definida como uma atividade fundamental das equipas em cuidados de saúde primários e uma das diferentes estratégias de intervenção na prestação de cuidados” (Resende, 2006 p.1). Lacerda (2010) considera-a como uma oportunidade para o incentivo à autonomia do indivíduo e da família, em que a enfermeira vivencia com estes “situações de saúde-doença em seu *locus* de habitação, de relações e de significado de vida” (p.2622). Nogueira e Fonseca (1997) referem ainda a maior facilidade em o enfermeiro planear as ações de enfermagem, conhecendo as condições observadas no domicílio, a maior disponibilidade temporal em relação aos serviços de saúde e a possibilidade de um melhor relacionamento entre o profissional de saúde e o grupo família.

A VD é entendida por Mattos (1995) como um conjunto de ações de saúde voltadas para o atendimento, tanto educativo como assistencial, sendo um método de trabalho que tem como objetivo principal levar a assistência e orientação sobre saúde ao indivíduo, ao seu domicílio.

O Ministério da Saúde refere que a VD,

(...) tem como objectivo a prestação de Cuidados de Enfermagem, efectuada no ambiente familiar, permitindo o contacto com os indivíduos e família, no seu próprio ambiente, de modo a observar os factores inerentes à promoção da saúde e prevenção da doença, proporcionando, se necessário, uma continuidade de cuidados, fazendo apelo às capacidades dos utentes, às relações interpessoais e aos recursos da comunidade. (Ministério da Saúde, 1998, p.6)

Os cuidados de enfermagem no domicílio, tal como os cuidados de enfermagem prestados a nível institucional, só serão eficazes se integrados numa equipa multidisciplinar de profissionais de saúde a trabalhar para um mesmo objetivo. O enfermeiro deve atuar, responsabilmente, na sua área de competência, reconhecendo a especificidade das outras profissões de saúde e respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma (OE, 2003a).

na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de Enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade). Após efectuada a correcta identificação da problemática do cliente, as intervenções de Enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados. (OE, 2003a, p.6)

Planear a VD no puerpério implica um levantamento de dados constantes na notícia de nascimento, a sua calendarização após contacto com a puérpera e a preparação dos recursos materiais necessários para avaliar e gerir a continuidade de cuidados à puérpera/RN/família. Está implícita a existência de um registo normalizado, onde se irão documentar os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, além de dados relativos à caracterização da puérpera, agregado familiar e habitação, assim como os contactos telefónicos inter-visitas.

A avaliação inicial, realizada no início da VD, tal como refere Rodrigues (1998), serve para documentar a planificação dos cuidados do enfermeiro, enriquecendo, fundamentando, justificando e sustentando as intervenções de enfermagem e o estabelecimento de prioridades, sendo que, para a efetuar, o enfermeiro terá que realizar não só uma avaliação da pessoa, mas também uma pesquisa de todos os recursos ao seu dispor, incluindo a família.

No final da VD, deverá ser feito um reforço do plano de ensino, fornecendo as informações mais importantes, por escrito, à puérpera/ família, a calendarização da próxima VD (caso seja essa a situação) e um contacto telefónico, ao qual a mulher poderá recorrer em situação de necessidade. Rice (2004, p.413) refere a “disponibilidade de uma linha telefónica 24 horas por dia”, como um serviço a ser incluído no programa de cuidados domiciliários no pós-parto.

Um estudo efetuado por Osman, Chaaya, El Zein, Naassan e Wick (2010) veio mostrar, quanto são utilizados os contactos telefónicos no apoio imediato a fornecer às novas mães. O fácil acesso característico do uso do telefone torna-o numa ferramenta essencial na informação, aconselhamento e apoio às mulheres e família, complementando as consultas programadas. Lowdermilk e Perry (2008) salientam a importância de haver alguém com experiência do outro lado da linha, apto para esclarecer e ajudar as famílias quando necessitam de ajuda. Além do referido, Loveland-Cherry (1999) salienta ainda a orientação, pelo profissional de saúde, da pessoa necessitada de ajuda para outros recursos, quando não é possível solucionar os problemas pelo contacto móvel.

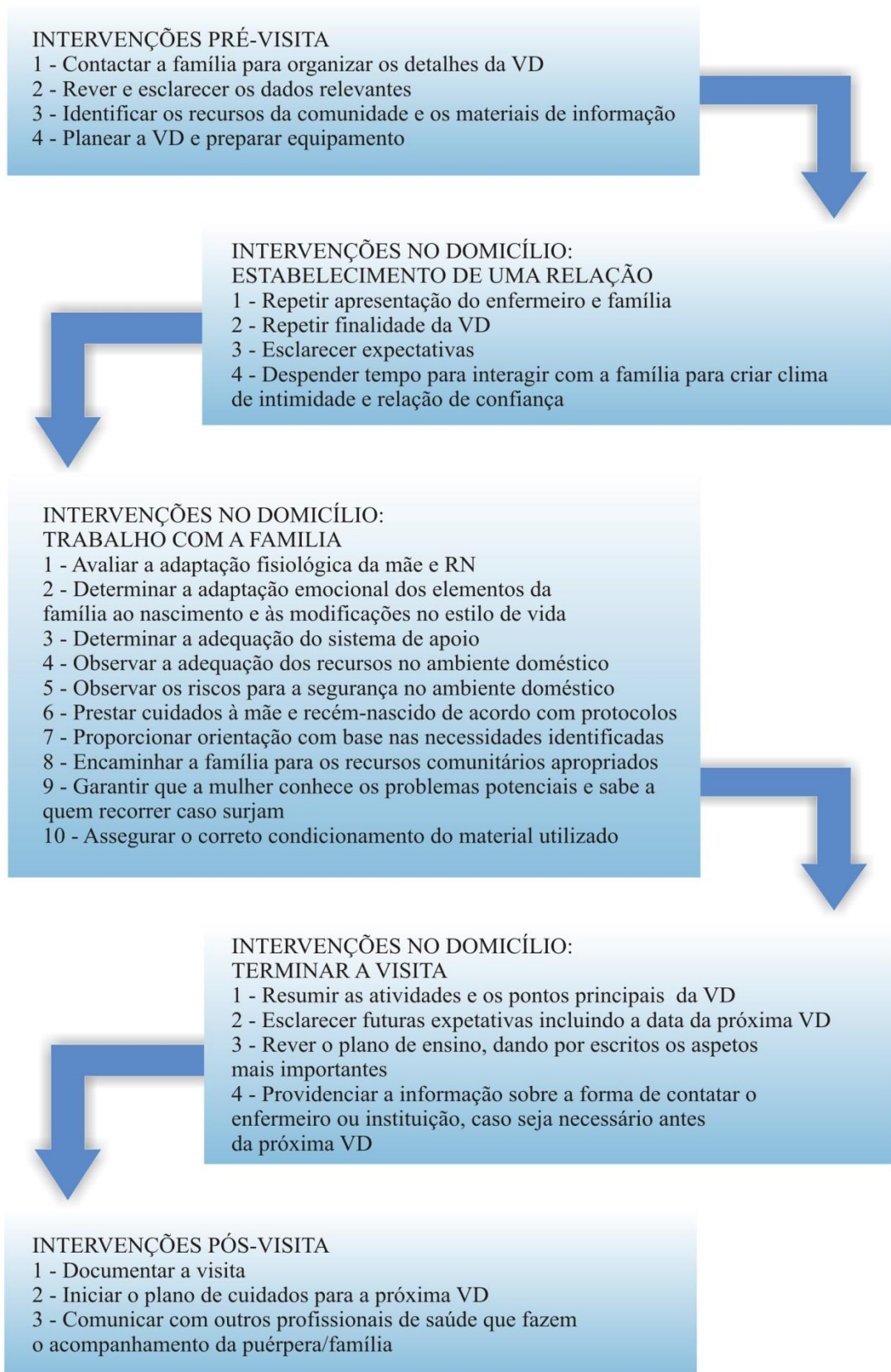
O enfermeiro, ao efetuar a VD, vai-se imiscuir num ambiente no qual ele é um convidado, um estranho. A relação que se vai estabelecer deverá ser pautada na ética e respeito pela puérpera/família, que poderão evidenciar crenças e valores relacionados com o processo saúde-doença diferentes dos do profissional de saúde.

“A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades” (OE, 2001, p.10). Para que esta parceria se torne eficaz, tendo também em conta o contexto domiciliário em que se desenvolve, é essencial o enfermeiro possuir determinadas competências e habilidades: capacidade de escuta e observação, sinceridade, clarificação e precisão, congruência, compreensão das questões culturais e fazer-se presente por meio do silêncio (Souza, Pereira & Kantorski, 2003). Com o fim de compreender os sentimentos, atitudes e tendências do cliente, sem que haja lugar a análise ou julgamento, a empatia é o fator mais referenciado na relação terapêutica (Chalifour, 2008; Lazure, 1994; Rogers, 2009; Souza et al., 2003). Souza, Pereira e Kantorski (2003) referem ainda fatores externos ao profissional de saúde, que poderão influenciar esta relação/escuta terapêutica - reservar tempo suficiente, manter a privacidade sem interrupções e a preparação do ambiente.

Lowdermilk e Perry (2008) propõem um protocolo de atuação do enfermeiro para a realização da VD à puérpera. De entre as intervenções que as autoras propõem, realçamos “o trabalho com a família”, onde o enfermeiro faz a avaliação física da mulher e criança; avalia a adaptação individual de cada membro da família ao RN e alterações no estilo de vida; determina os sistemas de suporte em relação à ajuda nas lides domésticas, nos cuidados à criança, no apoio físico e emocional da puérpera; observa o ambiente e a adequação dos recursos; analisa o estado da casa e existência de perigos potenciais; presta cuidados à mãe e RN, conforme a avaliação inicial; realiza ensinamentos, de acordo com as necessidades identificadas; refere à família os recursos comunitários existentes; assegura que a puérpera saiba reconhecer problemas potenciais e saiba com quem contactar.

Na figura 1 apresentamos uma adaptação do protocolo proposto por Lowdermilk e Perry (2008), para “visitas domiciliárias perinatais” com o qual nos identificamos, e que também esteve por base no modelo de intervenção que desenvolvemos para a realização deste estudo.

Figura 1 - Protocolo para visitas domiciliárias perinatais



Fonte: Adaptado de Lowdermilk e Perry em “Enfermagem na Maternidade” (2008, p.58).

Afonso (1988) refere alguns princípios fundamentais que o enfermeiro deverá ter em conta, nomeadamente em relação ao apoio, que não se deve só limitar à mulher, mas dirigir-se também à família, pelo suporte que esta pode proporcionar à puérpera. Estando de acordo com a mesma autora, poderemos agrupar em quatro grupos as ações que o profissional de enfermagem deverá desenvolver e adaptar, de modo a assegurar que as necessidades individuais de cada mulher sejam satisfeitas: no primeiro grupo, engloba-se a explicação ou validação dos conhecimentos da puérpera, relativamente às alterações físicas relacionadas com a involução puerperal e amamentação. No segundo grupo, com o objetivo de “ajudar a mulher a desenvolver capacidades para cuidar do filho, sem “medos” sentindo-se mais segura no seu papel de mãe e aumentando assim a sua autoestima” (Afonso 1988, p.68), surgem as atividades relacionadas com a criança - informações e esclarecimentos sobre as competências sensoriais, características físicas e comportamentais do RN e sua evolução ao longo do crescimento/desenvolvimento. No terceiro grupo, apresentam-se as intervenções relacionadas com o objetivo de “prevenir ou identificar, tão cedo quanto possível, problemas psicológicos na mulher” (Afonso 1988, p.68). Para isso, é importante que o enfermeiro esteja atento à interação da puérpera/filho/família. Deverá ter conhecimentos das alterações emocionais que poderão ocorrer no pós-parto, identificando a principal sintomatologia que possa indiciar BPP, com esclarecimentos adequados à situação e sugerindo estratégias, para a mulher poder lidar melhor com um situação tão frequente no puerpério.

sensibilizar a mulher para as suas necessidades de repouso e de sono, para a importância de retomar as atividades diárias habituais, de forma gradual e para as vantagens do apoio de alguém, durante o período inicial do pós-parto, para a ajudar a aprender as suas novas funções de mãe, e para lhe dar apoio nalgumas actividades do dia a dia permitindo-lhe um maior descanso neste período; sensibilizá-la também para a importância de gerir a satisfação das suas necessidades com os ritmos do filho e com o apoio que o cônjuge, outros familiares ou os amigos lhe possam dar. (Afonso,1988, p.69)

É importante que o enfermeiro, após identificação de qualquer risco da puérpera estar ou poder vir a desenvolver psicose ou DPP por agravamento ou não de BPP, a encaminhe para técnicos de saúde com formação específica na área da psicologia e/ou psiquiatria. No último grupo de intervenções de enfermagem, encontram-se aquelas que têm como objetivo, “prevenir situações de desajuste pessoal, conjugal e familiar durante o puerpério” (Afonso 1988, p.69). O saber ouvir é essencial para que a puérpera /casal /família consigam exprimir os seus medos, as suas dúvidas e as suas alegrias, relativamente às novas relações e aos novos

papéis que surgem com o nascimento de uma criança. Só conhecendo estes aspetos, o enfermeiro poderá ajudar os implicados no processo a viverem uma transição saudável, chegando ao equilíbrio desejável com o mínimo de desajustes.

durante a visitação domiciliária o enfermeiro conduz uma avaliação sistemática da mãe e do RN para determinar a adaptação fisiológica, identificar quaisquer complicações existentes e responder a perguntas que a mãe ou a família têm sobre o RN ou os cuidados ao mesmo. (...) A avaliação incide na adaptação emocional da mãe e no seu conhecimento sobre o auto - cuidado e os cuidados à criança. (Lowdermilk & Perry, 2008, p.515)

A VD no puerpério surge, assim, como um instrumento, por excelência, onde poderemos identificar áreas de atenção relevantes e muito sensíveis (foco de enfermagem) à intervenção do enfermeiro, tais como: parentalidade, autocuidado, desenvolvimento infantil, processo familiar e entidade ambiental. Recorrendo essencialmente à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (ICN, 2011), explicitamos os conceitos:

- **parentalidade** está descrita como:

acção de tomar conta com as características específicas: Assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um RN na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados. (ICN, 2011 p.66)

Para Lowdermilk e Perry (2008) a parentalidade constitui um processo iniciado na gestação, de aquisição e de transição de papel, terminando quando os pais desenvolvem a sensação de conforto e confiança no desempenho do papel parental.

- **autocuidado** define-se como “actividade executada pelo próprio, com características específicas: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades de vida diária” (ICN, 2011, p.41). Esta definição vem de encontro ao que já na década de 60 do século passado, Orem conceptualizou na Teoria de Enfermagem do Défice Autocuidado. Para Orem o autocuidado é

uma função humana reguladora que os indivíduos têm de desempenhar por si próprios, ou que alguém a executa por eles, para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar. É aprendido e executado deliberada e continuamente de acordo com as necessidades dos indivíduos. Estas condições

estão associadas ao estágio de crescimento e desenvolvimento, estados de saúde, características específicas de saúde, com a cultura e com fatores ambientais. (p.25)

- **desenvolvimento infantil** refere-se ao “crescimento e desenvolvimento físico, mental e social progressivo, desde o nascimento e durante toda a infância” (ICN, 2011 p.48). Inclui o desenvolvimento psicomotor com as competências sensoriais (como a visão, audição, olfato, paladar e tato), e as competências comportamentais (ciclos de sono, de vigília, choro, sorriso e a habituação) da criança.

- **processo familiar** diz respeito às “interações positivas ou negativas, que se vão desenvolvendo, e padrões de relacionamento entre os membros da família” (ICN, 2011 p.70). As relações que se estabelecem entre os membros de família poderão ser facilitadoras ou inibidoras dos processos de transição que todos estão a vivenciar (e especialmente a puérpera) com o nascimento de uma criança. Famílias disfuncionais, comprometerão o sucesso que se espera que venha a acontecer, da transição para a parentalidade e da forma como a mulher lida com as alterações associadas ao puerpério (desenvolvidas no capítulo seguinte).

- **entidade ambiental** é o “conjunto de entidades físicas, químicas, bióticas, sociais e culturais, que influenciam a vida de um indivíduo ou comunidade ”(ICN, 2011 p.52). Podemos afirmar que é todo contexto físico, social e cultural envolvente da puérpera.

Face ao exposto, podemos considerar como objetivos da VD no puerpério:

- **assegurar a continuidade de cuidados** - a primeira VD deverá acontecer o mais precocemente possível após a alta clínica da maternidade. As seguintes VDs articulam-se com os cuidados prestados a nível do centro de saúde e vice-versa - os cuidados no centro de saúde articulam-se com o que é desenvolvido no domicílio. A intervenção de outros elementos da equipa de saúde (psicólogo, nutricionista, assistente social,...), na resposta às necessidades da puérpera/família detetadas no domicílio, acontecerá no centro de saúde ou diretamente no local de residência da mulher;

- **promover a parentalidade** - implica instruir a puérpera de modo a que adquira conhecimentos e habilidades que lhe permitam o desenvolvimento de papel parental adequado;

- **promover o autocuidado** - dotar a puérpera de conhecimentos e habilidades que lhe permitam a adoção de comportamentos que promovam a sua saúde e bem-estar;

- **promover a autonomia da puérpera** - instruir a puérpera de modo a que se sinta segura nos cuidados que presta ao filho e no autocuidado;

- **incentivar a amamentação** - ensinar sobre as vantagens do aleitamento materno. Esclarecer dúvidas relativas ao processo de lactação, aos sinais de uma boa pega e à prevenção de complicações nas mamas, de modo a que a criança seja alimentada com leite materno o máximo de tempo possível;

- **prevenir complicações na puérpera** - com a entrevista e observação, o enfermeiro deve averiguar na puérpera, a existência de possíveis complicações tanto a nível físico (infecção puerperal, mastite, fadiga, perturbações do sono,...), como psicológico (sintomatologia depressiva, ansiedade,...);

- **prevenir complicações no RN** - pela entrevista à puérpera e observação do RN, o enfermeiro deve averiguar a existência de alterações físicas e/ou de comportamento que possam significar comprometimento do desenvolvimento infantil;

- **prevenir crise familiar** - também através da entrevista à puérpera/família e observação das relações que se estabelecem entre os seus membros, o enfermeiro deve averiguar a existência de possíveis interações negativas;

- **avaliar entidade ambiental** - Com a entrevista e observação, o enfermeiro avalia as condições de higiene, conforto e segurança da habitação, assim como o espaço envolvente da mesma. Avalia igualmente os recursos em saúde na comunidade, e os recursos na família em matéria de ajuda à puérpera;

- **determinar a necessidade de encaminhamento para outro prestador de cuidados de saúde, além do enfermeiro da VD** - O enfermeiro deverá estar desperto para esta necessidade, a partir do momento em que a assistência à puérpera/RN/família implique ações que ultrapassem as suas competências.

1.2 - A TRANSIÇÃO PARA O SER PUÉRPERA E MÃE

Ao longo do ciclo vital, existem momentos que, pelas suas características, exigem respostas e atitudes para que a pessoa possa ultrapassar a instabilidade e, assim, alcance o equilíbrio perdido. É consensual entre os estudiosos que a gravidez e o nascimento (principalmente se for o nascimento de um primeiro filho) fazem parte desses momentos, implicando mudanças, que levam as mulheres a tornarem-se mães e os homens pais.

Este processo constitui-se como um risco, mas também como uma oportunidade, já que implica um conjunto de mudanças biológicas, psicológicas e interpessoais com a reorganização a nível individual, familiar e social, representando um desafio à capacidade de adaptação de uma mulher/casal, num período em que se encontra(m) mais vulnerável(eis). Tal como referem Canavarro e Pereira (2001), gravidez e maternidade, do ponto de vista psicológico, constituem processos dinâmicos de construção e desenvolvimento, onde para além de períodos de desequilíbrio e adaptação, coexistem também períodos de reorganização, crescimento e enriquecimento pessoais.

O modo como a puérpera se vai adaptar (entendendo-a sempre inserida num ambiente familiar) dependerá, do modo como vai viver a transição para a nova realidade pós-nascimento.

Parece-nos, assim, perante o que foi descrito, que o fenómeno em estudo poderá ser sustentado na Teoria das Transições desenvolvida por Meleis. Esta teoria de médio alcance propõe como foco central da prática as pessoas e famílias que, num determinado contexto sociocultural, vivem um processo de transição. De acordo com Meleis (2005), ao permitir uma visão mais aprofundada sobre as transições que as pessoas vivenciam, torna-se possível identificar os níveis e a natureza das suas vulnerabilidades, tornando possível a criação de linhas orientadoras mais específicas para a prática, orientando para questões de investigação mais sistemáticas e coerentes. Transição significa,

uma passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro(...). A transição refere-se tanto ao processo como aos resultados de interações complexas entre a pessoa e o ambiente. Pode envolver mais do que uma pessoa e assenta no contexto e na situação. (Meleis & Trangenstein, 1994, p.256)

Ao poderem ocorrer transições em simultâneo no mesmo indivíduo e/ou família, os enfermeiros não podem focar a sua atenção, especificamente, apenas numa transição, mas em todas as que forem significativas para a pessoa (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000).

Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher (2000) definiram três domínios, todos eles interligados, e sobre os quais são orientadas as **terapêuticas** de enfermagem: **a natureza** das transições (tipo, padrões e propriedades da transição); as **condições das transições facilitadoras e inibidoras do processo** (pessoais, da comunidade e da sociedade); os **padrões de resposta** (indicadores de processo e indicadores de resultado).

Quanto à **natureza**, são considerados quatro *tipos* de transições relevantes para a profissão: desenvolvimentais - associadas a mudanças relacionadas com o ciclo vital; saúde/doença - resultam de mudanças repentinas ou graduais de bem-estar para um estado de doença; situacionais - relacionadas com acontecimentos que implicam alterações de papéis (Chick & Meleis, 1986) e organizacionais - aquelas que surgem por mudanças sociais, políticas e económicas na estrutura ou dinâmica intra-organizacional, que vão implicar transições a nível do ambiente (Schumacher & Meleis, 1994).

Os diferentes tipos de transição podem ter como *padrão* a ocorrência de uma forma única ou múltipla, podendo estas serem sequenciais ou simultâneas, relacionadas ou não entre si (Meleis, 2005). Normalmente, um indivíduo vivencia mais que uma única mudança, já que uma transição implica reajustes que conduzem a outras transições.

Relativamente ao trabalho que desenvolvemos, podemos configurar mais do que uma transição desenvolvimental que acontecem em simultâneo e estão relacionadas entre si:

- a transição para a parentalidade (Meleis et al., 2000; Mercer, 2004; Schumacher & Meleis, 1994), em que a família se move da função conjugal para a parental (Relvas, 2004). Para Lowdermilk e Perry (2008), esta transição compreende duas componentes: o processo de aprendizagem das atividades de cuidado ao RN, através da aquisição e domínio de conhecimentos e habilidades; a tomada de consciência e a preocupação com as necessidades e desejos da criança;

- a transição que a mulher vive com as alterações associadas ao período puerperal após ter vivenciado o período gravídico.

Meleis et al. (2000) referem cinco atributos como *propriedades* das transições - **consciencialização, envolvimento, mudanças e diferença, espaço temporal da transição, acontecimentos e pontos críticos.**

O nascimento de uma criança implica uma reestruturação não só individual, mas do contexto familiar que rodeia a puérpera. É desejável que, ao longo do tempo que dura a gravidez, a futura mãe/família se prepare para a chegada do novo membro. A aquisição de conhecimentos e habilidades são essenciais, não só para o cuidado a prestar à criança, mas também para o entendimento das alterações físicas, psicológicas e sociais que vão afetar a mulher e, assim, contribuir para a **consciencialização** da mulher em relação à mudança que está a vivenciar. Tomar consciência destas alterações, nomeadamente das alterações psicológicas, permite que ao acontecerem, a mulher ative mecanismos pessoais para as ultrapassar, procurando, se necessário, outros recursos, e assim não experienciar outro tipo de transição - saúde/doença.

Para Meleis et al. (2000, p.18), a consciencialização é uma propriedade da transição e relaciona-se com a “perceção, o conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição.”

O nível de consciencialização influencia o nível de **envolvimento** (outra propriedade que cada pessoa demonstra no processo de transição). Na ausência de consciencialização, pode não acontecer o envolvimento. A procura de informação e a modificação pro ativa das atividades da pessoa envolvida no processo (Meleis, 2005) são fatores que permitem avaliar o grau de envolvimento nos processos de transição. A busca de informação, junto de fontes credíveis, que permitam à mulher o melhor conhecimento do período puerperal, traduz o seu envolvimento nos processos de transição, permitindo-lhe lidar melhor com os aspetos relacionados com a parentalidade e com as alterações físicas e psicológicas que acontecem.

A **mudança e a diferença** surgem como outra propriedade universal das transições. O nascimento de uma criança implica mudanças em toda a estrutura familiar, com alterações de papéis, novas rotinas e novas dinâmicas relacionais. A puérpera torna-se mãe num corpo onde ainda se poderá sentir diferente, pelas profundas mudanças que estão a acontecer. Toda esta mudança e diferença fazem parte das transições, mas como refere Meleis (2005), uma não é sinónima da outra, pois todas as transições envolvem mudança, mas, nem toda a mudança está relacionada com transições.

Perante uma mesma situação, o modo como cada pessoa vive uma transição é única, influenciando assim a sua **duração**. Ao vivenciar as transições no puerpério, a mulher passa por processos de mudança e estabilidade - instabilidade - estabilidade, como um fenómeno interligado ao movimento e fluxo, caracterizado pela entrada, passagem e saída (Chick & Meleis, 1986; Murphy, 1990).

É difícil identificar um ponto final das transições ligadas ao puerpério. Não podemos afirmar qual o momento, em que terminaram. A distância entre o princípio e o fim pode ser curta ou longa, podendo não ter as mesmas características (Meleis, 2010), dependendo não só da natureza das transições e o modo como a mulher convive com as suas características, mas também pelas condições facilitadoras do processo de transição, em que o profissional de enfermagem tem um papel de realce.

Os **acontecimentos e pontos críticos** no processo da transição no período puerperal associam-se, muitas vezes, tal como referem Schumacher e Meleis (1994), a uma crescente consciência de mudança ou diferença. É, no entanto, o nascimento da criança o ponto crítico que vai despoletar a maioria das mudanças.

As **condições facilitadoras e inibidoras dos processos de transição** poderão ser pessoais, da comunidade e da sociedade. Como condições pessoais Meleis et al. (2000) referem-se ao significado que a pessoa em mudança atribui ao evento, e ainda crenças e atitudes, estatuto socioeconómico, preparação e conhecimento, sobre o processo de transição.

No período puerperal, as crenças e atitudes enraizadas na cultura onde a mulher se insere, e que tentam explicar, nem sempre do melhor modo, as alterações físicas e principalmente emocionais que acontecem, poderão influenciar o modo como se processa a transição. A preparação e o conhecimento adquirido por fontes fidedignas (nomeadamente aulas de preparação para o parto, consulta de saúde materna e VD) poderão contribuir, não só para o entendimento das alterações, mas também ajudam a mulher a melhor lidar com elas. O estatuto socioeconómico, por si só ou como mediador na procura de outros recursos, poderá ser também uma condição facilitadora do processo.

Na transição para a parentalidade, Canavarro e Pereira (2001) e Mercer (2004) acrescentam como variáveis maternas: autoestima, ansiedade, depressão, satisfação, a ligação, tensão do papel, personalidade, autoconceito, atitude face à infância, estatuto de saúde, perceção acerca da criança e o *stress*. Canavarro e Pereira (2001) e Mercer (2004) referem

algumas variáveis relativas à criança (como o temperamento, a aparência e a situação de saúde) e ao funcionamento familiar, nomeadamente a relação mãe/pai como condições que facilitam, ou não, a referida transição.

A comunidade e a sociedade surgem também como condições facilitadoras ou inibidoras da transição. Integram-se nestas condições, o apoio da referida comunidade, da família, de pessoas significativas para o indivíduo em transição e as fontes de informação (Meleis et al., 2000). A disponibilidade de recursos existentes na comunidade em matéria de saúde e o acesso a esses mesmos recursos facilitam as transições do período puerperal. A equipa de saúde, especialmente o enfermeiro de cuidados de saúde primários, pela relação de proximidade que deverá ter com a mulher entretanto já mãe e puérpera, poderá tornar-se no principal facilitador da transição e, principalmente, pela realização de VDs.

Ainda nos recursos sociais, poderemos considerar como facilitadores do processo de transição o apoio da família e amigos com a partilha de experiências e de conhecimentos e os grupos organizados, que vivenciam ou vivenciaram situações idênticas (“cantinhos da amamentação”; classes para recuperação pós-parto; grupos de apoio organizados para apoiar as puérperas,...).

Ao longo do tempo em que vai decorrendo a transição, torna-se essencial avaliar o modo como a pessoa lida com o processo. Meleis et al. (2000) denominam as respostas, durante e depois do processo de transição como indicadores de processo e resultados. São **indicadores de processo**, segundo os mesmos autores - sentir-se ligado, interagir, localizar-se e estar situado, desenvolver confiança e adaptar-se. **Sentir-se ligado** implica uma interação responsável do indivíduo com a mudança e com os participantes envolvidos também no processo - a puérpera não só se sente ligada com a mudança que está a acontecer consigo mesma, mas também com os outros que a partilham, como o filho e o companheiro. A **interação** possibilita que os comportamentos sejam adequados às transições, permitindo, assim, a evolução do processo. Perante as necessidades do seu filho e perante as modificações por que está a passar (por exemplo, aumento do peso corporal, alteração do padrão de sono, BPP,...), a puérpera vai adequar as suas atitudes, de modo a que o processo de transição continue a evoluir, aproximando-se cada vez mais do final. **Localizar-se e estar situado** implica a criação de novos significados e perceções - com a vivência do período puerperal, a mulher percebe e dá significados diferentes a situações que, possivelmente, já

experienciou, mas que agora possuem um novo significado (a importância de uma alimentação equilibrada, a importância da vigilância do peso,...). **Desenvolver confiança e adaptar-se** manifesta-se pela utilização de recursos e desenvolvimento de estratégias a que a pessoa em transição, ou seja, neste contexto, a puérpera, recorre, de modo a responder às mudanças que estão a acontecer. Essas estratégias demonstram um conhecimento cumulativo da situação, maior adaptabilidade aos eventos críticos e uma sabedoria resultante da experiência.

Pelos indicadores de processo, é possível verificar qual a tendência da transição, permitindo, assim, identificar se a puérpera se encontra na direção da saúde e do máximo bem-estar, ou em direção à situação de risco de doença ou mesmo doença, como seja a DPP.

Os **indicadores de resultado** resumem-se à mestria, capacidade e independência que a pessoa em transição deverá apresentar, de modo a que se possa dizer que a transição foi bem sucedida (Meleis et al., 2000). O bem-estar subjetivo, a mestria no desempenho de um papel e o bem-estar nas relações são indicadores deste sucesso (Meleis & Schumacher, 1994). Poderemos considerar as transições associadas ao puerpério como bem-sucedidas quando a puérpera demonstra conhecimentos e capacidades em cuidar do seu filho, é capaz de manter uma relação saudável com os que lhe são próximos e, finalmente, é capaz de manter uma boa relação consigo mesma, compreendendo as transformações físicas e psicológicas. Todos estes aspetos contribuem para uma reformulação da identidade da mulher, onde a “confiança no desempenho do novo papel” e o “domínio de novas competências” (Meleis et al., 2000) são indicadores positivos do modo como a mulher vive o processo de transição.

As **terapêuticas de enfermagem** são definidas por Meleis (2007) como todas as ações implementadas intencionalmente para cuidar dos clientes. Podem ser entendidas como uma ação interventiva continuada ao longo do processo de transição, em que o enfermeiro identifica a melhor ação para a manutenção e promoção da saúde (Chick e Meleis, 1986).

Abreu (2011, p.31) revela que as intervenções, “incluem actividades que se encontram num *continuum*, dependendo das capacidades e competências do utente.”

As transições vividas pela mulher no puerpério só serão bem-sucedidas quando a puérpera referir um completo bem-estar. Os enfermeiros poderão ser os profissionais que melhor podem desempenhar o papel de “facilitadores do processo de transição”. Ao efetivar a VD, são satisfeitas as necessidades de conhecimento e habilidades que a puérpera poderá

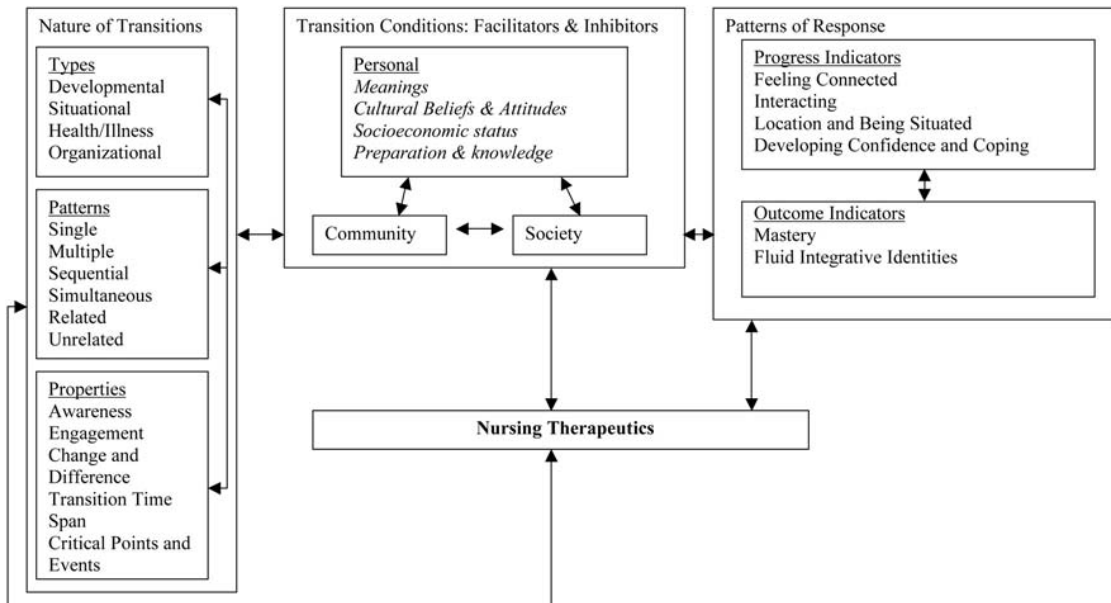
apresentar em relação ao papel parental e em relação a si mesma, nomeadamente as alterações psicológicas; são satisfeitas também as necessidades de conhecimento e habilidades da “família puerperal” que rodeia a nova mãe, para assim também eles terem as suas transições bem-sucedidas e se tornarem, igualmente, facilitadores do processo das transições que a mulher vive ao longo do puerpério.

Cruz e Bourget (2010), Lacerda (2010), Mandú, Gaiva, Silva e Silva (2008) e Pinto (2008), dizem que a VD deve ocorrer o mais precocemente possível nas alturas de maior mudança e adaptação a novos papéis familiares, de modo a dotar as famílias de instrumentos que as façam ultrapassar, de forma saudável, essas crises. Também Meleis et al. (2000) referem que os enfermeiros podem influenciar os processos de transição, se a sua intervenção for centralizada na pessoa e nas suas reais necessidades. Onde a puérpera mostra as suas reais necessidades é no seu contexto domiciliar. Poderá referi-las nas consultas efetuadas em ambiente institucional, mas as intervenções do enfermeiro poderão não ser as mais adequadas, já que, depois, o ambiente domiciliar poderá não promover os resultados que se pretendem com o plano assistencial.

O cuidado, em contexto domiciliário, no período puerperal, surge, assim, como um cuidado voltado para uma maior sensibilização, consciencialização e humanização (Zagonel, 1999), com vista a um maior equilíbrio e estabilidade da puérpera e também da sua família (Meleis, 2012).

Apresentamos na figura 2 o modelo explicativo da Teoria de Médio Alcance - Teoria das Transições de Meleis, que serviu de suporte à reflexão que desenvolvemos e que esteve na base do desenvolvimento deste trabalho.

Figura 2 - Modelo explicativo da Teoria de Médio Alcance - Teoria das Transições



Fonte: Meleis, Sawyer, Eun-Ok, Messias e Schumacher (2010, p.56).

1.3 - JUSTIFICAÇÃO PARA O ESTUDO

A VD no puerpério, apesar das indicações para que seja realizada, ainda não é uma realidade que esteja presente em todo o país. Dependerá muito, com certeza, das políticas de saúde de cada região, mas também, possivelmente, da pouca valorização que ainda é atribuída ao período do puerpério. Quando o número de enfermeiros e, especificamente, enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica é cada vez maior, quando a taxa de natalidade tem vindo a decrescer de uma forma abrupta, seria compreensível que esta atividade se tornasse mais evidente. As referências existentes à realização de VDs no puerpério, que normalmente surgem nos planos /relatórios das unidades de saúde, têm a ver, exclusivamente, com o número de visitas realizadas num determinado período. Em Portugal, são escassos os estudos publicados, que deem a conhecer o contributo que advém da intervenção do enfermeiro no domicílio, ao longo do puerpério, e que se podem traduzir por ganhos em saúde para a puérpera, RN e família.

Conforme constatamos na revisão de literatura, não foi possível referenciar nenhum estudo português que relacionasse a VD e as perturbações emocionais que poderão acontecer

no puerpério. Mesmo a nível internacional, também são escassos estes estudos.

A OMS (2001) considera a depressão como a quinta causa de morbilidade entre todas as doenças no mundo. A manterem-se as tendências atuais, da transição demográfica e epidemiológica, passará a ocupar, em 2020, o segundo lugar nesta lista. Na faixa etária dos 15 aos 44 anos, período que engloba os anos de fecundidade da mulher, a depressão configura-se como a segunda causa de morbilidade com uma prevalência pontual de 3,2% nas mulheres, contra 1,9% nos homens (OMS, 2001).

A DPP poderá afetar até 20% das mulheres que vivenciam a maternidade, com todas as consequências daí decorrentes, não só para a puérpera, mas também para toda a “família puerperal”. Ao realizar a VD, o enfermeiro, pelas suas competências, em particular as relacionais, poderá prevenir ou mesmo despistar situações, que vão além da sintomatologia do BPP. Alguns estudiosos como Vitolo, Benetti, Bortolini, Graeff, e Dranchler (2007) referem que na maioria dos casos, a DPP não é detetada e permanece sem tratamento. Já em 1984, num estudo realizado por Kumar e Robson, verificou-se que menos de metade das mães deprimidas após o parto contactou o seu médico de família ou serviços especializados.

Compreendemos que é essencial a realização e publicação de estudos numa área ainda tão pouco explorada, como é a dos ganhos em saúde que poderão advir da intervenção do enfermeiro no domicílio ao longo do puerpério. Ganhos não só em relação aos aspetos físicos da mãe e criança, mas também em relação aos aspetos emocionais a que a puérpera está sujeita numa fase única da sua vida, como é o nascimento do primeiro filho. Por outro lado, também a partir destes estudos, se poderão adequar melhor os recursos e os processos para uma intervenção mais eficaz, com maior e melhor saúde para todos, pois como refere Fortin (1999), a investigação desempenha um papel importante no estabelecimento de uma base científica para guiar a prática de cuidados. O conhecimento adquirido pela investigação em enfermagem é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde (OE, 2006).

1.4 - FINALIDADE E OBJECTIVOS DO ESTUDO

Esta investigação tem por finalidade, delinear um programa de intervenção de visitas domiciliárias no puerpério que contribua para o bem-estar emocional da puérpera.

Apresentamos como **objetivos:**

1 - Determinar a incidência de puérperas que apresentam BPP entre o 5º e o 10º dia pós-parto;

2 - Avaliar a influência da intervenção do enfermeiro na incidência de BPP nas puérperas, entre o 5º e o 10º dia pós-parto;

3 - Analisar a relação entre as variáveis intervenientes no estudo e o BPP;

4 - Determinar a incidência/prevalência de puérperas com “risco elevado” de DPP entre as 6 e as 9 semanas pós-parto;

5 - Avaliar a influência da intervenção do enfermeiro na incidência/prevalência de puérperas com “risco elevado” de DPP, entre as 6 e as 9 semanas pós-parto;

6 - Analisar a relação entre as variáveis intervenientes no estudo e o “risco elevado” de DPP;

7 - Avaliar a influência da intervenção do enfermeiro, na promoção da saúde da díade mãe/filho.

1.5 - VISÃO GERAL DA TESE

O trabalho está estruturado em seis capítulos, incluindo este capítulo introdutório.

Apresentamos de seguida, no segundo capítulo, a revisão de literatura onde expomos e comparamos dois estudos sobre a intervenção do enfermeiro na prevenção das alterações psicoemocionais no puerpério.

O terceiro capítulo reporta-se ao material e métodos para o desenvolvimento da investigação. Mostramos o desenho da investigação e explicitamos, de seguida, o programa de intervenção desenvolvido com o grupo de intervenção e as considerações sobre o rigor do estudo e éticas. Terminamos este capítulo com a clarificação dos procedimentos adotados para análise dos dados.

No capítulo quarto, apresentamos os resultados e respetiva análise.

A discussão dos resultados surge no capítulo cinco.

Finalizamos com as conclusões mais relevantes do trabalho desenvolvido, as recomendações para a investigação e implicações para a prática clínica no capítulo seis.

CAPÍTULO 2 - REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura que apresentamos tem como principais objetivos descrever e comparar estudos empíricos sobre a eficácia da intervenção do enfermeiro, junto da puérpera, no domicílio, durante o primeiro mês pós-parto, na prevenção das perturbações emocionais, contribuindo, assim, para gerar conhecimento para um melhor apoio à puérpera, por parte do enfermeiro, melhorando as suas práticas em contexto de VD.

Os objetivos referidos deverão dar resposta à questão de investigação que norteia todo este trabalho - Qual a eficácia da intervenção do enfermeiro junto da puérpera no domicílio, na prevenção das perturbações emocionais, no primeiro mês pós-parto?

2.1 - A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DAS PERTURBAÇÕES EMOCIONAIS, NO PRIMEIRO MÊS PÓS-PARTO

Explicitamos, de seguida, o processo que desenvolvemos para a realização desta revisão de literatura:

Métodos de pesquisa e procedimentos

A estratégia seguida para a seleção dos estudos foi a do método **PICOD** (Ramalho 2005), com os seguintes critérios de inclusão:

P – Participantes - puérperas e enfermeiros- foi considerado todo o tipo de puérperas, desde que tenham participado na investigação durante o primeiro mês pós-parto. Em relação aos enfermeiros, foram consideradas todas as categorias e não só enfermeiros especialistas nas áreas de obstetrícia, pediatria ou comunidade;

I – Intervenções - intervenção do enfermeiro no domicílio junto da puérpera durante o primeiro mês pós-parto, mesmo que essa intervenção se tenha prolongado para além do primeiro mês de puerpério;

C – Comparações - entre grupo experimental/grupo intervenção e grupo controlo de puérperas que tiveram ou não a intervenção do enfermeiro no domicílio;

O – *Outcomes* - resultados que refiram dados da intervenção do enfermeiro sobre as perturbações psicoemocionais na puérpera;

D - Desenho do estudo - estudos de abordagem quantitativa (experimentais; quase experimentais; prospectivos).

2.1.1 - ESTRATÉGIA DA PESQUISA DA LITERATURA

Definimos as palavras-chave a partir das quais selecionamos os estudos. Os idiomas utilizados foram o português, francês, espanhol e inglês (os estudos selecionados foram a partir deste último idioma). Utilizamos como **descritores**: *early postpartum, postpartum depressive symptoms, maternity blues, blues postpartum, baby blues, postpartum mood disorders, nursing home visits, care postpartum, postnatal care, intervention, home visiting, midwives.*

Para localização dos estudos, recorremos a várias e diferentes fontes. Foram considerados todos os realizados até 31 de maio de 2009. Entre parêntesis, estão colocados os resultados obtidos:

- Bases de dados eletrónicas – Biblioteca do conhecimento on-line (ACM - The Guide (22); Current Contents (ISI) (64); ERIC (EBSCO) (52); ISI Proceedings (ISI) (47); PubMed (32); Web of Science (ISI) (42); Zentrall Blatt (41)); Science Direct (14); Web ofScience (3); MEDLINE (15); Ciências da Saúde (periódicos online: Annual Reviews) (0); CINAHL (0); EBSCO (0); ProQuest (11); Scielo Portugal (12); Cochrane Database of Systematic Reviews (0); motores de pesquisa Yahoo, Google e AltaVista (0);

- Revistas técnicas – Nursing edição portuguesa (4); Pensar Enfermagem (3);

- Listagens de dissertações de mestrado, teses de doutoramento, monografias e provas públicas, para concurso, não publicadas, nos Centros de Documentação das Escolas Superiores de Enfermagem de Coimbra (0), Lisboa (0), Porto (0), São João de Deus (0), Ponta Delgada (0), Angra do Heroísmo (0), São José de Cluny (0); Escolas Superiores de Saúde (Dr.

Lopes Dias (0) e Viseu (0)); Universidades e Institutos: Universidade Católica Portuguesa de Lisboa (1), Reitoria da Universidade de Lisboa (0), Universidade do Minho (0), Instituto Superior de Psicologia Aplicada (0) e Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (0). Consulta on-line do catálogo da Biblioteca Nacional (0);

- Bibliografia referenciada nos estudos analisados.

Após pesquisa nas fontes referidas, constatamos que era abundante a literatura relacionada com as alterações emocionais do puerpério, principalmente sobre a DPP.

As pesquisas encontradas são, sobretudo, estudos epidemiológicos de incidência e prevalência da doença em populações bem diversificadas de puérperas. Ainda nos estudos de DPP, encontramos bastantes estudos descritivos que relacionam características ou situações vividas pela puérpera com a doença.

Relativamente ao BPP ou sintomas depressivos no primeiro mês pós-parto, também existem muitos trabalhos, mas à semelhança da DPP, são estudos essencialmente epidemiológicos.

Sobre a intervenção do enfermeiro no puerpério, encontramos algumas pesquisas que têm a ver, essencialmente, com resultados relacionados com a amamentação, cuidados com o RN e dificuldades no autocuidado da puérpera. Os estudos encontrados, que conjugam as perturbações emocionais e a intervenção do enfermeiro no primeiro mês pós-parto, são ainda em menor número.

Numa fase inicial, identificamos 362 referências. Destas, foram eliminadas 201 que, pela leitura do título, revelaram não ter interesse para esta revisão. Após leitura do resumo das restantes, foram eliminadas 63, já que apenas 22 apresentavam o texto completo. Os estudos foram numerados e agrupados segundo as suas características conceptuais, metodológicas e empíricas. Depois da análise dos textos integrais, seleccionamos dois estudos, sendo excluídos 20. As razões de exclusão deveram-se ao facto de 6 estudos não estarem claros, em relação ao modo como foram seleccionados os intervenientes; 5 omitiam informação relevante em relação ao modo como foram aplicados os instrumentos de colheita de dados; 4 estudos colocavam em causa a sua validade externa, devido ao reduzido número de elementos que compunham a sua amostra e, em 3, a intervenção do enfermeiro resumia-se, unicamente, à aplicação de escalas, para avaliar as alterações emocionais da puérpera.

Os estudos seleccionados preencheram os critérios de inclusão e, com base na grelha de análise crítica das fases conceptual, metodológica e empírica, segundo Fortin (2000) foram considerados válidos, de modo a serem incluídos nesta revisão de literatura. Os trabalhos foram lidos diversas vezes, de modo a esclarecer e clarificar alguns aspetos das investigações realizadas e, assim, diminuir os erros de interpretação dos mesmos.

2.1.2 - RESULTADOS E DISCUSSÃO DA REVISÃO DE LITERATURA

Um dos estudos seleccionados é um estudo quase experimental, com pré-teste pós-teste realizado por Tezel e Gozum (2006), e o outro é uma revisão sistemática com metanálise realizado por Dennis (2005) (quadro 1).

Tezel e Gozum (2006), num estudo realizado na Turquia, compararam os sintomas depressivos em dois grupos de puérperas sujeitas a dois tipos de intervenção do enfermeiro. Um tipo de intervenção relacionava-se com os cuidados do enfermeiro, no domicílio da puérpera, sobre as necessidades apresentadas (grupo de cuidados). O outro modo de intervenção, também no domicílio, relacionava-se com o aconselhamento dado pelo enfermeiro à puérpera, de modo a capacitá-la para resolver os seus problemas (grupo do aconselhamento).

Inicialmente, 567 mulheres foram abordadas na primeira semana de puerpério e convidadas a preencher a EPDS. Aquelas que apresentavam um score de 11 ou mais (incluídas 73 mulheres que apresentavam fatores de risco de depressão) foram novamente contactadas no domicílio, onde completaram o BDI. Todas as mulheres com um score de 17 ou mais (risco de desenvolver a DPP) foram posteriormente avaliadas por um psiquiatra, que indicou quais as que poderiam participar na pesquisa (não estavam com DPP e nem necessitavam de qualquer terapêutica). Após cumpridos todos os requisitos para poderem ser incluídas no estudo, restaram 62 puérperas - 30 ficaram a fazer parte do grupo de cuidados e 32 do grupo do aconselhamento. O modo como foram colocadas em cada grupo teve em atenção a média dos scores do BDI, paridade e nível educacional, de modo a que os dois grupos fossem mais homogéneos.

Cada participante foi visitada uma vez por semana nas 6 semanas a seguir ao parto, pelo pesquisador/enfermeiro. Os sintomas depressivos foram avaliados antes e depois das intervenções de enfermagem. Os instrumentos de colheita de dados/avaliação foram as escalas: *Socio demographic questionnaire* (SDQ), a EPDS e o BDI.

No grupo de cuidados, as intervenções de enfermagem foram adaptados às necessidades individuais de cada puérpera, recorrendo todos os enfermeiros investigadores a linhas de orientação comuns. No final de cada VD, os cuidados eram avaliados pela “*Nursing Outcomes Classification*”. Na última VD realizada, a puérpera preenchia novamente o BDI.

No grupo de aconselhamento, a intervenção era realizada de modo a desenvolver competências na puérpera, que a tornassem capaz de resolver os sintomas depressivos, de acordo com os princípios de D` Zurilla e Goldfield (1971): 1 - orientação para o problema; 2 - definição e descrição do problema; 3 - criação de alternativas; 4 - decisões a tomar; 5 - avaliação. Na última VD, tal como no grupo de cuidados, a puérpera preenchia novamente o BDI.

Na análise estatística, recorreu-se ao teste de *t Student's*, *Qui-quadrado* e teste de *McNemar*. O nível de significância utilizado foi sempre para $p < 0,05$.

Os resultados encontrados mostram a eficácia da intervenção do enfermeiro, tanto no grupo dos cuidados (teste de McNemar, $p < 0,001$), como no grupo do aconselhamento (teste de McNemar, $p < 0,05$), na resolução dos sintomas depressivos. Há uma diferença significativa na prevalência de sintomas depressivos antes e após a intervenção de enfermagem. Quando a eficácia da intervenção do enfermeiro foi comparada entre o grupo de cuidados e o grupo do aconselhamento, utilizando o BDI, concluiu-se que os resultados eram mais significativos no primeiro grupo ($t = 4,529$, $p < 0,05$).

Dennis (2005), na sua revisão sistemática, procurou avaliar a eficácia das intervenções psicológicas e sociais, comparando os cuidados prestados no pré, intra e pós-partum, com o risco de desenvolver DPP. Inicialmente faziam parte da revisão 155 estudos. Após avaliação dos trabalhos, tendo em conta critérios de inclusão/exclusão e qualidade metodológica, estes ficaram reduzidos a 15 estudos experimentais (grupo experimental (GE) e grupo controlo (GC)), num total de 7697 mulheres. As participantes, dos diversos estudos, eram, portanto, grávidas, parturientes e puérperas. As intervenções foram de diversos tipos, tendo em conta o

profissional de saúde que as promovia (enfermeiras - 3; parteiras - 9; médico - 1; fisioterapeuta - 1; psicólogo - 1).

A nível de *outcomes* - apesar de não haver resultados estatisticamente significativos sobre a prevenção da DPP em todos os tipos de intervenções (15 ensaios, n = 7697; risco relativo 0,81, 95% intervalo de confiança 0,65-1,02), os resultados sugerem uma potencial redução da referida patologia. A única intervenção que teve um efeito significativo na prevenção da DPP foi o apoio intensivo no pós-parto, dado por um profissional de saúde. O despiste de mulheres em situação de risco contribuiu para a prevenção da depressão. As intervenções no período pós-natal foram mais eficazes do que as realizadas no período pré-natal. As intervenções a nível individual também foram mais eficazes do que as intervenções realizadas em grupo.

No quadro 1 apresentamos os dois estudos seleccionados na elaboração desta revisão de literatura.

Quadro 1 - Estudos de avaliação da influência da intervenção do enfermeiro no puerpério, na prevenção das perturbações emocionais.

Autores Ano/País	Desenho	Objetivos	Participantes	Intervenções/ Avaliação	Resultados
Tezel e Gozum (2006) Turquia	Estudo quase experimental, com pré-teste pós-teste.	Avaliar a eficácia da intervenção do enfermeiro, na prevenção dos sintomas depressivos.	62 puérperas - 30 no grupo de cuidados e 32 no grupo do aconselhamento.	Grupo de cuidados - 6 VDs adequando os cuidados às necessidades das puérperas. Grupo do aconselhamento - 6 VDs para dotar a puérpera de competências, para resolver os sintomas depressivos. Avaliação - EPDS e BDI.	Eficácia da intervenção do enfermeiro, tanto no grupo dos cuidados (teste de McNemar, $p < 0,001$), como no grupo do aconselhamento (teste de McNemar, $p < 0,05$), na resolução dos sintomas depressivos. A eficácia no grupo dos cuidados foi maior, quando comparada com o grupo do aconselhamento utilizando o BDI ($t = 4,529$, $p < 0,05$).
Dennis (2005) Canadá	Revisão sistemática com metanálise, de estudos experimentais.	Avaliar a eficácia das intervenções psicológicas e sociais, comparando os cuidados prestados no pré, intra e pós-parto, com o risco de desenvolver depressão pós-parto.	Grávidas, parturientes e puérperas (7697). Enfermeiras (3), parteiras (9), médico (1), fisioterapeuta (1), psicólogo (1).	GE e GC em todos os estudos. Diferentes atuações nos dois grupos. Avaliação - EPDS HADS - hospital anxiety depression scale SCID - structured clinical interview for DSM-IV.	A única intervenção que tem um efeito significativo na prevenção da depressão é o apoio intensivo no pós-parto, dada por um profissional de saúde (risco relativo 0,68; intervalo de confiança 0,55 - 0,84).

No quadro 2 mostramos apenas os estudos da revisão sistemática de Dennis em que há intervenções realizadas por enfermeiras ou parteiras durante o puerpério, já que são apenas estes que poderão responder aos objetivos deste trabalho.

Pela análise do quadro, constatamos que apenas o trabalho desenvolvido por MacArthur et al. (2002) na revisão sistemática desenvolvida por Dennis (2005), mostrou resultados estatisticamente significativos, com o GE a obter melhores resultados pela avaliação da EPDS. Analisando os 4 estudos, verificamos que este foi aquele com maior número de participantes e em que as intervenções do enfermeiro foram mais frequentes no GE.

No estudo realizado por Armstrong, Fraser, Dadds e Morris (1999), apesar de no GE os resultados serem mais positivos, tanto no score da EPDS, como na interação mãe/filho, como no desenvolvimento da criança, não se obtiveram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. No entanto, tal como referem os autores, os resultados são importantes, e mereceriam novas avaliações, posteriormente, para verificar como se encontrava a mulher em termos de saúde mental e na relação com o filho.

Os estudos de Small, Lumley, Donohue, Pottere e Waldenström (2000) e Gamble, Creedy, Moyle, Webster, McAllister e Dickson (2005) têm em comum o facto de ter havido pouco contacto entre o enfermeiro e a puérpera no GE, e o facto de as participantes, terem tido experiências adversas no parto. O aconselhamento e esclarecimento são importantes, mas tais situações poderão requerer maior número de intervenções do enfermeiro durante o puerpério a iniciar-se na primeira semana, já que as avaliações efetuadas aos 6 e 3 meses pós-parto não revelaram resultados estatisticamente significativos entre os grupos.

O que foi referido vem de encontro ao estudo realizado por Tezel e Gozum (2006), em que os sintomas depressivos diminuíram após a intervenção do enfermeiro, tanto no grupo que foi cuidado, como no grupo que foi aconselhado, se bem que, depois, em termos comparativos, quando da utilização da escala de BDI, o grupo que foi cuidado mostrava melhores resultados, em termos de prevalência de sintomas depressivos.

Quadro 2 - Estudos de avaliação da influência das intervenções psicossociais, na prevenção da depressão pós-parto - revisão sistemática de Dennis (2005)

Autores Ano/ país	Participantes	Intervenções/ Avaliação	Resultados
Armstrong et al. 1999 Austrália	181 puérperas - 90 no GE e 91 no GC, pertencentes a famílias em situação de risco social.	GE - VDs semanais nas primeiras 6 semanas de puerpério; quinzenais até às 12 semanas e mensais até às 24 semanas. GC - Acompanhamento padrão no centro de saúde que inclui uma VD. Avaliação feita às 6,12 e 16 semanas, pela EPDS.	O GE, às 6 semanas, apresentou scores mais baixos de EPDS. As interações mãe/filho eram mais positivas. O desenvolvimento da criança era mais satisfatório, na relação mãe/filho.
Small et al. 2000 Austrália	1041 puérperas - 520 no GE e 521 no GC, que tiveram parto por cesariana, forceps ou ventosa.	GE - uma VD, para esclarecimento e aconselhamento da puérpera após a alta, dando-lhe oportunidade para falar sobre o parto e experiências após o parto. GC - uma VD após o parto, para fornecimento de panfletos sobre os recursos existentes para auxílio no puerpério. Avaliação feita aos 6 meses, pela EPDS.	Resultados estatisticamente não significativos entre os dois grupos.
MacArthur et al. 2002 Inglaterra	2064 puérperas - 1087 no GE e 977 no GC.	GE - VDs durante 28 dias, pela parteira, e sempre que necessário, durante 10-12 semanas pós-parto. GC - intervenções de rotina, que incluía 7 VDs durante os primeiros 10-14 dias de puerpério (podendo ir até aos 28 dias), com “check-up” entre as 6-8 semanas. Avaliação feita pela aplicação da EPDS, aos 28 dias e 4 meses pós-parto.	Aos 4 meses pós-parto, o GE apresentava melhores resultados, estatisticamente significativos, na avaliação da EPDS. Em relação a parâmetros de saúde física, não havia diferença significativa entre os dois grupos.
Gamble et al. 2005 Austrália	348 puérperas - 50 no GE e 53 no GC, com experiências adversas durante o parto.	GE - acompanhado/aconselhado nas 72 horas após o parto e através do telefone, entre as 4 a 6 semanas de puerpério. GC - intervenções de rotina. Avaliação feita aos 3 meses pós-parto pela EPDS.	Apesar de não haver diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, aos 3 meses pós-parto, as mulheres do GE relataram menos sintomas de trauma, e apresentavam um risco mais baixo de depressão, de <i>stress</i> , e de sentimentos de culpa.

2.1.3 - CONCLUSÕES DA REVISÃO DE LITERATURA

No estudo de Tezel e Gozum (2006), os autores indicam o reduzido tamanho da amostra e o desconhecimento em relação à existência ou não de sintomas depressivos antes do parto, como uma limitação do estudo.

Em relação à revisão elaborada por Dennis (2005), alguns estudos apresentavam uma amostra de tamanho reduzido. Não ficou claro, em alguns deles, que tipo de intervenções foram colocadas em prática. O facto de alguns intervenientes não serem enfermeiros, também pode ser considerada como limitação, se bem que depois, na análise para a presente revisão, consideramos apenas as pesquisas onde intervieram enfermeiros (os resultados de Dennis reportam-se ao conjunto de todos os estudos). Também a heterogeneidade dos estudos incluídos poderá ter levado a alguma fragilidade desta revisão de literatura.

Foram apenas dois os estudos incluídos nesta revisão, o que poderá constituir não uma limitação perante os resultados obtidos mas, tal como refere Ramalho (2005, p.43), “pode mostrar a necessidade de fazer mais investigação sobre o tema, uma vez que ajuda a identificar lacunas de conhecimento”.

Alguns estudos demonstram que existem diferenças significativas nos scores de BDI e EPDS apresentados pelas puérperas, antes e depois da VD do enfermeiro. No entanto, como foi verificado com esta revisão de literatura, são escassos os estudos que avaliem a intervenção do enfermeiro no domicílio, na prevenção das perturbações emocionais na puérpera, comparativamente com puérperas não sujeitas a esta intervenção.

Os objetivos delineados foram parcialmente esclarecidos, já que nos trabalhos selecionados, nos grupos de controlo, existiu sempre algum tipo de intervenção, o que de algum modo poderá influenciar os resultados dos mesmos. Contudo, os dois estudos primários analisados, contribuíram para a compreensão da problemática, sugerindo algumas linhas orientadoras para futuras pesquisas a serem realizadas no âmbito da intervenção do enfermeiro no puerpério.

CAPÍTULO 3 - MATERIAL E MÉTODOS

Apresentamos neste capítulo o percurso metodológico efetuado, desde o desenho da investigação até à obtenção dos dados. Damos ainda a conhecer o modo como desenvolvemos a intervenção no domicílio as considerações éticas e as considerações sobre o rigor do estudo.

3.1 - DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

Tendo em conta a questão de investigação e a finalidade da pesquisa, a abordagem metodológica por que optamos é a quantitativa, com o tipo de estudo quase - experimental. Reconhecemos que a validade deste tipo de estudo esteja sujeita a alguma ameaça. No entanto, estamos de acordo com Polit e Hungler (1995, p.117) ao referirem que “o grande valor positivo dos quase experimentos recai em sua praticidade, exequibilidade e, de certo modo, em sua possibilidade de generalização. De modo geral, é impraticável a realização de experimentos verdadeiros”. Lobiondo-Wood e Haber (2001, p.105) acrescentam a esta ideia o facto dos desenhos quase - experimentais serem “mais adaptáveis ao cenário de prática do mundo real do que os desenhos experimentais controlados.”

De entre os delineamentos quase - experimentais, optamos pelo do grupo de controlo não equivalente, frequentemente utilizado em enfermagem (Fortin, 1996; Lobiondo-Wood & Haber, 2001). Uma das características, neste tipo de estudo, é o facto de os sujeitos não serem distribuídos aleatoriamente pelo grupo de controlo e grupo experimental (Fortin, 1996; Lobiondo-Wood & Haber, 2001; Polit, Beck & Hungler, 2004).

Este tipo de desenho tem a vantagem, entre outras, segundo Polit, Beck e Hungler, (2004), de controlar a maior parte das ameaças à validade interna, oferecendo resultados interpretáveis, permitindo, igualmente examinar e interpretar melhor as tendências nos resultados, devido às medidas repetidas. Para Lobiondo-Wood e Haber (2001, p.104) “o desenho é relativamente forte, porque a reunião dos dados na época do pré-teste permite ao

pesquisador comparar a equivalência dos dois grupos sobre variáveis antecedentes importantes, antes que a variável independente seja introduzida.”

No desenvolvimento do trabalho, adotamos a nomenclatura grupo de controlo (GC), para as participantes que fizeram a vigilância padrão nos serviços de saúde do período pós-natal, e grupo de intervenção (GI), para designar as participantes que, além da referida vigilância, foram sujeitas às VDs durante o puerpério.

Ao longo de mais de três anos (de março de 2010 a novembro de 2012), desenvolvemos o trabalho de campo, na população abrangida pela Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, Empresa Pública Empresarial (ULSCB, EPE). Antes de tal acontecer, realizamos uma conferência sobre “Visita Domiciliária no Puerpério” (a 21 de Maio de 2009), no Hospital Amato Lusitano, para darmos a conhecer o trabalho que pretendíamos desenvolver, e também porque era um dos objetivos da referida unidade de saúde, a implementação da VD no puerpério.

Iniciamos o estudo com o GC, em março de 2010 através da aplicação dos três questionários a cada participante (o primeiro no final da gravidez; o segundo nos primeiros dez dias pós-parto; o terceiro no final do puerpério). Quando obtivemos 100 conjuntos de três questionários preenchidos, terminamos a recolha de dados neste grupo. Tal veio a acontecer em novembro de 2011.

Nos dias 14, 17, 18, 21, 24 e 25 de março de 2011, realizamos uma formação para 50 enfermeiros da ULSCB, EPE “Consulta de Enfermagem Domiciliária do Puerpério”, com vista à preparação para o início das VDs no puerpério.

Ainda em 2011 no mês de dezembro iniciamos, o programa de intervenção com as VDs e apoio telefónico, sempre que necessário. Ao mesmo tempo, procedia-se à aplicação dos três questionários às participantes deste GI. No capítulo 3.2, desenvolvemos e clarificamos o modo como foi desenvolvida esta atividade. Em novembro de 2012, obtivemos 100 conjuntos dos três questionários do GI, terminando, assim, o trabalho de campo relacionado com esta investigação.

No quadro 3, mostramos de um modo mais sucinto o desenho do estudo efetuado.

Quadro 3 - Desenho da investigação

CONFERÊNCIA “VISITA DOMICILIÁRIA NO PUERPÉRIO” - maio de 2009

GRUPO DE CONTROLO - março de 2010 a novembro de 2011

Grávidas das 35 às 40 semanas de gravidez - **1º questionário**



Dos 5 aos 10 dias puerpério - **2º questionário**



Das 6 às 9 semanas de puerpério - **3º questionário**

FORMAÇÃO “CONSULTA DE ENFERMAGEM
DOMICILIÁRIA DO PUERPÉRIO” - março 2011

GRUPO DE INTERVENÇÃO - dezembro de 2011 a novembro de 2012

Grávidas das 35 às 40 semanas de gravidez - **1º questionário**



1ª VD - 1ª semana de puerpério - a todas as participantes

Dos 5 aos 10 dias puerpério - **2º questionário**



2ª VD - 2ª semana de puerpério - a todas as participantes

3ª VD - 3ª semana de puerpério - 24 participantes



4ª VD - 4ª /5ª semana de puerpério - 14 participantes

Das 6 às 9 semanas de puerpério - **3º questionário**

T
E
L
E
F
O
N
E

3.1.1 - LOCALIZAÇÃO DO ESTUDO

O estudo decorreu na população abrangida pela ULSCB, EPE. Criada em 1 de janeiro de 2010, esta ULS integra o Hospital Amato Lusitano, em Castelo Branco, com os agrupamentos de Centros de Saúde da Beira Interior Sul - Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Penamacor e Vila Velha de Ródão e do Pinhal Interior Sul - Oleiros, Proença-a-Nova, Sertã e Vila de Rei (figura 3).

Figura 3 - Mapa da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco



Fonte: ULSCB, EPE (2012) www.ulscb.min-saude.pt/ulscb/quem-somos

A Nomenclaturas de Unidades Territoriais para fins Estatísticos (NUTS) III Beira Interior Sul, uma das sub-regiões da Região Centro, é caracterizada pela vastidão territorial, a interioridade e a proximidade da fronteira com Espanha. Encontra-se delimitada, a norte, pela cadeia montanhosa da Serra da Gardunha, e a sul, pelo rio Tejo, que faz a divisão com a região alentejana. Dois dos concelhos que a integram, Castelo Branco e Idanha-a-Nova, contam-se entre os maiores do País, sendo no contexto da Região Centro, a segunda maior sub-região em termos de área (13,2% do total). Apresenta, no entanto, a densidade populacional mais baixa - 20,3 habitantes/km² (Mateus & Associados, 2008).

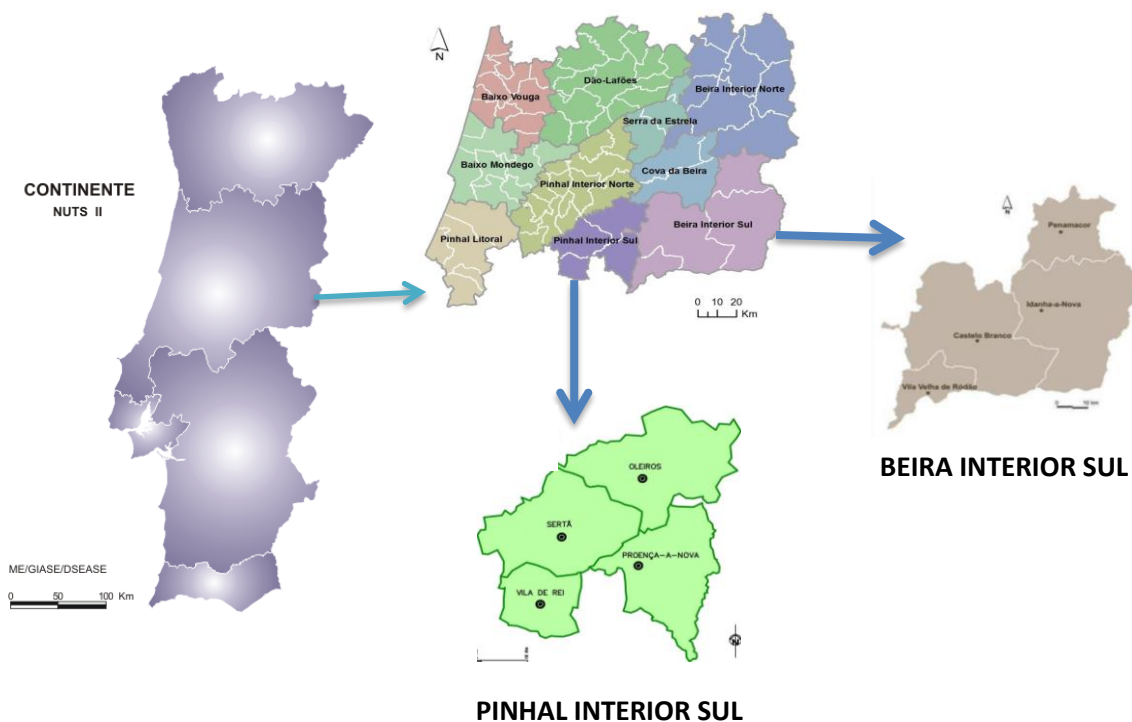
A NUTS III Pinhal Interior Sul é uma região maioritariamente montanhosa, com declives acentuados, contribuindo, assim, para que a silvicultura surja como a principal atividade do sector primário. Segundo os dados das “Contas Regionais de 2009”, revelados pelo INE, trata-se de uma das zonas mais pobres do país, além de uma fraca densidade demográfica.

Vila de Rei, Sertã e Oleiros são os concelhos mais periféricos no contexto da ULS, distanciando mais de uma hora de Castelo Branco. Oleiros, pela sua interioridade e deficientes vias de comunicação, é o concelho que se pode referir como o mais periférico relativamente ao Hospital Amato Lusitano.

No conjunto, as duas NUTS estendem-se por uma área geográfica de 5.253 Km², compreendem oito concelhos, divididos administrativamente em 75 freguesias.

Dos oito concelhos, dois, Castelo Branco e Vila Velha de Ródão, são diretamente servidos pela autoestrada do interior A23; Proença-a-Nova e Sertã pelo itinerário complementar 8; os restantes são servidos por estradas nacionais.

Figura 4 - Beira Interior Sul e Pinhal Interior Sul - Inserção Regional



Fonte: Administração Regional de Saúde do Centro, IP (2013)

Segundo o último recenseamento da população em 2011, residem na área de influência da ULSCB, EPE 108.395 habitantes - 75.028 na Beira Interior Sul e 33.367 no Pinhal Interior Sul. Relativamente aos censos de 2001, houve uma diminuição de 5,5% da população (INE, 2013a).

O quadro 4 apresenta a evolução da taxa bruta de natalidade, nos últimos 3 anos, e a realidade que existia em 2000 nos municípios da ULSCB, EPE.

Podemos constatar que, à exceção de Castelo Branco, em todos eles, esta taxa está longe dos valores de referência a nível nacional. Mesmo neste município, os valores apresentados não alcançam os números da média do território nacional. Esta análise vem justificar não só a diminuição da população da área de influência da ULSCB, EPE, mas também a realidade do seu envelhecimento.

Quadro 4 - Taxa bruta de natalidade por município da ULSCB, EPE

Local de residência	Taxa bruta de natalidade (%) por Local de residência; Anual			
	2012	2011	2010	2000
Portugal	8,5	9,2	9,6	11,7
Oleiros	2,9	2,6	4	5,8
Proença-a-Nova	5,6	4,2	6,5	5,3
Sertã	5,8	6	6,6	7,8
Vila de Rei	4,9	5,5	4,6	9,8
Castelo Branco	8	8,1	8	8,8
Idanha-a-Nova	4,9	6,1	5	5,2
Penamacor	3,8	3,2	3,6	4,8
Vila Velha de Ródão	2,3	4,3	4,8	5,1

Fonte: INE (2013)

O Hospital Amato Lusitano presta cuidados de saúde em todas as valências básicas, intermédias e a maioria das valências diferenciadas. Relativamente a serviços para assistir a mulher ao longo do ciclo gravídico puerperal, comporta o serviço de consulta externa, onde são atendidas grávidas de baixo e alto risco, referenciadas ou não pelo médico de família, e

puérperas para realização da consulta de revisão puerperal; serviço de obstetrícia, que abrange a urgência obstétrica e, finalmente, o bloco de partos.

Nos centros de saúde distribuídos pelas sedes de concelho da ULSCB, EPE e em algumas das suas 66 extensões de saúde efetuam-se consultas de saúde materna, a grávidas de baixo risco, e consultas de revisão puerperal (ULSCB, EPE, 2013).

Segundo os relatórios da Administração Regional de Saúde do Centro, o número de consultas de saúde materna, realizadas na ULSCB, EPE, não tem sofrido alterações significativas ao longo dos últimos anos. Constatamos, pelo quadro 5, que o total de consultas tem decrescido, tal como acontece com o número de partos. Relativamente ao número de primeiras consultas de saúde materna (SM), este é sempre muito superior ao número de partos. Tal facto leva-nos a deduzir que, provavelmente, muitas das mulheres que iniciam a vigilância de SM na ULSCB, EPE, acabam por ter o parto fora desta unidade de saúde.

Quadro 5 - Consultas de Saúde Materna e partos efetuadas na ULSCB, EPE, nos anos 2010, 2011 e 2012

ANOS	2010	2011	2012
Primeiras consultas de SM	744*	663*	667**
Total de consultas de SM	4298*	4049*	4042**
Número de partos	500***	465**	419**

Fonte:*Administração Regional de Saúde do Centro, IP (2012)

**Administração Regional de Saúde do Centro, IP (2013)

*** ULSCB, EPE (2011)

3.1.2 - PARTICIPANTES

A população alvo foi composta pelas grávidas/primíparas seguidas nas consultas de saúde materna na ULSCB, EPE e que tiveram o parto no Hospital Amato Lusitano de março de 2010 a novembro de 2012.

O tipo de amostragem das participantes no estudo foi não probabilística de conveniência ou amostragem acidental. Poderia fazer parte do estudo qualquer mulher que cumprisse os critérios de inclusão e nele aceitasse participar. Assim, foram selecionadas as primeiras 100 participantes que completaram o preenchimento dos três questionários, que vieram a formar o GC na primeira fase da investigação, que se iniciou em março de 2010 e terminou em novembro de 2011. O GI veio a ser constituído, também, pelas primeiras 100 participantes que completaram os três questionários na segunda fase do estudo, que se iniciou em dezembro de 2011 e terminou em novembro de 2012.

Critérios de Inclusão

Primeiro questionário - a ser aplicado a grávidas com idade gestacional igual ou superior a 35 semanas e:

- frequentavam as consultas de SM na ULSCB, EPE;
- nulíparas com idade igual ou superior a 18 anos e inferior a 35 anos;
- sem antecedentes de doença mental;
- expressão linguística portuguesa, e que saibam ler e escrever português.

Segundo questionário - a ser aplicado a puérperas entre o 5º e 10º dia pós-parto e:

- preencheram o primeiro questionário;
- tiveram um parto simples (só um RN) por via vaginal (inclui o parto eutócico ou parto distócico por fórceps ou ventosa), de que tenha resultado um nascituro sem malformações aparentes ou outros problemas, que exigissem o seu internamento numa unidade de cuidados especiais;
- tiveram alta clínica da maternidade, assim como do RN, até às setenta e duas horas pós-parto.

Terceiro questionário - a ser aplicado a puérperas entre as 6 e 9 semanas pós-parto, e que preencheram o primeiro e segundo questionário.

3.1.3 - VARIÁVEIS

A problemática em questão, com as perguntas de investigação já definidas, além da pesquisa bibliográfica efetuada, leva-nos a enunciar e clarificar as variáveis do estudo, através da sua operacionalização:

Variável independente - a intervenção do enfermeiro junto da puérpera no primeiro mês pós-parto. Tal como foi referido anteriormente, no contexto deste trabalho, entendemos como intervenção do enfermeiro a VD. Incluímos, ainda, os contactos telefónicos estabelecidos com a puérpera no âmbito da VD.

As participantes do GC não foram sujeitas a VDs. As participantes do GI tiveram, pelo menos, duas VDs ao longo do primeiro mês pós-parto. Os contactos telefónicos, para esclarecimento de dúvidas, ultrapassaram, nalgumas situações, largamente esse período.

Variáveis dependentes - A variável dependente que pretendemos estudar são as perturbações emocionais, que poderão ocorrer durante o puerpério - BPP, a psicose puerperal e a DPP - considerando como data limite as nove semanas pós-parto. A conceptualização destas perturbações foi efetuada no primeiro capítulo. O BPP é a síndrome afetivo mais frequente no primeiro mês pós-parto, podendo atingir de 30 a 85% das puérperas. Também sabemos que em cerca de 20% das situações, poderá evoluir para DPP que, normalmente só é diagnosticada para além do primeiro mês pós-parto.

Com o objetivo de determinar a presença de BPP nas puérperas, recorreremos à aplicação da EAAPP, entre o 5º e o 10º dia de puerpério. Esta escala de autoavaliação foi desenvolvida por Sousa e Leal, em 2007, e é constituída por 16 itens. A interpretação dos resultados é feita de acordo com os intervalos de referência: [1 - 3[- ausência de alterações psicoemocionais do puerpério significativas; [3 - 4[- presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério moderadas; [4 - 6] - presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério severas (Sousa & Leal, 2007).

Para avaliar o risco de as puérperas desencadearem DPP, aplicamos a EPDS, entre as 6 e as 9 semanas pós-parto. Desenvolvida por Cox et al. (1987), a escala foi validada no nosso país em 1996, por Augusto, Kumar, Calheiros, Matos e Figueiredo. A EPDS é constituída por 10 questões, cotadas de 0 a 3 e, tal como refere a DGS (2006), indica a probabilidade da mulher desencadear DPP, se o resultado for igual ou superior a 12 pontos.

A psicose pós-parto, caracterizada pela sua gravidade e pelo seu início súbito nas primeiras duas ou três semanas de puerpério, é considerada uma emergência médica, que obriga à hospitalização da mulher (Nonacs & Cohen, 1998). A entrevista e observação são os melhores meios para detetar a presença desta patologia grave, onde a mulher poderá apresentar sintomas de delírios, alucinações, discurso e comportamento muito desorganizado (APA, 2002). No contexto deste estudo, não foi referenciada nenhuma puérpera com suspeita de apresentar este distúrbio, o que também é compreensível dada a sua baixa incidência - 0,1% a 0,2% (Bloch et al., 2003; Knops, 1998).

Variáveis intervenientes - São características apresentadas ou referidas pelas participantes, que poderão influenciar as variáveis dependentes. A sua análise permite avaliar a semelhança entre os grupos e, assim, diminuir o risco de falsear os resultados, e ainda controlar os critérios de inclusão das participantes no estudo:

Caracterização sociodemográfica - Incluímos, neste grupo, a idade, escolaridade, estado civil, profissão (estruturada, tendo por base as orientações da Classificação Portuguesa das Profissões de 2010), naturalidade e concelho de residência das participantes;

Caracterização obstétrica - São vários os aspetos que contribuem para esta caracterização: história obstétrica, número de gestações anteriores, planeamento e desejo da gravidez. A vigilância da gravidez onde aludimos à altura da realização da primeira consulta, o local da realização das consultas e as aulas de preparação para o parto. Finalmente, as variáveis relacionadas com o tempo de estadia na maternidade - tipo de parto (normal ou eutócico e distócico que inclui o parto por ventosa e fórceps), sexo do RN, presença do pai da criança durante o trabalho de parto, complicações durante o parto e /ou com a criança, durante o internamento;

Caracterização psicoemocional no final da gravidez - Esta caracterização foi efetuada pela aplicação da Escala Ansiedade Depressão e *Stress* de 21 itens (EADS-21) (Pais Ribeiro, Honrado & Leal, 2004) no primeiro questionário, quando as participantes ainda se

encontravam grávidas. A EADS assume que as perturbações psicológicas - ansiedade, depressão e *stress*, são dimensionais e não categoriais. As diferenças experimentadas por sujeitos normais, e com perturbações, são essencialmente diferenças de grau (Pais Ribeiro et al., 2004);

As ajudas no puerpério - Variável que é analisada em três momentos - no final da gravidez, entre o 5º e 10º dia pós-parto e entre as 6 e 9 semanas de puerpério. Procuramos identificar quem são as pessoas que as participantes referem como ajuda (a participante poderá optar por mais que uma resposta, para mencionar quem ajuda - pai da criança, a mãe, a sogra, outras pessoas); e ainda o tipo de ajuda fornecida (as participantes também poderão optar por mais que uma resposta, entre - tomar conta da criança, ajuda nos cuidados à criança, ajuda no autocuidado, ajuda nas tarefas domésticas, outro tipo de ajuda);

Fontes de informação - Variável também analisada em três momentos - no final da gravidez, 5º e 10º dia pós-parto e entre as 6 e 9 semanas de puerpério. As fontes de informação são operacionalizadas, fazendo a distinção entre fontes de informação sobre dúvidas relacionadas com a gravidez (primeiro questionário), o parto (primeiro questionário), os cuidados à puérpera (primeiro, segundo e terceiro questionários) e os cuidados à criança (primeiro, segundo e terceiro questionários). As respostas que as participantes poderão referir, num máximo de três, fazem parte de um grupo de oito opções disponíveis nos três questionários (mãe, enfermeiro, médico, familiares, outras mães, livros, internet, outras fontes de informação);

Alimentação da criança - Operacionalizamos esta variável, adotando a nomenclatura recomendada pela OMS (2007): aleitamento materno exclusivo - a criança é unicamente alimentada com leite materno (inclusive por bomba ou de ama-de-leite), e nenhum outro líquido ou sólido à exceção de suplementos vitamínicos ou medicamentos; aleitamento materno - a criança recebe leite materno (inclusive retirado por bomba ou de ama-de-leite) podendo também receber qualquer alimento ou líquido, incluindo leite não humano e fórmulas.

Tendo por base o relatório do registo do aleitamento materno (DGS, 2012), consideramos ainda o aleitamento materno e artificial, como sendo a situação em que a criança é alimentada com leite materno e leite de fórmulas, e o aleitamento artificial, quando a criança é alimentada exclusivamente com leite de fórmulas;

Situação de saúde ao longo do puerpério - Variável que é operacionalizada segundo a vertente do RN e da puérpera. Quantificamos o número de vezes referidas pelas participantes, em relação à necessidade de recorrer aos serviços de saúde, por problemas de saúde relacionados com o filho ou com ela própria. Identificamos, ainda, quais os serviços de saúde procurados - centro de saúde, urgência do hospital, serviço de saúde privado, ou outro serviço. Ainda nesta variável, procuramos conhecer os problemas de saúde surgidos, com uma questão aberta, colocada às participantes do estudo;

Dificuldades referidas pelas puérperas - As participantes, dentro do elenco das respostas proposto, poderiam escolher até três aspetos em que sentiram mais dificuldade, ao longo do puerpério. Uma opção permitia ainda à puérpera aludir a outras dificuldades que não estivessem referenciadas.

3.1.4 - INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Tendo em consideração as respostas que se pretendiam com esta investigação, optamos como instrumento de colheita de dados o questionário. Foram construídos três questionários, que foram aplicados às participantes do estudo, em três momentos distintos: o primeiro, nas consultas de saúde materna, no centro de saúde, ou consultas externas do Hospital Amato Lusitano, a partir das 35 semanas de gravidez (Anexo 1); o segundo, entre o 5º e o 10º dia de puerpério, quando da realização do diagnóstico precoce e/ou avaliação do peso do RN, no centro de saúde (Anexo 2); o terceiro, entre as 6 e as 9 semanas de puerpério, altura da consulta de revisão do puerpério, no centro de saúde ou consultas externas do hospital (Anexo 3).

Os questionários são compostos por duas partes. Na primeira parte, encontram-se as questões relacionadas com opiniões, factos ou atitudes relativos, à gravidez e expectativas no pós-parto (primeiro questionário); parto e primeiros 10 dias de puerpério (segundo questionário); das 6 às 9 semanas de puerpério (terceiro questionário). As questões foram elaboradas, tendo por base as nossas vivências enquanto enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica, e a revisão de literatura. A segunda parte dos questionários é composta por três escalas - a **Escala de Ansiedade, Depressão e Stress** no

primeiro questionário, a **Escala de Avaliação das Alterações Psicoemocionais do Puerpério** no segundo questionário e a **Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo** no terceiro questionário.

Após a elaboração dos instrumentos de colheita de dados, foi solicitado a um painel de peritos - enfermeiros especialistas da prática clínica de cuidados primários, hospitalares, e enfermeiros especialistas da área da docência - a colaboração para a análise, clareza e a adequação das questões, relativamente aos objetivos do estudo. Foram sugeridas algumas alterações, que tinham a ver com a redação de algumas perguntas. A avaliação dos peritos (num total de oito pessoas) revelou-nos a pertinência e a adequação das mesmas face aos objetivos propostos.

O pré-teste foi realizado num centro de saúde (tendo em conta os critérios de inclusão no estudo), a cinco grávidas nulíparas (preenchimento do primeiro questionário), cinco primíparas entre o 5º e 10º dia pós-parto (preenchimento do segundo questionário) e cinco puérperas no final do puerpério (preenchimento do terceiro questionário). Após o preenchimento dos questionários, não houve necessidade de reformulação de nenhuma questão.

A versão definitiva dos questionários ficou então concluída: o primeiro questionário é composto por 22 questões e a EADS com 21 itens; o segundo por 14 questões e a EAAPP com 16 itens e, finalmente, o terceiro apresenta 14 questões e a EPDS com 10 itens.

Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS):

Lovibond e Lovibond, em 1995, desenvolveram a escala *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS), que foi adaptada no nosso país por Pais Ribeiro et al. (2004), inicialmente na primeira versão de 42 itens, tomando a designação de “Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS)”. No mesmo ano, os mesmos autores adaptaram a versão para 21 itens, que se propõe medir os mesmos construtos que a versão de 42 itens designada por EADS-21 (Pais Ribeiro et al., 2004). Estes 21 itens medem e avaliam características comportamentais, relacionadas com fenómenos da ansiedade, do *stress* e da depressão, assumindo a escala EADS “que as perturbações psicológicas são dimensionais e não categorias, ou seja, assume que as diferenças na depressão, ansiedade e *stress* experimentadas por sujeitos normais e com perturbações, são essencialmente diferenças de grau” (Pais Ribeiro et al., 2004, p.231).

Cada dimensão da EADS é avaliada por sete itens, com quatro possibilidades de resposta. A extensão dos sentimentos experimentados, durante a última semana pela pessoa, são avaliados numa escala de 4 pontos (0, 1, 2 e 3) de gravidade ou frequência, que varia de “não se aplicou nada a mim”, “aplicou-se a mim algumas vezes”, “aplicou-se a mim muitas vezes” “ aplicou-se a mim a maior parte das vezes” (Pais Ribeiro et al., 2004).

A sub-escala ansiedade realça as ligações entre os estados persistentes de ansiedade e respostas intensas de medo (Lovibond & Lovibond, 1995) sendo-nos revelada pelos itens:

- 2 - Senti a minha boca seca
- 4 - Senti dificuldades em respirar
- 7 - Senti tremores (por ex., nas mãos)
- 9 - Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula
- 15 - Senti-me quase a entrar em pânico
- 19 - Senti alterações no meu coração, sem fazer exercício físico
- 20 - Senti-me assustada, sem ter tido uma boa razão para isso. (Pais Ribeiro et al., 2004, p. 234- 235)

A sub-escala depressão, caracterizada por Lovibond e Lovibond (1995) pela perda de autoestima e motivação, associada à perceção da baixa probabilidade que o individuo tem de alcançar objetivos de vida que lhe sejam significativos, inclui os itens:

- 3 - Não consegui sentir nenhum sentimento positivo
- 5 - Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas
- 10 - Senti que não tinha nada a esperar do futuro
- 13 - Senti-me desanimada e melancólica
- 16 - Não fui capaz de ter entusiasmo por nada
- 17 - Senti que não tinha muito valor como pessoa
- 21 - Senti que a vida não tinha sentido. (Pais Ribeiro et al., 2004, p.234-235)

A sub-escala *stress* inclui os itens menos discriminativos das duas dimensões, a ansiedade e a depressão, caracterizada por estados de excitação e tensão persistentes, com baixo nível de resistência à frustração e desilusão (Lovibond & Lovibond, 1995) pelos itens:

- 1 - Tive dificuldades em me acalmar
- 6 - Tive tendência a reagir em demasia, em determinadas situações
- 8 - Senti que estava a utilizar muita energia nervosa

- 11 - Dei por mim a ficar agitada
- 12 - Senti dificuldade em me relaxar
- 14 - Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer
- 18 - Senti que, por vezes, estava sensível. (Pais Ribeiro et al., 2004, p.234-235)

Cada sub-escala tem uma cotação em que o mínimo é “0” e o máximo “21”. Estados afetivos mais negativos correspondem a notas mais elevadas em cada escala (Pais Ribeiro et al., 2004). Os resultados dos itens da EADS-21 são multiplicados por dois, de modo a que o resultado de cada sub-escala possa ser classificado em “normal, leve, moderado, severo e muito severo” (Lovibond & Lovibond, 1995).

Quadro 6 - Classificação dos estados afetivos da EADS

Dimensões	Normal	Leve	Moderado	Severo	Muito severo
<i>Stress</i>	0-14	15-18	19-25	26-33	34+
<i>Ansiedade</i>	0-7	8-9	10-14	15-19	20+
<i>Depressão</i>	0-9	10-13	14-20	21-27	28+

Fonte: Adaptado de Lovibond e Lovibond (1995) em *Manual for the depression anxiety stress scales*.

O estudo das qualidades psicométricas da escala na versão portuguesa certifica a sua validade, sensibilidade e fidelidade, permitindo a diferenciação das três sub-escalas. A consistência interna pelo *alfa de Cronbach* apresenta 0,74 para a escala da ansiedade, 0,85 para a escala da depressão e 0,81 para a escala de *stress* (Pais Ribeiro et al., 2004). No estudo que desenvolvemos, a escala ansiedade revelou um coeficiente de *alfa de Cronbach* de 0,744, a escala depressão 0,738 e a escala *stress* de 0,884.

Escala de Avaliação das Alterações Psicoemocionais do Puerpério (EAAPP)

Desenvolvida por Sousa e Leal (2007), deverá ser aplicada às puérperas entre o 4º e 10º dia do pós-parto. É constituída por três sub-escalas: ansiedade, sentimentos depressivos e

preocupação, num total de 16 itens. Cada item é cotado de 1 (nunca) a 6 (sempre) pontos, sendo a variação total entre 16 e 96 pontos. Os itens são distribuídos por três sub-escalas: a sub-escala ansiedade, com os itens 1, 2, 4, 6, 8, 14, 15, 16; a sub-escala sentimentos depressivos inclui os itens 3, 7, 11, 12 e a sub-escala preocupação com os itens 5, 9, 10 e 13 (Sousa & Leal, 2007):

- 1 - Senti-me insegura ao prestar cuidados ao meu bebé
- 2 - Sinto que não domino os cuidados que presto ao meu bebé
- 3 - Senti-me triste e deprimida.
- 4 - Senti medo de não conseguir prestar os cuidados ao bebé por não estar familiarizada com esta nova situação
- 5 - Tive dificuldade em me acalmar
- 6 - Senti-me esgotada
- 7 - Senti-me melancólica e desanimada
- 8 - Fiquei facilmente ansiosa, em relação aos cuidados a ter com o bebé
- 9 - Senti-me aterrorizada
- 10 - Dei por mim a ficar agitada
- 11 - Tive crises de choro
- 12 - Senti-me sozinha
- 13 - Senti-me assustada, sem ter tido uma razão para isso
- 14 - Senti dificuldade em relaxar
- 15 - Senti cansaço mental
- 16 - Senti-me cansada e/ou a fraquejar

Os resultados são interpretados de acordo com os intervalos de referência: [1 - 3[- significa ausência de alterações psicoemocionais do puerpério significativas; [3 - 4[- presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério moderadas; [4 - 6] - presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério severas (Sousa & Leal, 2007). “Quanto maior a pontuação, mais elevados são os níveis de alterações psicoemocionais do puerpério percebidos pela puérpera” (Sousa & Leal 2007, p.12).

A EAAPP revelou qualidades psicométricas satisfatórias, em que a consistência interna apresentou *um alfa de Cronbach* 0,922 e 50,434% do total da variância explicada (Sousa & Leal, 2007). No estudo que desenvolvemos, esta escala apresenta *um alfa de Cronbach* de 0,935.

Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS)

A EPDS é uma escala de autoavaliação utilizada internacionalmente no estudo da DPP. Foi desenvolvida em Inglaterra, por Cox, Holden e Sagovsky (1987), e já validada em mais de 20 países. Para a população portuguesa, foi Augusto et al. (1996) quem a validou. A DGS recomenda a sua utilização nas consultas pós-natais, para detetar, precocemente, situações de risco de DPP, procedendo-se, assim, atempadamente, ao seu diagnóstico e tratamento (DGS, 2006). Os itens revelam sintomas como:

humor depressivo (sensação de tristeza, autodesvalorização e sentimento de culpa, ideias de morte ou suicídio), perda do prazer em atividades anteriormente consideradas agradáveis, fadiga, diminuição da capacidade de pensar, de concentrar-se ou de tomar decisões, sintomas fisiológicos (insónia ou hipersónia) e alterações do comportamento (crises de choro). (Arrais, Mourão & Fragalle, 2014, p.256)

A EPDS é composta por 10 itens, que avaliam a presença e intensidade de sintomas depressivos nos sete dias que precedem o seu preenchimento. As respostas são efetuadas, numa escala de 0 a 3. As questões 1, 2 e 4 são cotadas de 0 a 3, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas. Inversamente (3, 2, 1, 0) são cotadas as questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 (DGS, 2006):

1. Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas.
2. Tenho tido esperança no futuro.
3. Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal.
4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo
5. Tenho-me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo
6. Tenho sentido que são coisas demais para mim.
7. Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal
8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz
9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro
10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma

Em relação ao ponto de corte, consideramos os 12 pontos - “uma pontuação de 12 ou mais indica a probabilidade de depressão mas não a sua gravidade” (DGS, 2006, p.43). Assim a EPDS nunca poderá substituir a avaliação clínica, mas sim complementá-la (DGS, 2006).

Moses-Kolko e Roth (2004) são de opinião que mulheres com uma classificação de 10

ou mais requerem avaliação apropriada de depressão.

Um estudo desenvolvido por Halbreich (2005) revelou que a taxa de diagnóstico de DPP aumentou de 3,7% para 10,7%, com a utilização desta escala como rastreio de rotina.

O estudo psicométrico da versão portuguesa da EPDS revelou um *alfa de Cronbach* de 0,85 (Figueiredo, 1997). Neste trabalho a referida escala apresenta um *alfa de Cronbach* de 0,809.

3.1.5 - PROCEDIMENTOS

Após autorização do concelho de administração da ULSCB, EPE (Anexo 4), para a realização do estudo, deslocamo-nos a todas as unidades de saúde onde se realizam consultas de SM, a fim de contactar com os enfermeiros. Depois de explicarmos e justificarmos a pesquisa que estávamos a desenvolver, era solicitada a sua colaboração na entrega e recolha dos questionários. Era entregue, ainda, um documento explicativo do processo.

Em março de 2010, iniciou-se a entrega dos questionários às grávidas e puérperas que reuniam os critérios de inclusão para a realização do estudo, em toda a ULSCB, EPE. Durante o tempo em que decorreu a sua entrega e recolha contactávamos, regularmente, os enfermeiros (por telefone e presença física nos locais), de modo a averiguar como estava a decorrer este processo, e também recolher os questionários preenchidos (conjunto dos três questionários).

Após termos terminado a recolha dos dados das participantes do GC, seguiu-se a recolha dos dados das participantes do GI. O processo de contactar os profissionais de saúde, de entrega e recolha dos questionários, foi em tudo semelhante nos dois grupos.

3.2 - PROGRAMA DE INTERVENÇÃO

A convite da equipa que fazia parte da Incubadora de Pais/Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Amato Lusitano, apresentamos, integrada no “1º Ciclo de Conferências - Bem nascer, melhor viver” e organizada pela mesma estrutura, no dia 21 de maio de 2009, a “Conferência Visita Domiciliária no Puerpério” (conforme referimos anteriormente).

A Incubadora de Pais era um programa desenvolvido no Hospital Amato Lusitano, que integrava sete enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica, com formação acrescida em preparação para o parto pelo método psicoprofilático, em recuperação pós parto e em técnicas de massagem infantil. Desenvolviam estas atividades desde 2006, no serviço de obstetrícia e ginecologia do Hospital Amato Lusitano, e tinham como objetivo/projeto a implementação da Consulta de Enfermagem Domiciliária de Obstetrícia no Puerpério (CEDOP).

Esta conferência serviu como um espaço privilegiado para refletir sobre a problemática apresentada, compreendendo a VD como um instrumento, por excelência, para o enfermeiro instruir, educar a puérpera e família sobre o pós-parto, ajudando a assumir a maternidade/paternidade. Um dos objetivos ainda foi discutir uma proposta sobre um protocolo de VD no puerpério.

Em maio de 2010, iniciaram-se os contactos com o Enfermeiro Diretor da ULSCB, EPE e equipa da Incubadora de Pais, com o objetivo de implementar a CEDOP.

Em setembro do mesmo ano, ficou formado o grupo de trabalho responsável pela implementação da CEDOP. Faziam parte desde grupo, além de nós, três enfermeiras de cuidados de saúde primários e três enfermeiras que exerciam funções no serviço de obstetrícia do Hospital Amato Lusitano. A 26 de janeiro de 2011, conforme circular informativa do Conselho de Administração da ULSCB, EPE, foi nomeado, oficialmente, o grupo de trabalho (Anexo5).

Com o trabalho desenvolvido no grupo CEDOP e a formação efetuada, faltava mesmo partir para campo. A previsão para o começo desta atividade era o mês de setembro de 2011.

Inicialmente, a população abrangida seria a do concelho de Castelo Branco e, gradualmente, iria sendo alargada a toda a ULS, com envolvimento de mais enfermeiros.

Entretanto, surgiram alterações a nível da gestão da ULSCB, EPE, que envolveu a suspensão de alguns projetos, entre os quais o programa Incubadora de Pais e o projeto CEDOP. Assim, ainda em dezembro de 2011, e porque tínhamos permissão para tal, iniciamos as VDs.

Para registar os dados relacionados com o processo das VDs elaboramos um documento - “Ficha da visita domiciliária no puerpério” que foi apresentado e discutido no grupo de trabalho CEDOP. Na sua elaboração tivemos em conta o contributo de Cardoso (2009), relativamente à inclusão de alguns indicadores de avaliação das competências parentais, referentes aos conhecimentos e habilidades, na primeira/segunda semana e primeiro/segundo mês pós-parto, propostos pela investigadora. Os elementos que compunham o grupo CEDOP propuseram pequenas alterações no documento. Estas alterações referiam-se a questões relacionadas com os antecedentes obstétricos da puérpera, já que na ficha inicial que propusemos estava na nossa perspetiva de trabalho futuro apenas primíparas. Assim a “Ficha da visita domiciliária no puerpério” ficou adaptada de modo a ser utilizada em qualquer situação de VD no puerpério (Anexo 6).

Além das VDs às 100 participantes do estudo do GI foram efetuadas mais 6 primeiras e 6 segundas VDs a puérperas que não vieram a fazer parte da amostra. Em quatro situações por sugestão/pedido de algumas enfermeiras do serviço de obstetrícia do Hospital Amato Lusitano - tratava-se de três multíparas e uma adolescente, com bastantes dificuldades em cuidar do filho. As restantes, duas puérperas cesariadas, foram referenciadas pela enfermeira de família, também pelas dificuldades que apresentavam em cuidar do filho e por terem antecedentes de patologia depressiva.

3.2.1 - OPERACIONALIZAÇÃO DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO

Planeamento da primeira VD

O início do processo do acompanhamento das puérperas que reuniam os critérios de inclusão para VD iniciava-se na maternidade do Hospital Amato Lusitano. Primeiramente era consultado o processo clínico da utente, verificando o local onde tinha sido vigiada a gravidez. Caso tivesse sido exclusivamente seguida na clínica privada, não era feito o contacto, já que o primeiro questionário só era aplicado nos centros de saúde da ULSCB, EPE e consulta externa do Hospital Amato Lusitano, nas consultas de SM.

As enfermeiras responsáveis pelos cuidados às puérperas, passíveis de integrarem o GI apresentavam-nos, referindo qual o objetivo de ali estarmos. Após acederem falar connosco, esclarecíamos o que pretendíamos realizar - referenciar que, pelo facto de as puérperas terem preenchido o primeiro questionário, quando frequentavam as consultas de SM na ULSCB, EPE, existia um prévio conhecimento do trabalho que estávamos a desenvolver. Eram focados alguns aspetos fundamentais neste primeiro contato: confirmar onde tinha sido seguida a gravidez e o preenchimento do primeiro questionário; identificar o centro de saúde a que pertenciam e o enfermeiro de família que iria fazer o acompanhamento da díade, ao longo do puerpério; fazer entender que o nosso acompanhamento não substituía o contacto com o enfermeiro/médico de família, mas que o complementava - reforçar que formávamos uma equipa, em que a comunicação entre as diferentes partes tinha como objetivo último o bem-estar de toda a família, a começar pela própria mulher.

Normalmente, a conversa prolongava-se por algum tempo (cerca de trinta minutos), com o esclarecimento de algumas questões de parte a parte. Este tempo era importante, porque funcionava como um “quebra-gelo”, uma tomada de confiança, de modo a haver um melhor conhecimento da nossa parte em relação à puérpera e vice-versa. Houve situações que, quando se registava a presença do companheiro/marido junto da mulher, este também participava na conversa.

Este primeiro contacto terminava com o agendamento da primeira VD, que era feita o mais precocemente possível, após a alta, e nunca depois do 6º dia de vida do RN. O horário era normalmente no período da tarde (após as 16 horas), devido aos nossos compromissos profissionais, e de acordo com a preferência da puérpera. Além da direção do domicílio, eram

trocados os contactos telefónicos, ficando logo a puérpera à vontade para ligar quando achasse necessário.

Ainda na maternidade, eram efetuados os primeiros registos na “Ficha da Visita Domiciliária no puerpério”, com base na informação fornecida pela puérpera e informação no processo clínico.

Desenvolvimento da primeira VD

Após as apresentações, e de acordo com a vontade da mulher, a visita desenrolava-se num espaço confortável, que poderia ser uma sala ou um quarto, local onde também a maioria das vezes se encontrava, o RN. As pessoas que acompanhavam a mulher em casa (normalmente a mãe e/ou companheiro da puérpera), caso demonstrassem interesse e a puérpera concordasse, participavam também na VD. Procurávamos estabelecer um clima de confiança, de modo a conseguirmos uma comunicação efetiva, que levasse a mulher a falar abertamente e a colocar as questões que entendesse.

Não havia nenhum guião de entrevista com questões ordenadas (tínhamos como referência a ficha de enfermagem). A dinâmica da VD dependia, essencialmente, do estado de sono e vigília do RN e das dúvidas que a puérpera apresentava. Conforme surgiam as questões, estas eram logo esclarecidas.

Nas situações em que a mulher não manifestasse qualquer dúvida inicial, e atendendo também ao que é preconizado pelo manual de orientação (DGS, 2005), dirigíamos a entrevista, de modo a: levá-la a falar abertamente, sobre o modo como decorreu o parto; as vivências enquanto esteve na maternidade; as vivências em casa, em relação à criança, às suas alterações físicas e psicológicas, às ajudas e à experiência da nova etapa da sua vida.

A avaliação inicial, com as dúvidas colocadas pela puérpera e as nossas questões, tinha como objetivo identificar a existência de qualquer complicação na mulher/RN/família, e ainda avaliar conhecimentos da nova mãe, em relação a diversos aspetos, nomeadamente a parentalidade e autocuidado. As habilidades eram avaliadas também pelas demonstrações realizadas pela puérpera.

Como a mãe e/ou companheiro da mulher, normalmente, estavam presentes, também

eles eram esclarecidos e questionados, sendo apreciada a capacidade parental dos mesmos, assim como o processo familiar.

Com o estabelecimento de relação de confiança com a puérpera e a família, procurávamos identificar situações de risco: referências e sentimentos negativos da mãe e do pai acerca do filho; suporte social e emocional da mãe – irritabilidade, cansaço, alterações do sono ou apetite, tristeza, crises de choro, isolamento social, ausência de alguém que pudesse ajudar (e com quem falar e partilhar alegrias e dificuldades), relação difícil ou mesmo conflituosa com o companheiro e dificuldades económicas graves (DGS, 2005).

Desenvolvíamos, ainda, atividades de vigilância à puérpera, relacionadas com a involução puerperal - lactação, edemas, mamas, períneo, dor, lóquios, eliminação vesical e intestinal e atividades de vigilância relacionadas com a criança - peso (quando necessário), pele, coto umbilical, eliminação vesical e intestinal, ...

As intervenções de enfermagem surgiam na medida em que eram detetados diagnósticos de enfermagem relacionados, essencialmente, com o foco parentalidade e autocuidado. As principais ações desenvolvidas eram o ensinar, instruir e treinar.

No final da VD, referenciavam-se no “Boletim de Saúde da Grávida” (DGS, 2000) os aspetos fundamentais e encaminhamento proposto, para depois serem apresentados à enfermeira de família numa próxima ida ao centro de saúde (para avaliar o peso do RN ou mesmo a realização do diagnóstico precoce, caso não tivesse sido ainda efetuado); reforçávamos o plano de ensino, à puérpera/família, fornecendo as informações mais importantes por escrito; agendava-se a próxima VD para a semana seguinte (segunda semana de puerpério).

O preenchimento da “Ficha da visita domiciliária no puerpério” era efetuado logo que possível, mas já fora do ambiente domiciliar da puérpera. Optamos por realizar os registos nesta altura, já que permitia não quebrar o ritmo da entrevista durante a VD.

Planeamento e desenvolvimento da segunda, terceira e quarta VDs

Todas as puérperas tiveram uma segunda VD, na segunda semana de puerpério. Realizamos ainda 24 terceiras VDs e 14 quartas VDs nas semanas seguintes.

Na véspera da VD, confirmávamos, por telefone, a sua realização, assim como a hora previamente definida. Caso surgisse algum contratempo por parte da puérpera, reajustava-se nova data. Consultávamos, previamente, a “Ficha da visita domiciliária no puerpério”, de modo a rever os aspetos mais relevantes da VD anterior, nomeadamente diagnósticos e intervenções de enfermagem.

O esclarecimento de dúvidas que a puérpera/família apresentavam continuava a ser uma constante. Inquirindo a puérpera e/ou pela observação, avaliávamos os resultados referentes às intervenções de enfermagem delineados na VD anterior.

No final da VD, repetíamos todos os passos do final da primeira VD, já referidos. O agendamento de novas VDs dependia da vontade e necessidade demonstradas pela puérpera e/ou da nossa avaliação.

O contacto com o enfermeiro de família era sempre efetuado após cada VD. Este trabalho revelou-se, ao longo do tempo, uma mais-valia em todo o processo do acompanhamento da puérpera/família. O encaminhamento/apoio dado à puérpera/família eram trabalhados em concordância com o enfermeiro de família/enfermeiro visitador - a mesma linguagem e a mesma atuação em relação aos cuidados a prestar. Quando se mostrava necessário o encaminhamento para outro profissional da saúde (psicólogo, assistente social,...), era feito através do centro de saúde.

Os registos efetuados no “Boletim de Saúde da Grávida” (DGS, 2000), no capítulo intercorrências relevantes, também se tornaram um excelente meio de articulação entre nós e o enfermeiro de família, a nível dos cuidados de saúde primários.

Entre a primeira e a segunda visita registamos 46 telefonemas efetuados pelas participantes. A partir da segunda VD, os contactos telefónicos continuaram, tendo sido a partir destes que se marcaram algumas terceiras e quartas VDs, principalmente pela ansiedade evidenciada e/ou referida pelas puérperas.

3.3 - CONSIDERAÇÕES SOBRE O RIGOR DO ESTUDO

Como estudo quase - experimental, reconhecemos a existência de ameaças à sua validade interna e externa, que possam colocar em causa a credibilidade e confiabilidade do mesmo. Considerando os fatores que Campbell e Stanley (1963) revelam como principais obstáculos à validade interna, damos a conhecer o modo como procedemos, de modo a minimizar a sua ameaça.

História - Relativamente a acontecimentos que ocorreram durante o período em que o estudo foi desenvolvido e que pudessem vir a concorrer com a variável independente na afetação da variável dependente, não se verificaram eventos que, de algum modo, a pudessem influenciar. Ao longo do tempo que durou a intervenção a que foi sujeito o GI, não foi implementado nenhum projeto na ULSCB, EPE que pudesse afetar o modo como se comportava o grupo. Também as equipas de saúde (tanto dos centros de saúde como do Hospital Amato Lusitano) envolvidas no estudo e no atendimento das participantes não sofreram alterações, sendo, assim, também um aspeto importante a considerar na minimização de ameaças à validade interna.

Maturação e teste - Como estudo longitudinal, todas as participantes do GC e GI foram sujeitas a três momentos de preenchimento de questionários, que aconteceram em tempos idênticos nos dois grupos. As alterações (físicas, psicológicas e sociais) que ocorreram ao longo do tempo em que participaram na investigação foram elas próprias sujeitas de análise. Cada um dos três questionários, sendo único, foi elaborado tendo em consideração as características do período gravídico ou puerperal em que foi aplicado.

Instrumentação - Os enfermeiros que colaboraram na entrega e recolha de questionários às participantes do estudo foram os mesmos nos dois grupos. O modo como foi desenvolvido todo o processo, desde o primeiro contacto, esclarecimento dos objetivos do estudo, as dúvidas sobre a entrega/recolha dos questionários, foi em tudo semelhante, tanto no GC, como no GI. Os nossos contactos e as nossas idas aos locais onde estava a decorrer o estudo, a partir do momento em que iniciamos a intervenção com o GI, tornou-se mais efetiva, já que a própria intervenção no domicílio previa o contacto com o enfermeiro de família. No entanto, o processo de entrega e recolha dos questionários processou-se como no GC.

Seleção - O facto de a seleção da amostra ter sido efetuada de um modo não aleatório torna-se uma ameaça à validade interna do estudo. Os critérios de inclusão impostos minimizaram esta ameaça. O trabalho de campo, desenvolvido de um modo sequencial, onde primeiro foram selecionadas as primeiras 100 participantes do GC, permitiu que, ao longo do tempo que durou essa aplicação e recolha dos questionários, todas as grávidas/puérperas, desde que reunissem os ditos critérios, pudessem fazer parte do grupo. A seleção das participantes do GI, que se seguiu logo ao término do trabalho de campo, efetuado com o GC, aconteceu tal como neste grupo - todas as grávidas/puérperas, desde que reunissem os critérios de inclusão, puderam fazer parte do grupo sujeito à intervenção, até perfazermos, igualmente, 100 participantes com a totalidade dos questionários preenchidos.

Mortalidade - Ao definirmos que o trabalho de campo terminaria quando o número das participantes no estudo fosse de 100 em cada grupo, a ameaça de eventuais desistências tornou-se um problema menor.

3.4 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Ao longo do estudo, foram respeitados os princípios éticos e deontológicos definidos, tanto no Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2003a), como no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (OE, 2012). Estes princípios integram-se nos princípios éticos das Diretrizes Éticas para a Investigação em Enfermagem, indicados pelo ICN (1996):

- **beneficência** e avaliação da maleficência - princípio que resulta em fazer o bem, não causando dano às participantes do estudo. Após a entrega pelos enfermeiros colaboradores no trabalho de campo dos questionários das participantes do GC, sempre que era detetado um valor da EPDS igual ou superior a 12, era comunicado ao enfermeiro de família que, posteriormente fazia a abordagem que lhe parecia mais adequada à puérpera/família. O grupo de participantes que foi alvo da intervenção pôde beneficiar das vantagens da VD descritas no primeiro capítulo, que se poderão traduzir pelos resultados obtidos;

- **confidencialidade** - a informação de carácter pessoal foi salvaguardada, reservando-se, unicamente, para fins de investigação;

- **fidelidade** - princípio que implica a confiança que deverá existir entre os envolvidos na investigação. Em todos os questionários entregues às participantes, encontrava-se o nosso contacto, caso pretendessem algum tipo de esclarecimento;

- **justiça**, que se reflete na equidade a existir nos grupos - a recolha dos dados no GC já tinha terminado, quando iniciamos as VDs no GI. Todas as puérperas deste grupo que reuniam os critérios de inclusão puderam fazer parte do estudo, durante o tempo em que decorreu o mesmo;

- **veracidade**, como sinónimo de dizer a verdade - neste princípio surge o consentimento livre e esclarecido que foi efetuado no primeiro contacto com cada uma das participantes, quando se efetivou a aplicação do primeiro questionário.

Tal como referimos anteriormente, o trabalho de campo a ser desenvolvido para realização do estudo foi precedido pelo pedido formal à administração da ULSCB, EPE - Comissão de Ética, que mereceu parecer favorável.

3.5 - PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos pela aplicação dos questionários foram armazenados no programa informático *Microsoft Office Access 2007*. O suporte informático para a sua organização e análise estatística foi o *Statistical Package for the Social Sciences* versão 20 (SPSS 20).

Para descrever e sintetizar os dados recorreremos à estatística descritiva: distribuição de frequência; medidas de tendência central (média, moda de mediana), medidas de dispersão (desvio padrão, coeficiente de variação, mínimo e máximo).

Pelo facto de o número da amostra ser de 100 participantes no GC e 100 participantes no GI omitimos na apresentação e análise dos dados as frequências absolutas, já que o seu valor é igual às frequências percentuais que são apresentadas.

Para a promoção dos meios que permitem tirar conclusões utilizamos a estatística inferencial (Polit et al., 2004).

A normalidade da distribuição de amostragem das variáveis em estudo foi verificada recorrendo ao teste de *Kolmogorov-Smirnov*.

Quando a variável em estudo é normalmente distribuída utilizamos o teste paramétrico - teste de *t student* para testar a diferença entre as médias de grupos independentes.

Para estudo das variáveis que não são normalmente distribuídas recorreremos a testes não paramétricos:

- teste *U Man-Whitney* para verificar a diferença nas classificações de scores em dois grupos independentes (variável nominal /variável ordinal ou intervalar);

- correlação de *Spearman* - para avaliar a existência de relação entre duas variáveis ordinais.

Recorremos ao teste do *Qui-quadrado* (χ^2) para testar a diferença nas proporções em dois ou mais grupos independentes (variável nominal/variável nominal), avaliando a relação existente entre variáveis qualitativas.

A interpretação dos testes estatísticos foi realizada com base no nível de significância de $p < 0,05$ com um intervalo de confiança de 95%. Para um valor de $p < 0,05$ o resultado do teste é significativo observando-se assim diferenças/relações significativas entre os grupos. Para um p - value $> 0,05$ os dados não nos permitem afirmar que há uma relação estatisticamente significativa entre os grupos.

Para avaliarmos a consistência interna das escalas utilizadas na pesquisa (EADS, EAAPP, EPDS) recorreremos ao coeficiente *alfa de Cronbach*.

CAPÍTULO 4 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Iniciamos este capítulo, com a apresentação de alguns dados obtidos dos registros efetuados na “Ficha da visita domiciliar no puerpério” quando desenvolvemos a nossa intervenção. São “achados” que nos parecem relevantes e que também contribuíram para a discussão dos resultados.

De seguida, apresentamos os resultados obtidos pelos instrumentos de colheita de dados, utilizados para o desenvolvimento deste estudo. São apresentados e analisados de uma forma sequencial, conforme os três momentos de avaliação efetuados ao longo da pesquisa, com a aplicação dos questionários.

Terminamos este capítulo com a análise das perturbações psicoemocionais no puerpério e variáveis avaliadas no estudo.

4.1 - DADOS OBTIDOS DA FICHA DA VISITA DOMICILIÁRIA NO PUERPÉRIO

As dúvidas/dificuldades e o acompanhamento da puérpera por pessoa significativa nas primeiras duas semanas de pós-parto, conforme podemos averiguar nos dois quadros que se seguem, enquadram-se na reflexão que efetuamos no âmbito da problemática em estudo.

Apresentamos no quadro 7 as principais dúvidas/dificuldades que as participantes evidenciaram na primeira VD. Destacam-se as dúvidas relativamente ao aleitamento materno com 88% de registros. As dúvidas mais relevantes tinham a ver com a duração/intervalo das mamadas, e os sinais de uma boa pega. Também eram frequentes as questões sobre as características do leite materno, como a quantidade e a qualidade do mesmo. Relacionada com a referência anterior surge em segundo lugar as complicações com as mamas, nomeadamente o ingurgitamento e fissuras mamárias. O ingurgitamento caracteriza-se pela distensão dolorosa das mamas devido à acumulação de leite no tecido mamário, edema relacionado com a obstrução da drenagem linfática, e ainda aumento da vascularização. Pode ocorrer como

resultado do esvaziamento mamário pouco frequente ou ineficaz. Ocorre habitualmente, nos três a cinco dias após o parto, altura em que normalmente efetuávamos a primeira VD. As fissuras mamárias relacionadas normalmente com uma técnica incorreta de amamentação e/ou cuidados de higiene inadequados das mamas, resultavam de atitudes incorretas que as puérperas adotavam, principalmente por uma informação mal compreendida ou mal fornecida pelos profissionais de saúde.

O peso do RN foi a terceira preocupação mais registada. O facto de muitas mulheres desconhecerem a capacidade gástrica do RN na primeira semana e as características do leite materno (nomeadamente a sua fácil digestibilidade), leva a que não entendam a necessidade da criança fazer cerca de 8 mamadas por dia. Acresce a este facto o número de dejeções que o bebé efetua. Ao falar de perda fisiológica de peso e recuperação deste mesmo peso terão que ser abordados os aspetos referidos. Ao compreender o porquê destes aspetos contribuímos para a diminuição das preocupações da mulher.

A dor na perineorrafia foi uma dificuldade referida por 36% das participantes durante a realização das VDs. Aquelas que a não referenciavam, quando as questionávamos relativamente a esse aspeto, diziam realmente quanto era incómodo e mesmo doloroso, o deambular e o sentar devido “aos pontos”. As estratégias que eram ensinadas às puérperas para alívio da dor/desconforto e as ações desenvolvidas (por vezes surgiu mesmo a necessidade da retirada dos fios de sutura) levaram, a que quando realizávamos a segunda VD este problema fosse referenciado por um número diminuto de participantes.

As alterações emocionais foram evidenciadas por 35% das puérperas. O choro fácil e o medo de não conseguir cuidar do filho foram os aspetos, que as participantes mais mencionaram. Como já referimos, as manifestações de BPP ocorrem nos primeiros dias pós-parto, desaparecendo por volta do décimo dia. Ao realizarmos a primeira VD na primeira semana pós-parto, mesmo que as mulheres o não referissem, tivemos a perceção muitas vezes de tristeza, choro fácil e desamparo nas puérperas. Quando eram questionadas normalmente associavam tais sentimentos à fadiga, às visitas ou noites mal dormidas. Esperamos que ao ouvir as suas queixas orientando/sugerindo algumas alterações nas rotinas, no repouso, nas horas das visitas, envolvendo também o acompanhante da puérpera, tenhamos contribuído para melhorar a capacitação da mulher em lidar com as referidas alterações emocionais.

As dúvidas acerca das características dos lóquios obtiveram 32% de registos.

As restantes dúvidas/dificuldades são na sua maioria aspetos relacionados com o RN, que têm a ver tanto com o desenvolvimento infantil, como com situações que possam evoluir para estados de doença.

Quadro 7 - Distribuição das principais dúvidas/dificuldades referidas pelas puérperas na primeira visita domiciliária

PRIMEIRA VISITA DOMICILIÁRIA	
Dúvidas/Dificuldades	%
Aleitamento materno	88
Ingurgitamento/ fissura mamária	63
Peso do RN	52
Dor na perineorrafia	36
Alterações emocionais	35
Lóquios	32
Cuidados de higiene ao RN	24
Choro do RN	21
Coto umbilical	13
Eliminação intestinal RN	11
Gestão do tempo	10
Características da pele do RN	9
Eritema da fralda	6
Necessidades hídricas do RN	4
Secreção ocular no RN	4
Aleitamento artificial	2
Consulta de revisão de puerpério	2
Contraceção	2
Peso da puérpera	2

No quadro 8 expomos as principais dúvidas/dificuldades evidenciadas pelas participantes nas VDs após a primeira semana, e pelas chamadas telefónicas.

Verificamos que o tema do aleitamento materno mantém-se como aquele que mais dúvidas e dificuldades suscita nas puérperas, embora com uma percentagem bem menor comparativamente com a primeira VD.

A dificuldade em a puérpera lidar com o choro da criança, que associam geralmente às cólicas do RN, continua a ser um registo que se verifica ao longo do tempo em que decorreu a intervenção, embora com cada vez menos referências.

As dúvidas/dificuldades relativas às alterações emocionais continuam a ser evidenciadas, mas em menor percentagem comparativamente com a primeira semana. À terceira semana normalmente já não falamos de BPP. O que poderá acontecer é que a persistência da sua sintomatologia possa indiciar algum risco da mulher vir a desenvolver DPP.

A gestão do tempo é uma dificuldade que as participantes referiram ao longo da nossa intervenção, embora com cada vez menos registos. Para isso contribuiu a aprendizagem que a mulher foi fazendo relativamente às prioridades das diferentes solicitações para que é chamada.

Os registos quanto às dúvidas sobre a eliminação intestinal do RN ocupam um lugar de destaque, principalmente nos telefonemas inter-visitas domiciliárias, com 12% das puérperas a solicitarem esclarecimentos sobre esta temática.

O facto de alguns RNs fazerem aleitamento artificial fez com que surgissem 2% de participantes com dúvidas colocadas por telefone, relativamente à preparação do biberão.

Destacamos 8% das participantes que telefonaram, porque necessitavam de falar com alguém que principalmente as escutasse, e/ou porque se sentiam tristes.

Poder esclarecer em tempo real, algo que perturba a puérpera, é a principal vantagem do uso do telefone. A partir destes contactos não só eram esclarecidas dúvidas, mas também se agendava nova VD em caso de necessidade.

Quadro 8 - Distribuição das principais dúvidas/dificuldades referidas pelas puérperas nas visitas domiciliárias após a primeira semana e chamadas telefónicas

SEGUNDA VISITA DOMICILIÁRIA		TERCEIRA / QUARTA VISITA DOMICILIÁRIA		TELEFONEMAS INTER - VISITAS DOMICILIÁRIAS	
Dúvidas/Dificuldades	%	Dúvidas/Dificuldades	%	Dúvidas/Dificuldades	%
Aleitamento materno	31	Aleitamento materno	6	Aleitamento materno	15
Choro /cólicas do RN	22	Alterações emocionais	5	Eliminação intestinal RN	12
Alterações emocionais	15	Choro/cólicas do RN	6	Choro/cólicas do RN	11
Gestão do tempo	10	Gestão do tempo	4	Alterações emocionais	8
Dor na perineorrafia	10	Eliminação intestinal RN	3	Congestão mamária	6
Eliminação intestinal RN	8	Peso do RN	2	Dor na perineorrafia	6
Peso do RN	3	Toma do contraceutivo oral	1	Características da pele do RN	5
Eritema da fralda	2			Reação vacinal do RN	3
Aleitamento artificial	2			Peso do RN	3
				Coto umbilical	3
				Secreção ocular no RN	2
				Preparação do biberão	2

Podemos verificar no quadro 9 que quando da realização da primeira VD, 40% das puérperas estavam acompanhadas pelo marido/companheiro. A mãe das participantes estava presente em 16% das situações. Também encontramos em 2% das visitas realizadas, a avó e uma amiga como as pessoas que estavam para acompanhar/ajudar a puérpera. As participantes que se encontravam só acompanhadas pelo filho perfazem 35% das situações.

Na segunda VD verificamos que os valores mencionados baixam drasticamente. Devemos ter presente que o subsídio parental inicial exclusivo do pai prevê a obrigatoriedade do gozo de dez dias úteis nos trinta dias após o nascimento do filho. Destes, cinco dias seguidos terão que ser usufruídos imediatamente após o nascimento do filho. Os restantes cinco dias poderão acontecer ou não na segunda semana, já que fica ao critério do progenitor, quando os deseja gozar. Compreendemos que este facto tenha contribuído, para que na segunda VD apenas 15% dos maridos/companheiros estivessem presentes. Relativamente à mãe da puérpera, também só em 4% das situações esteve presente quando da realização da segunda VD.

Nas terceira/quarta VDs apenas 10% das puérperas tinham a presença do marido e 2% o acompanhamento da mãe quando efetuamos a referida atividade.

Quadro 9 – Presença de acompanhante quando da realização das visitas domiciliárias

PRESENÇA DE ACOMPANHANTE	PRIMEIRA VISITA DOMICILIÁRIA %	SEGUNDA VISITA DOMICILIÁRIA %	TERCEIRA / QUARTA VISITA DOMICILIÁRIA %
Sem acompanhante	35	81	88
Marido	40	15	10
Mãe e marido	5	0	0
Mãe	16	4	2
Avó	2	0	0
Amiga	2	0	0
Total	100	100	100

4.2 - PRIMEIRA AVALIAÇÃO - DAS 35 ÀS 40 SEMANAS DE GRAVIDEZ

A primeira avaliação foi efetuada às participantes ainda em situação de grávidas. Ao aceitarem colaborar no estudo, era-lhes proposta a possibilidade de continuar a colaborar no mesmo com o preenchimento do segundo e terceiro questionários, desde que reunissem os critérios de inclusão para tal.

4.2.1 - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

Apresentamos no quadro 10 a análise referente à idade, escolaridade e estado civil das participantes na investigação.

A idade das intervenientes do estudo variou entre os 20 e os 35 anos, com uma média de 29,08 anos no GC e 28,33 anos no GI. O desvio padrão foi de 4,138 no GC e 4,050 no GI. A mediana no GC foi de 30 e no GI 28 anos.

Aplicando o teste *Kolmogorov-Smirnov*, verificamos que a idade não segue uma distribuição normal. O teste de *U Mann-Whitney*, com um $p = 0,117$, revela-nos que os dados não nos permitem afirmar que há uma relação estatisticamente significativa entre o GC e o GI, relativamente a esta variável.

A maioria das participantes no estudo referiu possuir formação académica correspondente ao 12º ano ou superior. A escolaridade máxima apresentada foi o mestrado (3% no GC e 1% no GI). Pelo contrário, 11,5% das participantes referiram possuir o 9º ano de escolaridade incompleto. A moda no GC foi a licenciatura, com 42% de referências, enquanto que no GI foi o 12º ano, com 36% de alusões. Com um $p = 0,165$ (teste do *Qui-quadrado*), os dados não nos permitem afirmar que há uma relação estatisticamente significativa entre os grupos, no que concerne à variável escolaridade.

Também na variável estado civil os dados não nos permitem afirmar que há uma relação estatisticamente significativa nos dois grupos ($p = 0,188$). A maioria das participantes vivia com o marido ou companheiro 57% e 24% respetivamente. As grávidas que referiram ser solteiras totalizam 18.5%.

Quadro 10 - Análise das diferenças entre o GC e o GI, em relação à idade, escolaridade e estado civil

Caracterização	GC	GI	N=200	(p)
	%	%	%	
Idade				
Menos de 25 anos	21	19	20,0	<i>Teste U Mann - Whitney</i> (p = 0,117)
25 a 30 anos	39	53	46,0	
Mais de 30 anos	40	28	34,0	
Total	100	100	100,0	
Escolaridade				
9º Ano (incompleto)	9	8	8,5	χ^2 (p = 0,165)
9º Ano (completo)	11	12	11,5	
12º Ano (incompleto)	4	9	6,5	
12º Ano (completo)	27	36	31,5	
Bacharelato	4	0	2,0	
Licenciatura	42	34	38,0	
Mestrado	3	1	2,0	
Total	100	100	100,0	
Estado Civil				
Casada	64	50	57,0	χ^2 (p = 0,188)
Solteira	15	22	18,5	
União de facto	21	28	24,5	
Total	100	100	100,0	

A profissão das participantes foi estruturada, tendo por base as orientações da Classificação Portuguesa das Profissões de 2010. Acrescentamos a categoria “desempregadas” e “estudantes”, em virtude do seu número significativo de referências (quadro 11).

O teste do *Qui-quadrado* indica-nos que há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, relativamente a esta variável. O grupo profissional mais referenciado no GC foi o de “especialistas das atividades intelectuais e científicas” (28%), enquanto que no GI foi

o de “trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores” com 29% de referências. Referimos, ainda, que 23% das participantes no estudo não desenvolviam qualquer atividade profissional (desempregadas e estudantes).

Quadro 11 - Análise das diferenças entre o GC e o GI, em relação ao grupo profissional

Profissão	GC	GI	N=200	χ^2 (p)
	%	%	%	
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	28	18	23,0	0,023
Técnicos e profissões de nível intermédio	9	5	7,0	
Pessoal administrativo	12	5	8,5	
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	25	29	27,0	
Trabalhadores não qualificados	7	16	11,5	
Desempregadas	18	20	19,0	
Estudantes (ensino superior)	1	7	4,0	
Total	100	100	100,0	

Relativamente à naturalidade, conforme se pode observar no quadro 12, a maioria das participantes era portuguesa (88% no GC e 91% no GI). O segundo país mais mencionado foi a França, com 4% de referências no GC e 3% no GI.

As restantes participantes distribuem-se por países não só da Europa como do continente africano (2% no GC e 3% no GI) e americano (2% no GC e 1% no GI). Os dados não nos permitem afirmar que há uma relação estatisticamente significativa entre os grupos, relativamente a esta variável ($p = 0,484$).

Quadro 12 - Análise das diferenças entre o GC e o GI, em relação ao país da naturalidade

Naturalidade / País	GC	GI	N = 200	χ^2 (p)
	%	%	%	
Alemanha	1	0	0,5	0,484
Angola	2	1	1,5	
Brasil	2	0	1,0	
Cabo Verde	0	1	0,5	
Estados Unidos	0	1	0,5	
França	4	3	3,5	
Guiné Bissau	0	1	0,5	
Inglaterra	1	0	0,5	
Polónia	1	0	0,5	
Portugal	88	91	89,5	
Roménia	1	0	0,5	
Suíça	0	1	0,5	
Ucrânia	0	1	0,5	
Total	100	100	100,0	

As participantes de naturalidade portuguesa eram, na maioria, do distrito de Castelo Branco (72,5%).

O segundo distrito mais aludido pelos dois grupos foi o de Lisboa. Coimbra e Santarém surgem como os terceiros distritos com maior número de referências. As restantes participantes, relativamente à sua naturalidade, distribuíam-se um pouco por todo o país, desde Bragança até Beja (quadro 13).

O teste do *Qui-quadrado*, com um $p = 0,852$, demonstra-nos que os dados obtidos não nos permitem afirmar que há uma relação estatisticamente significativa entre o GC e o GI, no que diz respeito ao “distrito da naturalidade”.

Quadro 13 - Análise das diferenças entre o GC e o GI, relativamente ao distrito da naturalidade

Naturalidade por distrito	GC	GI	N=200	χ^2 (p)
	%	%	%	
Estrangeiro	12	9	10,5	0,852
Beja	1	0	0,5	
Bragança	1	0	0,5	
Castelo Branco	71	74	72,5	
Coimbra	2	3	2,5	
Guarda	2	1	1,5	
Leiria	1	0	0,5	
Lisboa	5	6	5,5	
Portalegre	1	1	1,0	
Porto	1	3	2,0	
Santarém	3	2	2,5	
Viseu	0	1	0,5	
Total	100	100	100,0	

Relativamente ao “concelho de residência” existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ($p = 0,001$).

Podemos verificar pelo quadro 14, que o concelho com maior número de participantes no estudo foi o de Castelo Branco, com 66% no GC e 79% no GI.

Seguem-se os concelhos de Idanha-a-Nova e Proença-a-Nova que contribuem para o GC com 15% e 13%, de participantes respetivamente. Para o GI é o concelho de Oleiros que concorre com 8%.

Vila de Rei tal como Vila Velha de Ródão registam apenas 1% das participantes por cada concelho no GI.

Quadro 14 - Análise das diferenças entre o GC e o GI, relativamente ao concelho de residência

Concelho de residência	GC	GI	N =200	χ^2 (p)
	%	%	%	
Castelo Branco	66	79	72,5	0,001
Idanha-a-Nova	15	3	9,0	
Oleiros	1	8	4,5	
Proença-a-Nova	13	4	8,5	
Sertã	5	4	4,5	
Vila de Rei	0	1	0,5	
Vila Velha de Rodão	0	1	0,5	
Total	100	100	100,0	

4.2.2 - CARACTERIZAÇÃO OBSTÉTRICA

A idade gestacional igual ou superior a 35 semanas era um critério de inclusão para a participação no estudo. O teste de *Kolmogorov-Smirnov*, para duas amostras, confirmou que a distribuição da idade gestacional, na altura em que as participantes efetuaram o preenchimento do primeiro questionário, difere nos dois grupos em estudo ($p = 0,01$). As participantes do GI apresentam uma média de idade gestacional mais elevada (37,56 semanas), relativamente às participantes do GC (36,82 semanas). A variabilidade no GI é ligeiramente superior, com um desvio padrão de 1,466, relativamente ao GC, com 1,417.

A análise do quadro 15 permite constatar que as primigestas foram o grupo dominante das participantes (85% no GC e 86% no GI). A percentagem de mulheres com uma gravidez anterior é igual nos dois grupos (11% tanto no GC como no GI). Salientamos 4% das participantes do GC e 3% do GI que referiram ter tido duas gravidezes ou mais além da atual.

A gravidez foi planeada pela maioria das grávidas nos dois grupos. Apenas 20% das mulheres no GC e 27% no GI não a planearam.

Quanto ao desejo da gravidez, só 1% das participantes no GC, referiu ser uma gravidez não desejada quando preencheram o primeiro questionário.

Pelo teste do *Qui-quadrado*, verificamos que os dados não nos permitem afirmar que há uma relação estatisticamente significativa nos dois grupos, relativamente ao número de gravidezes ($p = 0,928$), planeamento ($p = 0,243$) e desejo da gravidez ($p = 0,316$).

Quadro 15 - Análise das diferenças entre o GC e o GI, em relação à história obstétrica

História obstétrica	GC	GI	N=200	χ^2 (p)
	%	%	%	
Número de gravidezes				
É a primeira vez	85	86	85,5	0,929
Uma vez (além da atual)	11	11	11,0	
Duas vezes ou mais (além da atual)	4	3	3,5	
Total	100	100	100,0	
Planeamento da gravidez				
Não planeada	20	27	23,5	0,243
Planeada	80	73	76,5	
Total	100	100	100,0	
Desejo da gravidez				
Não desejada	1	0	0,5	0,316
Desejada	99	100	99,5	
Total	100	100	100,0	

Como se pode observar no quadro 16, a aplicação do teste do *Qui-quadrado* revela-nos haver diferenças estatisticamente significativas nos dois grupos, relativamente à altura em que as participantes tiveram a primeira consulta ($p = 0,027$) e a frequência de aulas de preparação para o parto ($p = 0,001$). As participantes do GC iniciaram mais cedo a vigilância da gravidez, já que 99% realizaram a primeira consulta de saúde materna no primeiro trimestre (até às 12 semanas). No GI, 11% das participantes, só a partir das 13 semanas de gravidez, encetaram a vigilância de saúde pré-natal.

As aulas de preparação para o parto, realizadas quer a nível institucional (hospital), quer a nível de entidades privadas, foram frequentadas pela maioria das participantes do GC (59%). No GI, dominou o grupo que não fez qualquer preparação para o parto (73%).

Salientamos, a existência de 20% de participantes no GC e 15% no GI que realizaram mais de 15 sessões de preparação para o parto.

Relativamente ao local onde as participantes efetuaram as consultas de saúde materna, os dados não nos permitem afirmar que há uma relação estatisticamente significativa entre o GC e o GI ($p = 0,598$). O centro de saúde foi o local mais referenciado, com 58% no GC e 55% no GI. Algumas participantes mencionaram terem efetuado a vigilância da gravidez, tanto no centro de saúde, no seu médico de família, como no hospital, por um médico obstetra (19% no GC e 16% no GI).

Quadro 16 - Análise das diferenças entre o GC e o GI, em relação à vigilância da gravidez

Vigilância da gravidez	GC	GI	N=200	χ^2 (p)
	%	%	%	
Primeira consulta da gravidez				
Antes das 7 semanas	56	53	54,5	0,027
Das 7 às 12 semanas	43	36	39,5	
Das 13 às 23 semanas	1	8	4,5	
Depois de 23 semanas	0	3	1,5	
Total	100	100	100,0	
Local da consulta				
Centro de saúde	58	55	56,5	0,598
Centro de saúde e consulta externa do hospital	19	16	17,5	
Consulta externa do hospital	23	29	26,0	
Total	100	100	100,0	
Aulas de preparação para o parto				
Não frequentou	41	73	57,0	0,001
Frequentou menos de 10 sessões	13	1	7,0	
Frequentou de 10 a 15 sessões	26	11	18,5	
Frequentou mais de 15 sessões	20	15	17,5	
Total	100	100	100,0	

4.2.3 - EXPECTATIVAS PARA O PUERPÉRIO

Durante a gravidez, a maioria das participantes (95% do GC e 99% do GI) referiram esperar a ajuda de alguém, após a alta da maternidade (quadro 17).

Pelo teste do *Qui-quadrado*, os dados não nos permitem afirmar que há uma relação estatisticamente significativa entre o GC e o GI no que respeita às ajudas da “mãe da grávida” ($p = 0,474$), da “sogra da grávida” ($p = 1$) e de “outras pessoas” ($p = 0,663$).

Relativamente à ajuda do “pai da criança”, os dois grupos apresentam diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,005$). A percentagem de participantes do GI que esperam esta ajuda é maior (96%) que a percentagem de participantes do GC (84%).

No tipo de ajuda, que as grávidas esperam ter após o parto, os dados não nos permitem afirmar que há uma relação estatisticamente significativa nos dois grupos relativamente à “ajuda nas tarefas domésticas”, “ajuda nos cuidados à criança” e “autocuidado” (*Qui-quadrado* com $p = 0,415$; $0,753$ e $0,658$ respetivamente).

No tipo de ajuda “tomar conta da criança”, existem diferenças estatisticamente significativas nos dois grupos ($p = 0,004$). Há mais participantes do GI (68%) do que do GC (48%) que esperam vir a ter este apoio.

O tipo de ajudas que as participantes mais enumeraram foi a “ajuda nas tarefas domésticas” - 88% no GC e 84% no GI seguida da “ajuda nos cuidados à criança”, com 72% de referências em cada grupo.

A “ajuda no autocuidado” foi aquela que menos referências obteve tanto no GC (34%) como no GI (37%).

Quadro 17 - Análise das diferenças entre o GC e o GI, em relação às expectativas de ajuda no puerpério

Ajudas	GC	GI	N=200	χ^2 (p)
	%	%	%	
Pessoas que ajudam				
Ninguém	5	1	3,0	0,097
Pai da criança	84	96	90,0	0,005
Mãe da grávida	60	55	57,5	0,474
Sogra da grávida	27	27	27,0	1,000
Outras pessoas	7	5	6,0	0,663
Tipo de ajudas				
Tomar conta da criança	48	68	58,0	0,004
Ajuda nos cuidados à criança	72	72	72,0	0,753
Ajuda no autocuidado	34	37	35,5	0,658
Ajuda nas tarefas domésticas	88	84	86,0	0,415

4.2.4 - FONTES DE INFORMAÇÃO

No primeiro questionário, inquirimos as participantes, que ainda se encontravam grávidas, como esclareciam as dúvidas sobre a gravidez, o parto, o pós-parto e sobre os cuidados a prestar à criança. Analisando as respostas apresentadas no quadro 18, verificamos que os dois grupos se comportam de um modo semelhante em relação à ordem que ocupam os diferentes intervenientes nos esclarecimentos das dúvidas.

O “médico” é a principal fonte de informação, em questões relacionadas com a gravidez (73,5%), parto (64%), e pós-parto (58%) seguido do “enfermeiro”.

Para esclarecimento das dúvidas relativas aos cuidados a prestar à criança, a situação inverte-se, sendo o “enfermeiro” o profissional de saúde mais procurado (60%), seguido da “mãe da participante” (52,5%). O “médico” com 45,5% surge em terceiro lugar nas referências das grávidas.

Relativamente às questões sobre o parto, figura como terceira fonte de informação mais mencionada “as outras mães” (32% no GC e 36% no GI).

A “mãe da participante”, depois dos profissionais de saúde, é a pessoa que as grávidas mais procuram para esclarecer questões sobre o pós-parto (44,5%).

A “internet” é o terceiro recurso mais referenciado, a seguir aos profissionais de saúde, para esclarecimento de dúvidas sobre a gravidez e sobre o parto (45% e 37% respetivamente). Um dado que nos parece interessante é o lugar que ocupa esta rede aberta de comunicações mundial, como fonte de esclarecimento nas áreas mencionadas. A disponibilidade e a facilidade de acesso a este meio fazem com que detenha um lugar cimeiro, relativamente a “livros” e a “familiares”.

Para esclarecimento de questões sobre o parto, as “outras mães” ocupam um lugar de relevo (34%), logo a seguir aos profissionais de saúde.

A fonte de informação “livros”, à exceção da gravidez (situa-se em quarto lugar das preferências), ocupa sempre os últimos três lugares no esclarecimento de dúvidas em relação ao parto, pós-parto e cuidados a prestar à criança.

No GC existe uma referência a “outras fontes” em que é referida “uma vizinha” na clarificação de dúvidas sobre a gravidez, parto, pós-parto e cuidados a prestar à criança.

No GI a alusão a “outras fontes” no esclarecimento de dúvidas sobre a gravidez refere-se, à “linha saúde 24”.

Aplicando o teste do *Qui-quadrado*, verificamos que apenas em três variáveis há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. As participantes do GC recorrem mais ao “médico” para esclarecer as dúvidas em relação à gravidez e ao parto, do que as do GI. Estas, por sua vez, procuram mais nos “livros” informação sobre o parto, do que as do GC.

Quadro 18 - Análise das diferenças entre o GC e GI, em relação às fontes de informação na gravidez

Fontes de informação	GC	GI	N=200	χ^2 (p)
	%	%	%	
Dúvidas sobre a gravidez				
Mãe da participante	32	43	37,5	0,108
Enfermeiro	50	49	49,5	0,888
Médico	82	65	73,5	0,006
Familiares	17	16	16,5	0,849
Outras mães	27	22	24,5	0,411
Livros	29	34	31,5	0,447
Internet	46	44	45	0,776
Outras fontes	1	1	1	0,368
Dúvidas sobre o parto				
Mãe da participante	29	36	32,5	0,291
Enfermeiro	55	48	51,5	0,322
Médico	72	56	64,0	0,018
Familiares	17	18	17,5	0,852
Outras mães	32	36	34,0	0,550
Livros	18	31	24,5	0,033
Internet	37	37	37,0	1,00
Outras fontes	1	0	0,5	0,316
Dúvidas sobre o pós-parto				
Mãe da participante	40	49	44,5	0,200
Enfermeiro	51	48	49,5	0,671
Médico	64	52	58,0	0,086
Familiares	18	25	21,5	0,228
Outras mães	37	29	33,0	0,229
Livros	16	24	20,0	0,157
Internet	31	31	31	1,000
Outras fontes	1	0	0,5	0,316
Dúvidas sobre os cuidados a prestar à criança				
Mãe da participante	51	54	52,5	0,671
Enfermeiro	62	58	60,0	0,564
Médico	49	42	45,5	0,320
Familiares	18	25	21,5	0,228
Outras mães	39	31	35,0	0,236
Livros	21	22	21,5	0,863
Internet	30	28	29,0	0,755
Outras fontes	1	0	0,5	0,316

4.2.5 - ESTADO PSICOEMOCIONAL DAS PARTICIPANTES

Recorremos à EADS-21 (Pais Ribeiro et al., 2004), para a caracterização psicoemocional das participantes no estudo, efetuada quando preencheram o primeiro questionário entre as 35 e 40 semanas de gravidez. A cotação das sub-escalas, ansiedade, depressão e *stress*, compostas por 7 itens, varia entre 0 e 21, já que cada um dos 7 itens poderá tomar o valor de 0 - “não se aplicou nada a mim”; 1 - “aplicou-se a mim algumas vezes”; 2 - “aplicou-se a mim muitas vezes”; 3 - “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”.

A análise do quadro 19 permite constatar que a sub-escala *stress* apresenta o score com maior média - 8,80 no GC e 11,06 no GI. O desvio padrão é superior neste último grupo, com um valor de 8,88. A sub-escala depressão é aquela que apresenta o score com menor média nos dois grupos (2,72 no GC e 3,68 no GI). O desvio padrão também é maior no GI (5,58). Na sub-escala ansiedade, verificamos a maior diferença na média dos scores entre os dois grupos - 4,88 no GC e 7,70 no GI. O desvio padrão continua a ser maior neste último grupo.

Quadro 19 - Distribuição das medidas de estatísticas descritivas da EADS

Sub-escalas	Grupo	N	Média	Desvio padrão
<i>Stress</i>	Controlo	100	8,8000	7,14638
	Intervenção	100	11,0600	8,88742
Depressão	Controlo	100	2,7200	3,36974
	Intervenção	100	3,6800	5,58295
Ansiedade	Controlo	100	4,8800	4,44331
	Intervenção	100	7,7000	7,31610

Aplicando o teste *Kolmogorov-Smirnov*, concluímos que a variável ansiedade, a variável depressão e a variável *stress* não têm distribuição normal. Fomos comparar no GC e GI os níveis das referidas variáveis. O teste de *U Mann-Whitney* revelou que os dados não nos permitem afirmar que há uma relação estatisticamente significativa nos dois grupos, em relação ao *stress* ($p = 0,104$) e depressão ($p = 0,147$), não acontecendo o mesmo em relação à ansiedade, com um $p = 0,007$ (quadro 20).

Quadro 20 - Análise das diferenças entre o GC e o GI, em relação às sub-escalas da EADS

Sub-escalas	Grupo	N	MeanRank	Sum of Ranks	Teste U Mann - Whitney (p)
Ansiedade	Controlo	100	90,92	9092,00	0,007
	Intervenção	100	110,08	11008,00	
Depressão	Controlo	100	97,28	9728,00	0,147
	Intervenção	100	103,72	10372,00	
Stress	Controlo	100	95,77	9577,00	0,104
	Intervenção	100	105,23	10523,00	

Apresentamos no quadro 21 a análise das diferenças entre o GC e o GI, relativamente aos itens das três sub-escalas da EADS.

Pelo teste do *Qui-quadrado*, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas entre o GC e o GI no item 2 (senti a minha boca seca) e item 20 (senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso) na sub-escala ansiedade ($p = 0,017$ e $p = 0,002$, respetivamente).

Também existem diferenças estatisticamente significativas entre o GC e o GI no item 11 (dei por mim a ficar agitado) da sub-escala *stress* ($p = 0,028$).

Na sub-escala depressão os dois grupos comportam-se de um modo semelhante - os dados não nos permitem afirmar que há uma relação estatisticamente significativa entre o GC e GI em nenhum dos itens da sub-escala.

Quadro 21 - Análise das diferenças entre o GC e o GI, em relação aos itens das sub-escalas da EADS

Itens	Sub-escalas	χ^2 (p)
Ansiedade		
2	Senti a minha boca seca	0,017
4	Senti dificuldades em respirar	0,291
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0,084
9	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0,238
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0,064
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0,325
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0,002
Depressão		
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0,319
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0,114
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0,399
13	Senti-me desanimado e melancólico	0,078
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0,364
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0,339
21	Senti que a vida não tinha sentido	0,605
Stress		
1	Tive dificuldade em me acalmar	0,556
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0,089
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0,642
11	Dei por mim a ficar agitado	0,028
12	Senti dificuldade em me relaxar	0,258
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0,860
18	Senti que por vezes estava sensível	0,090

Baseando-nos na classificação definida por Lovibond e Lovibond (1995), propusemos classificar as 3 dimensões da EADS. Para isso, cada item é multiplicado por 2 (Pais Ribeiro, Honrado & Leal, 2004), já que a classificação proposta pelos autores da EADS se destinava, à versão inicial de 42 itens.

Como se pode observar no quadro 22, na dimensão ansiedade, 68% das participantes do GC e 54% do GI referem um grau “normal” (cotação da sub-escala entre 0-7). Segue-se 12% de participantes do GC e 21% do GI com ansiedade “moderada” (cotação da sub-escala

entre 10-14). Realçamos, ainda, 1% das mulheres no GC e 7% no GI com ansiedade “muito severa” (cotação da sub-escala igual ou superior a 20).

Quadro 22 - Distribuição das participantes por classificação da sub-escala ansiedade da EADS

Sub-escala ansiedade			
Classificação	GC	GI	N=200
	%	%	%
Normal (0-7)	68	54	61,0
Leve (8-9)	18	13	15,5
Moderada (10-14)	12	21	16,5
Severa (15-19)	1	5	3,0
Muito severa (20+)	1	7	4,0
Total	100	100	100,0

Podemos verificar no quadro 23 que relativamente à depressão, a maioria das participantes referiu características comportamentais que as classificava num grau “normal” (cotação entre 0-9) - 92% no GC e 86% no GI. Destacamos 2% das puérperas do GI, em que uma se classificou em depressão “severa” (cotação entre 21-27) e outra em depressão “muito severa” (cotação igual ou superior a 28).

Da análise das três sub-escalas, ansiedade, *stress* e depressão, esta é que apresenta maior percentagem de participantes classificadas num grau “normal”.

Quadro 23 - Distribuição das participantes por classificação da sub-escala depressão da EADS

Sub-escala depressão			
Classificação	GC	GI	N=200
	%	%	%
Normal (0-9)	92	86	89,0
Leve (10-13)	7	7	7,0
Moderada (14-20)	1	5	3,0
Severa (21-27)	0	1	0,5
Muito severa (28+)	0	1	0,5
Total	100	100	100,0

A sub-escala *stress* revelou-nos que a maioria das participantes no estudo se classificava em *stress* “normal” (cotação entre 0-14), embora se verifique uma maior percentagem no GC (83%) do que no GI (75%). Neste último grupo, 7% das participantes referiam *stress* “severo” (cotação entre 26-33) e 3% (34 ou mais de cotação) *stress* “muito severo” (quadro 24).

Quadro 24 - Distribuição das participantes por classificação da sub-escala *stress* da EADS

Sub-escala <i>stress</i>			
Classificação	GC	GI	N=200
	%	%	%
Normal (0-14)	83	75	79,0
Leve (15-18)	9	7	8,0
Moderado (19-25)	6	8	7,0
Severo (26-33)	1	7	4,0
Muito severo (34+)	1	3	2,0
Total	100	100	100,0

4.3 - SEGUNDA AVALIAÇÃO - PRIMEIROS DEZ DIAS DE PUERPÉRIO

A segunda avaliação foi efetuada pelos dados registados no segundo questionário, preenchido pelas participantes no estudo entre o 5º e 10º dia de puerpério. Com uma distribuição normal, os dados não nos permitem afirmar que há uma relação estatisticamente significativa entre o GC e CI, relativamente à altura (tempo de puerpério) em que foi efetuado o preenchimento do questionário (teste T com $p = 0,657$). A média no GC foi de 7,62 dias e no GI 7,53 dias. O desvio padrão foi ligeiramente superior no GC (1,462), comparativamente ao do GI (1,396).

4.3.1 - O INTERNAMENTO NA MATERNIDADE

Quanto às variáveis relacionadas com o parto (quadro 25), o teste do *Qui-quadrado* indica que os dados não nos permitem afirmar que há uma relação estatisticamente significativa entre o GC e o GI.

Nasceram mais crianças do sexo feminino (52,5%) do que do sexo masculino (47,5%). A diferença entre o GC e GI foi de apenas 1% tanto em relação ao nascimento de meninas como ao nascimento de meninos.

A maioria dos pais das crianças não esteve presente durante o trabalho de parto (55% no GC e 68% no GI).

A percentagem de participantes que referiram ter tido um parto normal (ou parto eutócico) (52% no GC e 50% no GI) foi próxima, da percentagem de mulheres que referiram ter tido um parto distócico (fórceps e ventosa) (48% no GC e 50% no GI). O parto normal, com corte no períneo, foi o que obteve maior número de referências. Apenas 5% das mulheres do GC mencionaram ter tido um parto normal, sem corte no períneo.

Uma participante do GI referiu ter tido como complicação, durante o parto, um “nó do cordão umbilical”. Relativamente às complicações com a criança, durante o internamento, 7% das participantes no GC e 5% no GI mencionaram a “icterícia”. Em qualquer das situações, as

complicações referidas não foram impeditivas para que tanto a puérpera como o RN tivessem tido alta da maternidade, até 72 horas pós-parto.

Quadro 25 - Análise das diferenças entre o GC e GI, em relação às características do parto e do RN

Características do parto e RN	GC	GI	N=200	χ^2 (p)
	%	%	%	
Sexo da criança				
Feminino	52	53	52,5	0,887
Masculino	48	47	47,5	
Presença do pai da criança durante o trabalho de parto				
Não	55	68	61,5	0,059
Sim	45	32	38,5	
Tipo de parto				
Distócico (fórceps e ventosa)	48	50	49,0	0,777
Normal com corte no períneo	47	50	51,0	
Normal sem corte no períneo	5	0		
Complicações durante o parto				
Não	100	99	99,5	—
Nó do cordão umbilical	0	1	0,5	
Complicações com a criança durante o internamento				
Não	93	95	94,0	0,552
Icterícia	7	5	6,0	

4.3.2 - AS AJUDAS NO PUERPÉRIO

No quadro 26 apresentamos a análise relativamente às ajudas nos primeiros 10 dias de puerpério. Apenas 2% das participantes do GC disseram não ter a ajuda de ninguém. A única referência em que existem diferenças estatisticamente significativas nos dois grupos é a ajuda do “pai da criança” (no entanto, foi a pessoa mais nomeada pelas puérperas nos dois grupos). As participantes do GI referiram mais esta ajuda (97%) que as do GC (90%). Relativamente a outras ajudas, os dados não nos permitem afirmar que há uma relação estatisticamente

significativa entre os grupos. Salientamos que a “mãe da puérpera” foi a segunda pessoa mais mencionada nos dois grupos (55% no GC e 50% no GI).

O tipo de ajudas “tomar conta da criança” foi aquela em que os dois grupos mostram diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,045$). Este tipo de ajuda foi mais citado pelas puérperas do GI (72%) do que pelas puérperas do GC (41%). A “ajuda nos cuidados à criança” obteve igual percentagem nos dois grupos (67%), sendo que a ajuda menos referida pelas participantes é a “ajuda no autocuidado” (16% no GC e 19% no GI).

Quadro 26 - Análise das diferenças entre o GC e GI, em relação às ajudas nos primeiros 10 dias de puerpério

Ajudas nos primeiros 10 dias de puerpério	GC	GI	N=200	χ^2 (p)
	%	%	%	
Ninguém	2	0	1,0	0,155
Pai da criança	90	97	93,5	0,045
Mãe da puérpera	55	50	52,5	0,479
Sogra da puérpera	24	23	23,5	0,868
Outras pessoas	12	7	9,5	0,228
Tipo de ajudas				
Tomar conta da criança	41	72	56,5	0,001
Ajuda nos cuidados à criança	67	67	67,0	1,000
Ajuda no autocuidado	16	19	17,5	0,577
Ajuda nas tarefas domésticas	84	81	82,5	0,577

4.3.3 - FONTES DE INFORMAÇÃO

Podemos verificar no quadro 27 que as fontes de informação nos primeiros 10 dias de puerpério, em que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, são o “enfermeiro”, o “médico” e “outras mães”. O “enfermeiro” ocupa um lugar de destaque como a principal fonte de esclarecimento de dúvidas no GI, em relação aos cuidados a prestar à criança e ao autocuidado à puérpera (91% de referências em cada variável). No GC, é o “médico” que se distingue nestes lugares, logo seguido do “enfermeiro”. As participantes

deste grupo também procuram mais as “outras mães” (29%) como fonte de informação sobre os cuidados a prestar à criança, do que as participantes do GI (15%). A “mãe da participante” surge nos dois grupos, como a terceira opção mais referenciada para o esclarecimento de dúvidas tanto em relação aos cuidados a prestar à criança, como no autocuidado. A “internet” apresenta maior percentagem de respostas, tanto no GC como no GI, relativamente aos “livros”.

As “outras fontes”, mencionadas pelas participantes do GC e GI referem-se em todas as situações a “vizinha”.

Quadro 27 - Análise das diferenças entre o GC e GI, em relação às fontes de informação nos primeiros 10 dias de puerpério

Fontes de informação nos primeiros 10 dias de puerpério	GC	GI	N=200	χ^2 (p)
	%	%	%	
Dúvidas sobre os cuidados a prestar à criança				
Mãe da participante	48	59	53,5	0,119
Enfermeiro	61	91	76,0	0,001
Medico	62	48	55,0	0,047
Familiares	23	26	24,5	0,622
Outras mães	29	15	22,0	0,017
Livros	10	13	11,5	0,506
Internet	33	22	27,5	0,082
Outras fontes	1	2	1,5	0,391
Dúvidas sobre o autocuidado				
Mãe da participante	46	50	48,0	0,571
Enfermeiro	54	91	72,5	0,001
Médico	60	44	52,0	0,024
Familiares	17	28	22,5	0,063
Outras mães	25	15	20,0	0,077
Livros	8	11	9,5	0,469
Internet	26	21	23,5	0,404
Outras fontes	1	1	1,0	0,368

4.3.4 - ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA

Como se pode observar no quadro 28 existem diferenças estatisticamente significativas nos dois grupos, em relação à alimentação da criança ($p = 0,002$). No GI, a percentagem de crianças que fazia aleitamento materno exclusivo nos primeiros 10 dias de puerpério era maior (79%), relativamente às crianças do GC (61%). Temos 5% de crianças no GC e 8% no GI com aleitamento artificial. O aleitamento materno e artificial foi referido por um grupo considerado de puérperas - 34% no GC e 13% no GI.

Quadro 28 - Análise das diferenças entre o GC e GI, quanto à alimentação da criança nos primeiros 10 dias de puerpério

Alimentação da criança nos primeiros 10 dias de puerpério	GC	GI	N=200	$\chi^2(p)$
	%	%	%	
Aleitamento materno e artificial	34	13	23,5	0,002
Aleitamento artificial	5	8	6,5	
Aleitamento materno exclusivo	61	79	70,0	
Total	100	100	100,0	

4.3.5 - ESTADO PSICOEMOCIONAL DAS PARTICIPANTES

Para avaliação do estado psicoemocional das participantes, nos primeiros 10 dias de puerpério, recorremos à EAAPP, desenvolvida por Sousa e Leal (2007). Composta por 16 itens. Os resultados são interpretados, de acordo com os intervalos de referência:

[1 - 3] - ausência de alterações psicoemocionais do puerpério significativas;

[3 - 4] - presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério moderadas;

[4 - 6] - presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério severas (Sousa & Leal 2007).

No quadro 29 verificamos que a média de scores foi ligeiramente superior no GC, com 2,3469, relativamente ao GI (2,2644). O desvio padrão foi muito semelhante nos dois grupos (0,86102 e 0,85704 no GC e GI respetivamente).

Quadro 29 - Distribuição das medidas de estatísticas descritivas da EAAPP pelas participantes

EAAPP			
Grupo	N	Média	Desvio padrão
Controlo	100	2,3469	0,86102
Intervenção	100	2,2644	0,85704

Aplicando o teste *Kolmogorov-Smirnov*, concluímos que a variável alterações psicoemocionais do puerpério não tem distribuição normal. O teste do *Qui-quadrado* com $p = 0,066$ indica, que os dados não nos permitem afirmar que há uma relação estatisticamente significativa entre os grupos (quadro 30).

A escala revela a “ausência de alterações psicoemocionais do puerpério significativas”, na maioria das participantes - 65% no GC e 77% no GI. Com “presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério severas”, encontramos 3% das participantes do GC e 5% do GI. Um grupo significativo de participantes (32% no GC e 18% no GI) enquadram-se no grupo com “presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério moderadas”.

Quadro 30 - Análise das diferenças entre o GC e o GI, relativamente à classificação da EAAPP

Classificação da EAAPP	GC	GI	Total N=200	$\chi^2(p)$
	%	%	%	
Ausência de alterações psicoemocionais do puerpério significativas	65	77	71,0	0,066
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério moderadas	32	18	25,0	
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério severas	3	5	4,0	
Total	100	100	100,0	

Averiguamos, de seguida, a possibilidade da presença de itens da EAAPP, em que existam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Pela aplicação do teste do *Qui-quadrado*, verificamos dois itens que integram a sub-escala ansiedade (“senti-me esgotada” e “senti dificuldade em relaxar”), e um item da sub-escala preocupação (“senti-me assustada sem ter tido uma razão para isso”) em que tal se verifica ($p = 0,010$, $p = 0,047$ e $p = 0,026$ respetivamente). A percentagem de participantes que referem mais alterações, relativamente aos itens referidos, pertence ao GI.

Quadro 31 - Análise das diferenças entre o GC e o GI, em relação aos itens da EAAPP

Itens da EAAPP	$\chi^2(p)$
1 - Senti-me insegura ao prestar cuidados ao meu bebé.	0,080
2 - Sinto que não domino os cuidados que presto ao meu bebé.	0,695
3 - Senti-me triste e deprimida.	0,287
4 - Senti medo de não conseguir prestar os cuidados ao bebé por não estar familiarizada com esta nova situação.	0,941
5 - Tive dificuldade em me acalmar	0,660
6 - Senti-me esgotada.	0,010
7 - Senti-me melancólica e desanimada.	0,847
8 - Fiquei facilmente ansiosa, em relação aos cuidados a ter com o bebé	0,302
9 - Senti-me aterrorizada.	0,149
10 - Dei por mim a ficar agitada.	0,219
11 - Tive crises de choro.	0,727
12 - Senti-me sozinha.	0,599
13 - Senti-me assustada, sem ter tido uma razão para isso.	0,047
14 - Senti dificuldade em relaxar.	0,026
15 - Senti cansaço mental.	0,688
16 - Senti-me cansada e/ou fraquejar.	0,351

4.4 - TERCEIRA AVALIAÇÃO - DAS SEIS ÀS NOVE SEMANAS DE PUERPÉRIO

A terceira avaliação foi efetuada pelos dados registados no terceiro questionário preenchido pelas participantes, entre as 6 e as 9 semanas do puerpério. Os dados não nos permitem afirmar que há uma relação estatisticamente significativa entre o GC e GI, relativamente à altura (semanas de puerpério) em que foi efetuado o preenchimento do questionário (teste do *Qui-quadrado* revelou um $p = 0,838$). A moda nos dois grupos foram as 8 semanas (quadro 32).

Quadro 32 - Análise das diferenças entre o GC e o GI, em relação ao tempo de puerpério do terceiro questionário

Semanas de puerpério	GC	GI	N= 200	$\chi^2(p)$
	%	%	%	
6	24	26	25,0	0,838
7	24	20	22,0	
8	30	28	29,0	
9	22	26	24,0	
Total	100	100	100,0	

4.4.1 - AS AJUDAS NO PUERPÉRIO

Verificamos no quadro 33 que no final do puerpério, relativamente às “pessoas que ajudam” e “tipo de ajuda”, os dados não nos permitem afirmar que há uma relação estatisticamente significativa entre os grupos. O “pai da criança” é a pessoa mais mencionada pelas participantes (93% no GC e 95% no GI). A “mãe da puérpera” continua como a segunda ajuda mais referida (40% no GC e 30% no GI). Salientamos, ainda, 3% das puérperas do GC e 1% do GI que dizem não ter ninguém que as auxilie.

A “ajuda nas tarefas domésticas” surge como a mais referenciada - 80% no GC e 75% no GI. A “ajuda nos cuidados à criança” também é referida por um número elevado de

puérperas (68% no GC e 70% no GI). A “ajuda no autocuidado” é a que recebeu menos alusões pelas participantes - 7% no GC e 11% no GI.

Quadro 33 - Análise das diferenças entre o GC e GI, em relação às ajudas no final do puerpério

Ajudas no final do puerpério	GC	GI	N=200	χ^2 (p)
	%	%	%	
Ninguém	3	1	2,0	0,312
Pai da criança	93	95	94,0	0,552
Mãe da puérpera	40	30	35,0	0,138
Sogra da puérpera	14	11	12,5	0,521
Outras pessoas	5	4	4,5	0,733
Tipo de ajudas				
Tomar conta da criança	52	63	57,5	0,116
Ajuda nos cuidados à criança	68	70	69,0	0,760
Ajuda no autocuidado	7	11	9,0	0,323
Ajuda nas tarefas domésticas	80	75	77,5	0,397

4.4.2 - FONTES DE INFORMAÇÃO

O “enfermeiro” é a principal fonte de informação, em relação às dúvidas sobre os cuidados a prestar à criança e dúvidas sobre o autocuidado, sendo a única variável em que existem diferenças estatisticamente significativas nos dois grupos ($p = 0,001$). As participantes do GI elegem este profissional de saúde como a principal fonte de informação. No GC, o “médico” é o mais referenciado, logo seguido do “enfermeiro”.

A “mãe da participante” surge como a terceira opção mais citada. A “internet” torna-se novamente na quinta escolha, como fonte de esclarecimento de dúvidas relativas aos cuidados a prestar à criança e o autocuidado da puérpera.

Os “livros” continuam como a fonte de informação menos mencionada pelas participantes dos dois grupos (quadro 34).

Quadro 34 - Análise das diferenças entre o GC e GI, em relação às fontes de informação no final do puerpério

Fontes de informação no final do puerpério	GC	GI	N=200	χ^2 (p)
	%	%	%	
Dúvidas sobre os cuidados a prestar à criança				
Mãe da participante	49	49	49,0	1,000
Enfermeiro	63	96	79,5	0,001
Médico	67	59	63,0	0,241
Familiares	17	18	17,5	0,852
Outras mães	24	15	19,5	0,108
Livros	12	10	11,0	0,651
Internet	34	23	28,5	0,085
Outras fontes	1	0	0,5	-
Dúvidas sobre o autocuidado				
Mãe da participante	43	45	44,0	0,776
Enfermeiro	59	95	77,0	0,001
Medico	68	56	62,0	0,080
Familiares	15	20	17,5	0,352
Outras mães	22	12	17,0	0,060
Livros	9	11	10,0	0,637
Internet	32	24	28,0	0,208

4.4.3 - ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA

A aplicação do teste do *Qui-quadrado* revela-nos que há diferenças estatisticamente significativas nos dois grupos, relativamente à alimentação da criança no final do puerpério (p= 0,001).

Os filhos das participantes do GI fazem mais aleitamento materno exclusivo (71%), que as do GC (38%).

A alimentarem o filho com leite artificial apresentam-se 23% das puérperas do GC e 10% do GI. Na totalidade das participantes do GI, 90% dos filhos fazem aleitamento materno (quadro 35).

Quadro 35 - Análise das diferenças entre o GC e GI, quanto à alimentação da criança no final do puerpério

Final puerpério	GC	GI	N=200	$\chi^2(p)$
	%	%	%	
Aleitamento materno e artificial	39	19	29,0	0,001
Aleitamento artificial	23	10	16,5	
Aleitamento materno exclusivo	38	71	54,5	
Total	100	100	100,0	

No quadro 36 analisamos como se comportavam as participantes do estudo, relativamente ao tipo de alimentação dos filhos ao longo do puerpério. O teste do *Qui-quadrado* indica-nos que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, relativamente a esta variável. As crianças a fazerem aleitamento materno exclusivo no final do puerpério, 99,1% tinham feito nos primeiros 10 dias pós-parto o mesmo tipo de alimentação. A percentagem maior das crianças com aleitamento artificial no final do puerpério provém do grupo que nos primeiros 10 dias de pós-parto era alimentada com aleitamento materno e artificial (42,4%). As crianças que no final do mesmo faziam aleitamento materno e artificial, 44,8% tinham feito aleitamento materno exclusivo nos primeiros 10 dias de puerpério.

Quadro 36 - Análise da relação entre a alimentação da criança no final e nos primeiros 10 dias de puerpério

Alimentação da criança nos primeiros 10 dias de puerpério		Alimentação da criança no final do puerpério			Total	$\chi^2(p)$
		Aleitamento materno e artificial	Aleitamento artificial	Aleitamento materno exclusivo		
Aleitamento materno e artificial	n	32	14	1	47	0,001
	%	55,2	42,4	0,9	23,5	
Aleitamento artificial	n	0	13	0	13	
	%	0,0	39,4	0,0	6,5	
Aleitamento materno exclusivo	n	26	6	108	140	
	%	44,8	18,2	99,1	70,0	
Total	N	58	33	109	200	
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	

4.4.4 - SITUAÇÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA

O teste do *Qui-quadrado* ($p = 0,001$) indica-nos que há diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, relativamente à procura dos serviços de saúde relacionados com a criança. Ao longo do puerpério 30% das participantes do GC tiveram necessidade de recorrer aos serviços de saúde, por problemas relacionados com o filho. No GI este número é de apenas 7%.

As participantes do GC procuraram mais a urgência do hospital, enquanto que as do GI procuraram, de um modo muito equitativo, tanto o centro de saúde como a urgência do hospital (quadro 37).

Quadro 37 - Análise das diferenças entre o GC e GI, em relação à necessidade de procura dos serviços de saúde para o filho

Procura dos serviços de saúde	GC	GI	N=200	$\chi^2(p)$
	%	%	%	
Sem necessidade	70	93	81,5	0,001
Centro de saúde	10	3	6,5	
Serviço de saúde privado	2	0	1,0	
Urgência do hospital	18	4	11,0	
Total	100	100	100,0	

Pela análise do quadro 38, verificamos que o motivo mais referenciado, relacionado com a criança, que levou a puérpera a procurar os serviços de saúde, se atribui a “problemas do sistema gastrointestinal”, nomeadamente as “cólicas” (8% no GC e 2% no GI).

Os “problemas respiratórios” surgem como a segunda causa mais mencionada (7% no GC e 1% no GI).

As “situações relacionadas com a alimentação/peso” são a terceira razão da procura dos serviços de saúde, com 4% no GC e 1% no GI.

O “choro” da criança levou 4% das puérperas do GC a procurar ajuda especializada. Os “problemas do sistema tegumentar” e “conjuntivite” contribuem de igual modo com 1,5%

do total das referências na procura de auxílio. As restantes referências (principalmente pelas participantes do GC) distribuem-se por diversos motivos ligados a processos infecciosos.

Quadro 38 - Distribuição das participantes, por problemas de saúde relacionados com a criança

Problemas de saúde da criança	GC	GI	N=200
	%	%	%
Sem problemas	70	93	81,5
Problemas do sistema gastrointestinal (cólicas, obstipação)	8	2	5,0
Problemas respiratórios	7	1	4,0
Situações relacionadas com a alimentação /peso	4	1	2,5
Choro	3	0	1,5
Conjuntivite	2	1	1,5
Problemas com o sistema tegumentar (eczema, icterícia)	2	1	1,5
Infeção urinária	1	1	1,0
Candidíase oral	1	0	0,5
Otite	1	0	0,5
Abcesso devido à vacina	1	0	0,5
Total	100	100	100,0

4.4.5 - SITUAÇÃO DE SAÚDE DA PUÉRPERA

Com um $p=0,479$, o teste do *Qui-quadrado* indica-nos que os dados não nos permitem afirmar que há uma relação estatisticamente significativa entre os grupos, relativamente à necessidade de procura dos serviços de saúde relacionados com a puérpera.

No GC, 11% das participantes procuraram estes serviços para resolverem situações relacionadas com a sua própria saúde, enquanto que no GI, esta percentagem foi de 5%.

O serviço mais procurado foi o centro de saúde (5% no GC e 3% no GI), seguido da urgência do hospital (4% no GC e 1% no GI) (quadro 39).

Quadro 39 - Análise das diferenças entre o GC e GI, em relação à necessidade de procura dos serviços de saúde para a puérpera

Procura dos serviços de saúde	GC	GI	N=200	$\chi^2(p)$
	%	%	%	
Sem necessidade	89	95	92,0	0,479
Centro de saúde	5	3	4,0	
Serviço de saúde privado	1	1	1,0	
Urgência do hospital	4	1	2,5	
Linha saúde 24	1	0	0,5	
Total	100	100	100,0	

Constatamos no quadro 40 que, os problemas mais mencionados pelas puérperas, que as levaram a procurar ajuda, relacionam-se com as “mamas” (congestão mamária, fissuras mamilares e mastite) (5% no GC e 3% no GI).

Outros motivos das puérperas do GC referem-se a processos infecciosos e dolorosos.

No GI, salientamos 1% das puérperas que mencionaram a “ansiedade” e 1% a “incontinência urinária” como motivos para procurarem os serviços de saúde.

Quadro 40 - Distribuição das participantes, por problemas de saúde relacionados com a própria

Problemas de saúde da puérpera	GC	GI	N=200
	%	%	%
Sem problemas	89	95	92,0
Problemas com as mamas	5	3	4,0
Problemas com a perineorrafia	4	0	2,0
Ansiedade	0	1	0,5
Febre	1	0	0,5
Hemorroidas	1	0	0,5
Incontinência urinária	0	1	0,5
Total	100	100	100,0

4.4.6 - DIFICULDADES NO PUERPÉRIO

Questionamos as participantes do estudo sobre as dificuldades sentidas ao longo do puerpério. O teste do *Qui-quadrado* revelou haver diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, relativamente às participantes que não referiram dificuldades ($p= 0,021$). Há mais puérperas do GI que não referem dificuldades (38%), comparativamente às do GC (23%). No grupo das puérperas que referiram dificuldades, pedimos que assinalassem as três principais. “Compreender o choro da criança” foi, sem dúvida, a dificuldade mais mencionada pelos dois grupos (53% no GC e 45% no GI). A “alimentação da criança” foi a segunda mais referenciada - 29% no GC e 21% no GI.

As “alterações psicológicas” são referidas em terceiro lugar pelos dois grupos. Com um $p = 0,037$, o teste do *Qui-quadrado* indica-nos que há diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos relativamente a esta variável. As participantes do GC referem mais dificuldades em lidar com as “alterações psicológicas” (27%), do que as puérperas do GI (15%).

Como podemos verificar pelo quadro 41, em relação às restantes dificuldades expostas pelas puérperas, os dados não nos permitem afirmar que há uma relação estatisticamente significativa entre os dois grupos.

Quadro 41 - Análise das diferenças entre o GC e GI, em relação às dificuldades referidas pelas puérperas

Dificuldades referidas pelas puérperas	GC	GI	N=200	$\chi^2(p)$
	%	%	%	
Sem dificuldades	23	38	30,5	0,021
Higiene da criança	5	1	3,0	0,097
Alimentação da criança	29	21	25,0	0,191
Compreender o choro da criança	53	45	49,0	0,258
Alterações físicas da própria (puérpera)	14	10	12,0	0,384
Alterações psicológicas da própria (puérpera)	27	15	21,0	0,037
Relacionamento com o pai da criança	11	6	8,5	0,205
Gestão do tempo	2	0	1,0	0,364

4.4.7 - ESTADO PSICOEMOCIONAL DAS PARTICIPANTES

O estado psicoemocional das puérperas foi avaliado com o recurso à EPDS. Esta escala, com 10 questões cotadas de 0 a 3, indica a probabilidade da mulher desencadear DPP, se o resultado for igual ou superior a 12 (DGS, 2006).

O teste do *Qui-quadrado* revela-nos que há diferenças estatisticamente significativas nos dois grupos, em relação ao resultado da EPDS. Há mais participantes do GC com “risco elevado” de DPP (pontuação de 12 ou mais), comparativamente com as participantes do GI (quadro 42).

Quadro 42 - Análise das diferenças entre o GC e o GI, relativamente à classificação da EPDS

Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo				
Classificação	GC	GI	N=200	$\chi^2(p)$
	%	%	%	
Baixo risco	86	96	91,0	0,013
Risco elevado	14	4	9,0	
Total	100	100	100,0	

Pela análise dos itens que formam a EPDS, constatamos que, na maioria deles, existem diferenças estatisticamente significativas entre o CG e o GI.

As diferenças relacionam-se com itens de humor depressivo (“tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal” e “tenho-me sentido triste ou muito infeliz”); diminuição da capacidade de tomar decisões (“tenho sentido que são coisas demais para mim”); sintomas fisiológicos (“tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal”); alterações de comportamento (“tenho-me sentido tão infeliz que choro”); perda do prazer em atividades anteriormente consideradas agradáveis (“tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas”) (quadro 43).

Quadro 43 - Análise das diferenças entre o GC e o GI, em relação aos itens da EPDS

Itens da EPDS	$\chi^2(p)$
1 - Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas.	0,042
2 - Tenho tido esperança no futuro.	0,207
3 - Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal.	0,003
4 - Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo	0,212
5 - Tenho-me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo.	0,335
6 - Tenho sentido que são coisas demais para mim.	0,005
7 - Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal.	0,024
8 - Tenho-me sentido triste ou muito infeliz.	0,033
9 - Tenho-me sentido tão infeliz que choro.	0,002
10 - Tive ideias de fazer mal a mim mesma.	0,081

4.5 - AS PERTURBAÇÕES PSICOEMOCIONAIS NO PUERPÉRIO E VARIÁVEIS AVALIADAS NO ESTUDO

No quadro 44 apresentamos a análise da escala EADS, aplicada no final da gravidez às participantes do estudo, em que procuramos identificar possíveis correlações entre cada uma das suas dimensões e as diferentes variáveis intervenientes no estudo.

Recorremos ao teste de correlação de *Spearman*, para testar a correlação entre as sub-escalas ansiedade, depressão e *stress*. Verificamos que existem correlações positivas, estatisticamente significativas entre as três escalas.

A correlação mais forte acontece entre a ansiedade e *stress* ($r = 0,531$), seguida da ansiedade e depressão ($r = 0,462$).

A correlação mais fraca surge entre a depressão e *stress* ($r = 0,396$).

Quadro 44 - Análise da correlação entre as sub-escalas da EADS

Sub-escalas		Ansiedade	Depressão	Stress
Ansiedade	Coeficiente de correlação	1,000	,462**	,531**
	Sig. (2-tailed)	.	,000	,000
	N	200	200	200
Depressão	Coeficiente de correlação	,462**	1,000	,396**
	Sig. (2-tailed)	,000	.	,000
	N	200	200	200
Stress	Coeficiente de correlação	,531**	,396**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	.
	N	200	200	200

** $p < 0,001$

A análise do quadro 45 permite verificar que, em relação a ajuda do “pai da criança” e as alterações psicoemocionais do puerpério nos primeiros 10 dias de pós-parto, existem diferenças estatisticamente significativa entre os grupos. As primíparas que referiram ter a ajuda do “pai da criança” apresentam uma maior percentagem de “ausência de alterações psicoemocionais do puerpério significativas” (72,7%), em comparação com aquelas que referiam não ter essa ajuda (46,2%). Estas têm, como maior percentagem, a “presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério moderadas” (53,8%).

Quadro 45 - Análise da relação entre a ajuda do pai da criança nos primeiros 10 dias de puerpério e a EAAPP

EAAPP		A ajuda do pai da criança		Total	$\chi^2(p)$
		Não	Sim		
Ausência de alterações psicoemocionais do puerpério significativas	n	6	136	142	0,041
	%	46,2	72,7	71,0	
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério moderadas	n	7	43	50	
	%	53,8	23,0	25,0	
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério severas	n	0	8	8	
	%	0,0	4,3	4,0	
Total	N	13	187	200	
	%	100,0	100,0	100,0	

O teste do *Qui-quadrado* revelou-nos que existem diferenças estatisticamente significativas em relação ao tipo de alimentação que a criança faz, e o risco de a puérpera desenvolver DPP ($p = 0,013$).

As puérperas, cujos filhos fazem aleitamento artificial no final do puerpério, apresentam mais, “risco elevado” de desencadear DPP (21,2%), do que aquelas cujos filhos fazem aleitamento materno exclusivo (4,6%). No grupo das participantes com “baixo risco” de desenvolver DPP, 95,4% alimentava os filhos, exclusivamente, com leite materno (quadro 46).

Quadro 46 - Análise da relação entre a alimentação da criança no final do puerpério e a EPDS

EPDS		Alimentação da criança no final do puerpério			Total	$\chi^2(p)$
		Aleitamento materno e artificial	Aleitamento artificial	Aleitamento materno exclusivo		
Baixo risco	n	52	26	104	182	0,013
	%	89,7	78,8	95,4	91,0	
Risco elevado	n	6	7	5	18	
	%	10,3	21,2	4,6	9,0	
Total	N	58	33	109	200	
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	

Constatamos no quadro 47 que com um $p = 0,003$, o teste do *Qui-quadrado* mostrou-nos que há diferenças estatisticamente significativas, relativamente às participantes que referiram não ter dificuldades ao longo do puerpério, e o risco de desenvolver DPP.

Todas as puérperas com “risco elevado” de DPP referiram dificuldades significativas, ao longo do puerpério. O grupo de participantes que referiu não ter dificuldades encontra-se classificado na sua totalidade como de “baixo risco” de vir a desenvolver DPP.

Quadro 47- Análise da relação entre as dificuldades das puérperas e a EPDS

EPDS		Dificuldades da puérpera		Total	$\chi^2(p)$
		Sim	Não		
Baixo risco	n	121	61	182	0,003
	%	87,1	100,0	91,0	
Risco elevado	n	18	0	18	
	%	12,9	0,0	9,0	
Total	N	139	61	200	
	%	100,0	100,0	100,0	

Verificamos no quadro 48 que existem diferenças estatisticamente significativas entre a dificuldade em alimentar a criança e o risco de desenvolver DPP (*Qui-quadrado* com $p=0,010$). No grupo das puérperas que referem dificuldade em alimentar o filho, 18% apresentam “risco elevado” de desenvolver DPP, enquanto que no grupo daquelas que não referem essa dificuldade, apenas 6% ostentam o dito risco. A percentagem de primíparas que não refere dificuldade em alimentar o bebé, e com “baixo risco” de desenvolver DPP, é maior (94,0%) do que aquela em que as mulheres referem essa dificuldade (82,0%).

Quadro 48 - Análise da relação entre a dificuldade em alimentar a criança no final do puerpério e a EPDS

EPDS		Dificuldade em alimentar a criança		Total	$\chi^2(p)$
		Não	Sim		
Baixo risco	n	141	41	182	0,010
	%	94,0	82,0	91,0	
Risco elevado	n	9	9	18	
	%	6,0	18,0	9,0	
Total	N	150	50	200	
	%	100,0	100,0	100,0	

O teste do *Qui-quadrado* revela-nos a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a dificuldade em a puérpera lidar com as alterações psicológicas que vivencia ao longo do puerpério, e o risco de desenvolver DPP ($p = 0,001$). As primíparas com

essa dificuldade apresentam uma maior percentagem (28,6%) de “risco elevado” de desenvolver DPP, relativamente àquelas que não a referem (3,8%) (quadro 49).

Quadro 49 - Análise da relação entre as dificuldades relacionadas com as alterações psicológicas e a EPDS

EPDS		Dificuldades relacionadas com as alterações psicológicas		Total	$\chi^2(p)$
		Não	Sim		
Baixo risco	n	152	30	182	0,001
	%	96,2	71,4	91,0	
Risco elevado	n	6	12	18	
	%	3,8	28,6	9,0	
Total	n	158	42	200	
	%	100,0	100,0	100,0	

Existem diferenças estatisticamente significativas entre as puérperas, relativamente à “dificuldade no relacionamento com o pai da criança” e o risco de DPP ($p = 0,029$). As puérperas que referem esta dificuldade apresentam uma percentagem maior de “risco elevado” de DPP (23,5%), comparativamente com aquelas que não a referem (7,7%) (quadro 50).

Quadro 50 - Análise da relação entre a dificuldade no relacionamento com o pai da criança e a EPDS

EPDS		Dificuldade no relacionamento com o pai da criança		Total	$\chi^2(p)$
		Não	Sim		
Baixo risco	n	169	13	182	0,029
	%	92,3	76,5	91,0	
Risco elevado	n	14	4	18	
	%	7,7	23,5	9,0	
Total	N	183	17	200	
	%	100,0	100,0	100,0	

O quadro 51 mostra-nos a existência de diferenças estatisticamente significativas, relativamente a “ajuda nas tarefas domésticas” no final do puerpério, e o risco de desenvolver DPP ($p = 0,019$). As puérperas que não mencionaram ter essa ajuda apresentam uma maior percentagem (17,8%) de “risco elevado” de desenvolver DPP, relativamente àquelas que a referem (6,5%).

Quadro 51 - Análise da relação entre ajuda nas tarefas domésticas e a EPDS

EPDS		Ajuda nas tarefas domésticas		Total	$\chi^2(p)$
		Não	Sim		
Baixo risco	n	37	145	182	0,019
	%	82,2	93,5	91,0	
Risco elevado	n	8	10	18	
	%	17,8	6,5	9,0	
Total	N	45	155	200	
	%	100,0	100,0	100,0	

Averiguamos a possibilidade de existência de relação entre as alterações psicoemocionais referidas pelas puérperas entre o 5º e o 10º dia de puerpério (EAAPP), e o risco de DPP (EPDS). O teste do *Qui-quadrado* confirmou essa relação, com um $p = 0,001$.

As mulheres com “presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério severas” têm uma maior percentagem de “risco elevado” de DPP (25%) do que as puérperas com “ausência de alterações psicoemocionais do puerpério significativas” (4,2%) e “presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério moderadas” (20%).

As puérperas com “ausência de alterações psicoemocionais do puerpério significativas”, no final do puerpério, apresentavam 95,8% de “baixo risco” de vir a desenvolver DPP (quadro 52).

Quadro 52 - Análise da relação entre a EAAPP e EPDS

EPDS		EAAPP			Total	$\chi^2(p)$
		Ausência de alterações psicoemocionais do puerpério significativas	Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério moderadas	Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério severas		
Baixo risco	n	136	40	6	182	0,001
	%	95,8	80,0	75,0	91,0	
Risco elevado	n	6	10	2	18	
	%	4,2	20,0	25,0	9,0	
Total	N	142	50	8	200	
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	

CAPÍTULO 5 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No capítulo da apresentação e análise de resultados, pudemos constatar que a intervenção do enfermeiro no domicílio poderá fazer a diferença entre a vivência de um puerpério mais ou menos saudável. As alterações emocionais que a mulher vivencia, ao longo do pós-parto, são acompanhadas de igual modo com outras alterações (nomeadamente físicas e sociais), implicadas na transição para o ser puérpera e mãe.

Os resultados deste estudo tornar-se-ão mais significativos, se forem discutidos entre si e se comparados com resultados de outras pesquisas. Assim, os dados obtidos pela aplicação dos três questionários, ao longo do trabalho de campo, irão ser discutidos da forma e sequência que melhor nos pareceu, para a compreensão dos mesmos. Pela sua pertinência, por vezes discutimos numa mesma análise resultados obtidos, não só de um questionário, mas também de dois ou mesmo dos três que cada participante completou.

5.1 - A HOMOGENEIDADE ENTRE OS GRUPOS

Os testes estatísticos mostraram que, a nível da caracterização sócio demográfica do GC e GI, na maioria das variáveis analisadas, os grupos são homogêneos.

A média de idades das participantes 29,08 no GC e 28,33 no GI está de acordo com os dados do INE (2013), que referem a idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho em Portugal no ano de 2011 - 29,2 anos, e no ano 2012 - 29,5 anos. A mesma fonte mostra-nos que, desde o ano 2000 até 2012, a idade média da mãe relativamente ao nascimento do primeiro filho tem vindo a aumentar, de um modo significativo. Em 2000 era de 26,5 anos. São dados que nos devem fazer refletir. A manter-se esta tendência, brevemente, teremos uma percentagem acentuada de mães que terão o seu primeiro filho acima dos 30 anos, idade a partir da qual é atribuído o índice 1 para a classificação de gravidez em médio ou alto risco, pela tabela de Goodwin modificada (DGS 1993).

A escolaridade teve como moda, no GC, a licenciatura (42%), e no GI, o 12º ano completo (36%). Em termos percentuais, do total das participantes nos dois grupos, os números são superiores àqueles revelados pelos censos 2011. Na beira interior sul e pinhal interior sul, 14,2,0%, e 11,6% respetivamente, da população residente do sexo feminino, acima dos 15 anos, tinham o ensino secundário completo (no presente estudo 31,5%). A licenciatura era referida como o nível de escolaridade completo mais elevado por 14,3%, na beira interior sul, e 7,4% no pinhal interior sul (no nosso estudo 38,0%). A razão que pode explicar a diferença acentuada entre os nossos resultados e os dados dos censos será a população sobre a qual incidiu esta questão; nos censos 2011, toda a população feminina acima dos 15 anos (inclusive) e, no nosso estudo, a população feminina entre os 20 e 35 anos.

O estado civil predominante foi o de casada, logo seguida de “união de facto”. Deprendemos, assim, que muitas participantes do estudo (85% no GC e 78% no GI) tinham alguém muito próximo (marido/companheiro), que juntamente com elas vivenciava o processo de transição para o “ser pai”.

O teste do *Qui-quadrado* revelou-nos que, relativamente à profissão, há diferenças estatisticamente significativas no GC e GI (0,023). Podemos afirmar que, de acordo com Classificação Portuguesa das Profissões 2010, as participantes do GC, exerciam profissões que exigiam um maior nível de competências (nível 4), já que eram em maior número as participantes “especialistas das atividades intelectuais e científicas” (28%) e “técnicas e profissões de nível intermédio” (9%). Salientamos os 16% de “trabalhadoras não qualificadas” do GI. Estes resultados vão de encontro ao nível de escolaridade dos grupos, em que no GC, a moda era a licenciatura, e no GI, o 12º ano completo. Realçamos, ainda, a percentagem de participantes desempregadas (18% no GC e 20% no GI), que é superior à média nacional revelada pelo censos de 2011 - 13,83% (para a população feminina).

Conforme já referimos os testes estatísticos não revelaram relação significativa entre as condições socioeconómicas e as perturbações emocionais no puerpério. Cruz (2005), no entanto, diz que famílias que apresentam níveis socioeconómicos mais baixos, são mais suscetíveis ao *stress*, uma vez que se associam a condições de vida pobres e difíceis tanto para os pais como para as crianças. Tal facto poderá implicar no processo da transição para a parentalidade.

estatuto socioeconómico mais elevado é mais favorável porque se relaciona com ideias que, do ponto de vista teórico, são consideradas mais adequadas ao desenvolvimento da criança, o que é confirmado empiricamente pela sua relação com comportamentos mais positivos dos pais e com resultados mais positivos nas crianças. (Cruz, 2005, p. 172)

No país da naturalidade, predominava Portugal (88% no GC e 91% no GI), embora houvesse um leque variado de países donde eram oriundas as participantes do estudo.

Qualquer mulher poderia fazer parte da investigação, desde que integrada nos critérios de inclusão, entre os quais a compreensão da língua portuguesa (incluindo a escrita). Este aspeto contribuiu para a diversidade, também cultural, das mulheres que constituíram a amostra. Apercebemo-nos, principalmente no GI, que a naturalidade estrangeira se associava não só à imigração, mas também a mulheres nascidas no estrangeiro, filhas de emigrantes.

As participantes naturais de Portugal pertenciam, na sua maioria, ao distrito de Castelo Branco (71% no GC e 74% no GI).

Devido ao seu elevado número, as freguesias de residência das participantes foram agrupadas por concelhos. O teste do *Qui-quadrado* mostrou-nos que há diferenças estatisticamente significativas no GC e GI, relativamente ao concelho de residência. Os concelhos onde há maior diferença entre os grupos são Castelo Branco, Idanha-a-Nova e Proença-a-Nova. Os números apresentados dos concelhos de Vila de Rei (0,5%) e Vila Velha de Rodão (0,5%) refletem as baixas taxas de natalidade nestes municípios que, em 2012, foram respetivamente 4,9%^o e 2,3%^o (INE, 2013).

Quanto à história obstétrica das participantes, os dados não nos permitem afirmar que há uma relação estatisticamente significativa entre os dois grupos. A maioria das participantes (85,5%) estava a vivenciar, pela primeira vez, uma gravidez. Um número reduzido de mulheres (3,5%) tinha no seu historial, pelo menos, duas gravidezes anteriores, mas que não implicava que a gravidez atual fosse considerada de risco.

A gravidez foi planeada pela maioria das participantes - 76,5%. A oferta de consultas de planeamento familiar, em quase todos os centros de saúde da ULSCB, EPE (com a oferta gratuita de métodos contraceptivos), poderá ser a justificação para estes números.

Apenas uma mulher referiu não ser uma gravidez desejada na altura do preenchimento do primeiro questionário (acima das 35 semanas de gestação). Despertou-nos a curiosidade

em saber como seria a situação desta participante, relativamente ao resultado da EAAPP e EPDS. Na EAAPP, classificou-se com “ausência de alterações psicoemocionais do puerpério significativas”; na EPDS apresentava “baixo risco” de DPP. Portanto, neste estudo, a única referência a situação de gravidez não desejada não se relaciona com a sintomatologia de BPP e “risco elevado” de DPP.

Relativamente à vigilância da gravidez, existem diferenças, estatisticamente significativas, quanto ao início das consultas de saúde materna e à frequência de aulas de preparação para o parto. Apenas 1% das participantes do GC iniciou as consultas de saúde materna depois do primeiro trimestre, enquanto que no GI, este número subiu para 11%. O relatório de atividades (ULSCB, EPE, 2013) refere que foram efetuadas, na ULSCB, EPE, em 2011 - 79,6% e em 2012 - 85,3%, de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre. Os valores encontrados no estudo, um pouco superiores (94,0%), vão de encontro aos dados referidos no dito relatório.

Desde outubro de 2006, a fevereiro de 2012, funcionou na sede da ULSCB, EPE um programa (gratuito), dirigido a grávidas e puérperas, denominado “Incubadora de Pais”. As enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica, que integravam este programa, desenvolviam atividades de preparação para o parto, pelo método psicoprofilático, recuperação pós-parto e técnicas de massagem infantil. Como a partir de 2012 estas atividades foram suspensas, muitas grávidas do GI já não tiveram a possibilidade, pelo menos de uma forma graciosa, de frequentar o referido programa. Assim se poderá justificar a diferença significativa entre os dois grupos, em relação à variável, “frequência de aulas de preparação para o parto” (59% no GC e 27% no GI).

5.1.1 - AS ALTERAÇÕES EMOCIONAIS NO FINAL DA GRAVIDEZ

Na segunda parte do primeiro questionário, aplicado às mulheres, no final da gravidez, solicitava-se o preenchimento da EADS. Pretendíamos averiguar qual o estado psicoemocional de todas as participantes, antes de desenvolvermos a intervenção pelas VDs às puérperas do GI.

A sub-escala *stress* foi a que apresentou o score com maior média nos dois grupos. No entanto a maioria das participantes classificaram-se com *stress* “normal”. Os itens desta sub-escala (que se referem a dificuldade em relaxar, tensão nervosa, irritabilidade e agitação) são os menos discriminativos das duas dimensões - ansiedade e depressão.

A sub-escala depressão apresentou a média mais baixa, classificando-se 89% das participantes numa situação “normal”, em relação a esta perturbação emocional. A percentagem de participantes classificadas com depressão “moderada”, “severa” e “muito severa” formam, no conjunto, 4% do total dos dois grupos.

Stahl (2001) defende que as baixas taxas de depressão, durante a gestação, sugerem um efeito protetor das hormonas gonadotróficas, que têm o seu pico no último trimestre da gravidez, decaindo logo a seguir ao parto.

Em relação à dimensão ansiedade, existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. A percentagem de participantes, que referem graus de ansiedade mais elevados (moderada, severa e muito severa), é maior no GI do que no GC.

Um estudo desenvolvido por Alehagen, Wijma, Lundberg, Melin e Wijma (2001) confirmou que os níveis de adrenalina, noradrenalina e cortisol vão aumentando ao longo da gravidez, levando, assim, a um aumento de ansiedade, até à data do parto, altura a partir da qual diminui.

Outros estudiosos vieram também reforçar o aumento de sintomatologia ansiosa durante a gravidez, comparativamente com aquela apresentada no pós-parto (Altshuler, Hendrick & Cohen, 2000; Andersson, Sundström-Poromaa, Bixo, Wulff, Bondestam & Aström, 2003; Halbreich, 2004; Heron, O'Connor, Evans, Golding & Glover, 2004).

A aproximação do nascimento de um filho (principalmente se for o primeiro) acarreta sempre para a mãe alguma ansiedade, inerente a uma perceção de ameaça, onde o medo do

desconhecido em relação ao que vai acontecer no nascimento em relação a si e ao filho tem um papel fundamental. Compreendemos, assim, a percentagem de participantes que revelam ansiedade moderada (16,5%), severa (3%) e muito severa (4%).

Sutter-Dallay, Giaccone-Marcеше, Glatigny-Dallay e Verdoux (2004), num estudo que efetuaram a grávidas no terceiro trimestre de gestação, encontraram uma prevalência de 24.1% para a ansiedade.

O teste de correlação de *Spearman* mostrou-nos a existência de correlações positivas entre as três sub-escalas da EADS. A correlação mais forte acontece entre a ansiedade e *stress*, seguida da ansiedade e depressão. A correlação mais fraca surge entre a depressão e *stress*. As correlações assinaladas vêm de encontro ao que é referido por Pais Ribeiro e Leal (2004) - a EADS assume que as diferenças entre as três sub-escalas são dimensionais (têm a ver com diferenças de grau) e não categoriais.

Após a avaliação da possível existência de relações entre as variáveis do estudo e o resultado das diferentes sub-escalas da EADS, os dados não nos permitem afirmar que há uma relação estatisticamente significativa entre elas. Para isso, contribuiu, possivelmente, o facto de todas as participantes serem nulíparas e estarem classificadas como grávidas de “baixo risco”.

5.2 - O INTERNAMENTO NA MATERNIDADE

Em relação ao tipo de parto, a diferença foi diminuta entre as participantes que tiveram um parto eutócico (52% no GC e 50% no GI), em relação àquelas que tiveram um parto distócico (48% no GC e 50% no GI). Comparando estes dados com as estatísticas disponíveis no INE (2013), verificamos que em 2011, a diferença entre a percentagem de partos eutócicos e distócicos (por ventosa e forceps) a nível nacional, é maior neste último caso - 47,7% e 31,6%, respetivamente. Também na ULSCB, EPE, no mesmo ano, 49,2% dos partos foram eutócicos e 28,4% distócicos por ventosa e forceps (INE, 2014). Esta diferença compreende-se, dado que a população do nosso estudo é composta, unicamente, por primíparas, o que contribui para as intervenções instrumentais durante o parto.

O parto normal, com corte no períneo (episiotomia ou perineotomia) foi o que obteve maior número de referências (47% no GC e 50% no GI). Sabemos que nos partos vaginais intervencionados (por forceps ou ventosa) também o períneo é sujeito a uma perineotomia. Assim, podemos concluir que apenas 2,5% das participantes do nosso estudo não foi sujeita a esta técnica. Apesar de não haver sustentação científica em relação aos benefícios do uso rotineiro da episiotomia (Borges, Serrano & Pereira, 2003; Carroli & Belizan, 1999; Mattar, Aquino & Mesquita, 2007; Previatti & Sousa, 2007; WHO, 1996), continua a ser uma prática comum nas maternidades, questionando-se, também cada vez mais, a sua realização. Borges, Serrano e Pereira (2003) referem que só se deve recorrer à episiotomia em casos muito específicos, não se justificando uma taxa além de 30%. Esta percentagem, segundo a WHO (1996), deverá ser ainda menor, rondando 10%. Na execução desta técnica a parturiente normalmente não emite opinião. A sua realização está dependente da avaliação do enfermeiro ou médico que acompanha a mulher no trabalho de parto.

Num estudo realizado por Guimarães e Lopes (2008) concluiu-se que a maioria das mulheres só toma conhecimento do que é a episiotomia no dia do parto, aumentando assim a ansiedade e o medo no momento do nascimento do filho.

É importante que ainda nas consultas pré-natais seja abordada a possibilidade da necessidade de realização desta técnica na altura do parto. A mulher compreendendo essa necessidade, poderá discuti-la com o profissional de saúde que a acompanha na maternidade e assim estar mais bem preparada para o processo de recuperação no puerpério (Walker, 1991).

Em relação ao sexo das crianças nascidas, os dados não nos permitem afirmar que há uma relação estatisticamente significativa entre os grupos. A percentagem do sexo feminino foi ligeiramente superior ao sexo masculino (52,5% contra 47,5%). A nível das estatísticas nacionais, a diferença é idêntica entre os sexos, mas com o sexo masculino a ter maior percentagem - 51,3%, tanto no ano 2011, como no ano 2012 (INE, 2013).

A maioria dos pais das crianças não esteve presente durante o trabalho de parto (55% no GC e 68% no GI). Apesar de estar contemplado na Lei n.º 14/85, de 6 de Julho, o acompanhamento da mulher grávida durante o trabalho de parto, verificamos que ainda são muitas as mulheres que continuam a estar sem alguém significativo para as próprias, na altura do parto. O pai do filho, normalmente, é a pessoa eleita pela parturiente para a ajudar na respiração e relaxamento durante o parto. A cumplicidade vivida pelos progenitores, na espera

do filho quase nascido, ficará, com certeza, para sempre como uma experiência única e irrepetível. Quando tal não acontece, a causa deve-se, normalmente, a fatores externos – dificuldade em acordar com a entidade empregadora a ausência do trabalho, normas existentes na maternidade, nascimento que se antecipou ou parto distócico. Parke (1982) refere que, a presença do pai durante o parto está associada a níveis de dor mais reduzidos na parturiente, tornando a experiência do parto mais positiva.

As complicações durante o parto foram quase nulas. Apenas uma participante do GI referiu um “nó do cordão umbilical.” Durante o internamento, 6% do total das participantes referiu como complicação a “icterícia” no RN. Quaisquer das situações referidas, apesar de percebidas como complicações para as puérperas, não tiveram a gravidade suficiente para que o internamento na maternidade fosse prolongado, já que a alta clínica aconteceu até 72 horas pós-parto (tanto para a puérpera, como para o RN).

5.3 - AS AJUDAS NO PUERPÉRIO

Durante a gravidez, a maioria das participantes (84% no GC e 96% do GI) referiram esperar a ajuda do “pai da criança”, ao longo do puerpério, havendo, no entanto, nesta altura, diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Estas expectativas vieram a concretizar-se. As percentagens referidas pelas participantes, tanto nos primeiros 10 dias, como no final do puerpério, foram sempre superiores a 90% nos dois grupos (não havendo diferenças estatisticamente significativas entre eles), relativamente à dita ajuda.

A “mãe das participantes”, a segunda ajuda mais referenciada, ao contrário do que acontece com o “pai da criança”, é cada vez cada vez menos mencionada, à medida que progride o puerpério. No final deste período, apenas 40% das puérperas do GC e 30% do GI afirmaram ter a sua ajuda.

Um estudo desenvolvido por Alves, Gonçalves, Martins, Silva, Auwerter e Zagonel, (2007), refere que as primíparas nomeiam a mãe como o apoio mais significativo para auxiliar no cuidado com o bebé, juntamente com a participação do companheiro.

Há algumas décadas atrás, ao contrário dos resultados que obtivemos, a mãe das puérperas surgia como a principal ajuda no período pós-parto. Culturalmente, na região onde desenvolvemos o estudo, era frequente a recém-avó ficar a viver com a nova família o tempo

necessário, até que a puérpera se sentisse com o mínimo de dificuldades em lidar com a nova dinâmica familiar, imposta pelo nascimento do filho. O mundo do trabalho fora do domicílio, onde cada vez mais a mulher se envolve, tem levado a que tarefas, outrora tipicamente femininas, como era o “ajudar na criação do neto”, passem agora a ser desempenhadas pelo progenitor. Com a possibilidade, em termos legais, de poder usufruir da licença parental para estar com a família, esta é realmente a pessoa que a puérpera refere como a principal ajuda. Também um estudo realizado por Mendes (2003) realça a participação do marido como o principal apoio da puérpera.

É característico da contemporaneidade, a participação dos pais em relação aos cuidados com o bebé e com as tarefas domésticas que acompanham as mudanças dos relacionamentos entre os casais, assim como os novos papéis que a mulher vem assumindo na sociedade (Maldonado 2002). Este apoio do companheiro torna-se um preditor da saúde materna ao longo do puerpério (Frizzo & Piccinini, 2005; Schwengber & Piccinini, 2004). Relvas (2006) reforça a necessidade de flexibilizar a aliança conjugal para formar a aliança parental. Esta aliança deve permitir a partilha e articulação das tarefas domésticas e dos cuidados ao bebé, a tomada de decisões sobre aspetos importantes da vida (financeiros, familiares, profissionais) e, sobretudo, permitir o suporte emocional.

O tipo de ajuda mais referenciado ao longo do período puerperal foi a “ajuda nas tarefas domésticas”, seguido da “ajuda nos cuidados ao bebé”. Também pesquisas efetuadas por Martins, Siqueira, Tyrrell, Barbosa, Carvalho, e Santos (2008), Stefanello (2005) e Vieira, Bachion, Salge, Munari e Souza (2010) demonstraram que a maioria das puérperas referiu a ajuda de um familiar, ou alguém próximo, nas atividades domésticas.

A “ajuda no autocuidado” foi sempre a menos aludida, se bem que, ainda enquanto grávidas, esperavam ter esta ajuda 35,5% das participantes. Os primeiros dias após a alta da maternidade, é o período mais difícil em que a nova mãe, pela primeira vez lida (sem a ajuda de um enfermeiro, 24 horas por dia, como acontecia no internamento), com as necessidades do filho; a gestão dos afazeres domésticos; as dores (perineorrafia, mamas,...), o cansaço físico e as alterações emocionais. A mulher vivencia a complexidade do fenómeno da transição para o ser mãe e, ao mesmo tempo, as alterações físicas psicológicas e sociais associadas ao puerpério de um modo aparentemente não equilibrado. Nos primeiros 10 dias

de puerpério, apenas 17,5% do total das participantes referiram ter recebido ajuda no seu autocuidado.

5.4 - FONTES DE INFORMAÇÃO

Ao longo dos três questionários, repetimos a questão sobre as fontes para esclarecimento das dúvidas. Em qualquer um dos instrumentos de colheita de dados, poderiam, no máximo, dar até três respostas das questões apresentadas.

No primeiro questionário, inquirimos as participantes que ainda se encontravam grávidas, como esclareciam as dúvidas sobre a gravidez, o parto, o pós-parto e sobre os cuidados a prestar à criança. Relativamente à fonte de informação “médico”, nas dúvidas sobre a gravidez, e parto e “livros”, nas dúvidas sobre o parto existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. As mulheres do GC procuravam mais o médico para o esclarecimento das dúvidas referidas, e as participantes do GI procuravam mais os “livros” para esclarecerem as questões sobre o parto.

Analisando as respostas, verificamos que o GC e o GI se comportam de um modo semelhante, em relação à ordem que ocupam os diferentes intervenientes nos esclarecimentos das dúvidas. O “médico” surge como a principal fonte de informação em questões relacionadas com a gravidez, parto e pós-parto, seguido do “enfermeiro”. O resultado está de acordo com os resultados de um estudo efetuado por Francisquini, Higarashi, Serafim e Bercini (2011), em que a maior parte das participantes, durante a gravidez, recebeu as informações nas consultas médicas.

Para esclarecimento das dúvidas relativas aos cuidados a prestar à criança, a situação inverte-se, sendo o “enfermeiro” o profissional de saúde mais referenciado pelos dois grupos, seguido da “mãe da participante” e depois do “médico”. A “mãe da participante”, depois dos profissionais de saúde, era a pessoa que as grávidas mais procuravam para esclarecerem questões sobre o pós-parto.

O segundo e o terceiro questionários foram preenchidos com as participantes já em situação de puerpério. Analisando as respostas, verificamos que os dois grupos se comportam

de um modo diferente, em relação à ordem que ocupam os diferentes intervenientes no esclarecimento das dúvidas.

Nos primeiros 10 dias de puerpério, ao contrário do que acontecia no final da gravidez, o “enfermeiro” é a fonte de informação mais referida pelo GI nas dúvidas sobre os cuidados a prestar à criança (91%), e dúvidas sobre o autocuidado (91%). O “médico” é o segundo informante mais referenciado, mas com uma percentagem bem menor - 48% nas dúvidas sobre os cuidados a prestar à criança, e 44% nas dúvidas sobre o autocuidado. No GC, a fonte de informação mais referenciada é o “médico” (62% nas dúvidas sobre os cuidados a prestar à criança, e 60% nas dúvidas sobre o autocuidado). Com pouca diferença, surge de seguida o “enfermeiro” (61% nas dúvidas sobre os cuidados a prestar à criança, e 54% nas dúvidas sobre o auto - cuidado). Deprendemos que a puérpera, possivelmente, esclarece as dúvidas com estes profissionais de saúde na mesma altura, quando recorre ao centro de saúde para as consultas de saúde infantil e/ou revisão de puerpério, pela proximidade das percentagens referidas entre os dois profissionais de saúde.

No final do puerpério, o “enfermeiro” continua a ser a fonte de informação mais referida no GI (96% nas dúvidas sobre os cuidados a prestar à criança, e 95% nas dúvidas sobre o autocuidado), enquanto que no GC continua a ser o “médico” (67% nas dúvidas sobre os cuidados a prestar à criança, e 68% nas dúvidas sobre o autocuidado).

Os resultados apresentados permitem-nos afirmar que a quase totalidade das puérperas do GI tinha no “enfermeiro” o seu “porto de abrigo”, quanto às suas dúvidas. Em estudos realizados por Rodrigues, Fernandes, Rodrigues, Jorge, e Silva (2007), Santos e Penna (2009) e Silva e Roldán (2009), este profissional é tido como a fonte de conhecimento e informação, proporcionando à puérpera uma aprendizagem que favorece o seu desempenho como mãe e a sua autonomia, principalmente nas primíparas.

Ao referirmos “enfermeiro”, referimo-nos ao enfermeiro responsável pela VD e ainda ao enfermeiro de família, já que, como foi referenciado, sempre existiu uma relação de complementaridade nas intervenções destes profissionais de saúde. As questões apresentadas pela puérpera surgiam não só em contexto de consulta no domicílio e centro de saúde, mas também via telefone, já que lhes era oferecida essa oportunidade. Com o recurso do telefone, as dúvidas são esclarecidas quase em tempo real, evitando o tempo de espera e a deslocação da mulher ou profissional de saúde. A OMS (2008a) refere que as tecnologias de

comunicação contribuem para a promoção de um cuidado em saúde “personalizado”, já que se centram nas necessidades de cada pessoa.

A “mãe da participante” tal como as “outras mães” surgem frequentemente na escolha das participantes como fontes de informação. Martins, Siqueira, Tyrrell, Barbosa, Carvalho e Santos (2008) referem que a necessidade de cuidar bem do filho leva a mãe à troca de conhecimentos entre familiares e à procura de experiências de outras pessoas da sua convivência: família, amigos, vizinhança. Essa interação social e o modo como se organizam permitem à puérpera a formação de conceitos para desenvolver as suas atividades como mãe.

Um dado que nos parece interessante é o lugar que ocupa a “internet” como fonte de esclarecimento das dúvidas nas áreas mencionadas. Ao analisarmos os dados relativos a esta variável, verificamos que foi uma constante a sua referência nos três questionários. As percentagens mais elevadas surgem relativamente às dúvidas sobre a gravidez, no primeiro questionário (46% no GC e 44% no GI). As percentagens mais baixas são referenciadas no segundo questionário, relativamente às dúvidas sobre o autocuidado (26% no GC e 21% no GI). Estes factos levam-nos a algumas reflexões, principalmente pela informação que é disponibilizada e que nem sempre é correta. Assistimos, atualmente, a que informação credível que é fornecida à puérpera por profissionais de saúde, relativamente à sua saúde e saúde do filho, muitas vezes, passa por diversos “filtros”, sendo a informação disponível na internet aquela que, por vezes, mais influencia o modo de atuar da mulher. Sabemos que podemos encontrar ou não *on-line* informação fidedigna e esclarecedora. O enfermeiro deverá estar atento a esta problemática, informando que sítios a mulher poderá consultar, sabendo, no entanto, que tal atitude não deverá substituir a consulta de enfermagem e/ou consulta médica.

5.5 - ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA

Existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, relativamente à alimentação da criança, tanto nos primeiros 10 dias (*Qui-quadrado* com $p = 0,002$), como no final do puerpério. As puérperas do GI apresentam maior prevalência de aleitamento materno exclusivo, nos dois momentos de avaliação, comparativamente com as puérperas do GC.

Nos primeiros 10 dias de puerpério, 92% das primíparas do GI alimentavam os filhos com leite materno. No GC, esta percentagem aumenta ligeiramente para 95%. Estes valores estão de acordo com estudos de prevalência de aleitamento materno, à data da alta da maternidade no nosso país. Lopes e Marques (2004) referem 97,5%; Sarafana, Abecasis, Tavares, Soares e Gomes, (2006) mencionam 98,5%; Sandes et al. (2007) apontam 91%; Graça (2012) 97,4% e a DGS (2012) 98,5%.

Relativamente ao aleitamento materno exclusivo, nos primeiros 10 dias de puerpério, situava-se em 79% no GI e apenas 61% no GC. O resultado do GI aproxima-se dos resultados de Sandes et al. (2007), em que à saída da maternidade, 77,7% das puérperas alimentavam o filho exclusivamente com o seu leite. Já a DGS (2012) refere um resultado semelhante ao do GC, com 65,2%.

No final do puerpério (entre as 6 e as 9 semanas pós-parto), continua a haver diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, relativamente à alimentação da criança (0,001). Há mais puérperas no GI, com filhos a fazerem aleitamento materno (90%), do que no GC (77%). O valor apresentado pelo GC vai de encontro aos resultados de outras pesquisas efetuadas entre o primeiro e segundo mês de puerpério - Lopes e Marques (2004) - 65,7%; Sarafana, Abecasis, Tavares, Soares, e Gomes, (2006) - 75%; Graça (2012) - 79,9%. A percentagem apresentada pelas puérperas do GI difere, em muito, destas investigações, possivelmente porque em nenhuma delas a intervenção junto da puérpera fosse efetuada de um modo semelhante àquela que foi desenvolvida no presente estudo. No relatório do registo do aleitamento materno (DGS, 2012), à 5^a/6^a semana de vida da criança, o valor apresentado, (89,9%) aproxima-se daquele obtido entre as 6 e as 9 semanas de puerpério no GI.

As puérperas cujos filhos faziam aleitamento materno exclusivo no final do puerpério eram em maior percentagem no GI, comparativamente com as do GC - 71% e 38%, respetivamente. A DGS (2012), na 5^a/6^a semana de vida da criança, refere um valor muito

próximo ao encontrado por nós no GI - 71,2%. No entanto entre os 61 e 90 dias de vida da criança esta percentagem decresce para os 46,4% (DGS,2012).

Num estudo experimental, realizado na Zâmbia, por Ransjo-Arvidson Chintu e Ng'andu (1998), em que participaram 408 puérperas, as 208 mulheres que receberam a visita do enfermeiro aos 3, 7, 28 e 42 dias após o parto apresentavam, no 42º dia, uma maior prevalência, em relação ao aleitamento materno. Também Olds (2002), numa avaliação de dois programas de visita domiciliária, implementados em duas comunidades de risco, nos Estados Unidos, refere que houve uma maior prevalência na amamentação nas famílias visitadas. Zadoroznyj (2006), ao avaliar o programa Mothercarer na Austrália (VD, após alta da maternidade), revelou que sem o apoio da enfermeira na VD, poderão surgir mais dúvidas, mais ansiedade, diminuindo, assim, a amamentação.

Comparativamente com o início do puerpério, assistimos no final deste período a um decréscimo acentuado (menos 23%) no GC das crianças que fazem aleitamento materno exclusivo (38%), enquanto que no GI, o decréscimo foi menor, passando a fazer este tipo de alimentação 71% das crianças (menos 8%). O aleitamento artificial passou a ter 23% de referências no GC (mais 5%) e 10% no GI (mais 2%).

Ao relacionarmos a alimentação da criança no final do puerpério com a alimentação da criança nos primeiros 10 dias de puerpério, verificamos que 99,1% das crianças alimentadas exclusivamente com leite materno, no final do puerpério, já faziam este tipo de alimentação nos primeiros dias. Todas as crianças alimentadas com leite artificial, no início do puerpério, no final deste período, mantinham o mesmo tipo de alimentação.

A informação que os profissionais de saúde transmitem à mulher ainda grávida acerca do aleitamento materno, é fundamental na sua decisão de amamentar (Carvalho, 2002). A maior duração do aleitamento materno encontra-se nas mães que revelaram ter conhecimento das suas vantagens (Coito, Marques, & Carlos, 2004), assim como naquelas que consideram ter recebido informação esclarecedora (Caldeira & Galvão, 2012).

Na maioria dos casos em que a mãe opta pelo aleitamento artificial, fá-lo por desconhecimento do valor real do seu leite, ou porque não foi suficientemente apoiada quando se sentiu insegura (Carvalho, 2002). Ao longo das VDs que desenvolvemos e tal como foi referido apercebemo-nos desta insegurança em muitas mães. O receio do leite ser insuficiente para o filho, de não ter “qualidade”, das mamas estarem congestionadas de ter surgido uma

fissura no mamilo,..., poderá levar ao abandono do aleitamento materno. Ao prestar informação objetiva, adequando a mensagem às preocupações de cada mulher, contribuímos com certeza para a adoção de novos comportamentos que possam levar ao sucesso do aleitamento materno.

5.6 - SITUAÇÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA AO LONGO DO PUERPÉRIO

No último questionário, inquirimos as participantes do estudo, em relação à sua situação de saúde e da criança.

O teste do *Qui-quadrado* mostrou diferenças estatisticamente significativas entre o GC e o GI, em relação à situação de saúde da criança. As primíparas do GI que não tiveram necessidade de recorrer aos serviços de saúde, por problemas relacionados como o filho, foram em maior número (93%), comparativamente com as do GC (70%). Estes resultados estão de acordo com a análise efetuada, em relação às fontes de informação no puerpério. O enfermeiro no GI foi sempre a fonte mais referenciada para esclarecer dúvidas (com valores acima de 90%). Uma puérpera/família esclarecida conseguirá, com certeza, identificar melhor as situações que requeiram a ida a uma instituição de saúde, ou simplesmente que sejam resolvidas numa chamada telefónica, até a uma próxima visita do profissional de saúde.

O estudo de Ransjo-Arvidson Chintu, e Ng'andu (1998) concluiu que as mulheres que receberam a visita do enfermeiro apresentavam uma menor prevalência de problemas de saúde do RN, além de estarem mais capacitadas para resolverem os seus problemas e os dos filhos. Cornell (2002) mostrou que os programas de VD, no período pré-natal e pós-parto, contribuem, entre outros fatores, para a redução de custos associados à diminuição da procura dos serviços de urgência e hospitalizações.

Mais recentemente, um estudo realizado por Cristhie e Bunting (2010) revelou que as mães alvo de VD procuravam menos os cuidados secundários, reforçando, assim, a ideia dos benefícios desta atividade na adoção de comportamentos saudáveis pelas famílias. Um aspeto que também teremos que considerar é o facto que as crianças filhas das participantes do GI faziam mais aleitamento materno e “o leite materno previne infeções gastrintestinais,

respiratórias e urinárias; (...) tem um efeito protetor sobre as alergias, nomeadamente as específicas para as proteínas do leite de vaca” (Levy & Bértolo, 2008, p.8).

O serviço de saúde mais procurado pelas puérperas dos dois grupos por problemas relacionados com os filhos foi a urgência do hospital, seguido do centro de saúde. Há, no entanto, diferenças no modo como os dois grupos se comportam, relativamente a esta procura. A diferença entre a procura do serviço de urgência e o centro de saúde pelas primíparas do GI é de apenas 15%, enquanto que nas puérperas do GC, esta sobe para 27%. A complementaridade da VD e a consulta de enfermagem no centro de saúde, possivelmente, contribuiu para que as participantes do GI tivessem, neste serviço de saúde, a confiança suficiente para o procurarem mais.

Os problemas mais referenciados pelas primíparas, que levaram a criança aos serviços de saúde, foram os relacionados com o “sistema gastrointestinal” (8% do GC e 2% do GI), principalmente as cólicas do RN. Estes dados estão de acordo com os resultados de um estudo desenvolvido por Saavedra, Costa, Garcias, Horta, Tomasi e Mendonça (2003), em que a incidência de cólicas do RN, referidas pelas mães aos três meses de idade, era de 80,1% (num total de 1.086 crianças).

Os “problemas respiratórios” da criança foram os segundos mais referidos pelas participantes do estudo (7% do GC e 1% do GI). Também Rati, Goulart, Alvim e Mota (2013) referiram os mesmos problemas e a febre no RN como as principais causas que levam as mães a procurarem os serviços de saúde.

As situações relacionadas com a “alimentação e peso” do filho ocupam a terceira posição na procura de ajuda clínica (4% no GC e 1% no GI). Optamos por juntar a alimentação e o peso, já que nas respostas obtidas, entendia-se a preocupação com a perda de peso, associada à dificuldade em a criança mamar, ou mesmo a insuficiência de leite materno. O enfermeiro tem um papel especial em relação a esta problemática. Uma informação que não é fornecida, uma informação incorreta ou uma informação correta, mas não entendida pela puérpera, poderá fazer a diferença entre a procura ou não dos serviços de saúde, ou mesmo a criança continuar ou não a ser alimentada com leite materno.

O “choro”, “conjuntivite” e “problemas do sistema tegumentar” no RN apresentam cada um por si 1,5% de referências do total das participantes.

Uma investigação desenvolvida por Da Cunha, Nunes, Nunes, e Azeredo (2007) em Portugal, vem um pouco de encontro aos nossos resultados. O estudo revelou que os principais motivos que levaram os RNs à urgência pediátrica de um hospital foram queixas gastrintestinais, icterícia, queixas respiratórias e choro. A mesma pesquisa concluiu que 70% de todos os casos foram considerados injustificados do ponto de vista clínico. Verificaram ainda que quem recorria mais à urgência hospitalar eram as mães com menor escolaridade e primíparas (Da Cunha, Nunes, Nunes, & Azeredo, 2007).

5.7 - SITUAÇÃO DE SAÚDE DA PUÉRPERA AO LONGO DO PUERPÉRIO

A situação de saúde da puérpera, nos dois grupos, era idêntica. Com um $p = 0,479$, os dados não nos permitem afirmar que há uma relação estatisticamente significativa entre eles. Apesar deste facto, apenas 5% das primíparas do GI necessitaram de recorrer a um serviço de saúde. No GC, esta percentagem foi mais que o dobro - 11%.

Ao contrário do que acontecia com a situação de saúde da criança, o serviço mais procurado pelas participantes dos dois grupos, para resolverem problemas consigo mesmas, foi o centro de saúde, seguido da urgência do hospital

Ao compararmos a percentagem de puérperas que procuraram os serviços de saúde, por problemas relacionados com a criança, e problemas com elas próprias, verificamos que existe uma maior percentagem na primeira situação (18,5%), do que em relação à segunda (8%). Depreendemos, deste facto, que no caso de suspeita de algo de anormal com a criança, a puérpera procura mais a ajuda clínica e, principalmente, o serviço de urgência, não acontecendo o mesmo quando o que está em causa é a sua saúde. Tal constatação vai de encontro ao referido por Zagonel, Martins, Pereira e Athayde (2003) e Silva e Roldán (2009) - a puérpera poderá não valorizar os aspetos relacionados com ela própria, dando prioridade a tudo o que se relaciona com o seu filho

A situação mais referida pelas mulheres, que as levaram a procurar ajuda, foram as complicações com as “mamas” (5% no GC e 3% no GI). A congestão mamária, fissuras mamilares e mastite, relacionam-se, normalmente, com uma má técnica de “pega”. Além do desconforto provocado na puérpera, poderão ser fatores que levam ao abandono do

aleitamento materno. Assim, nunca é demais referir o acompanhamento, por um profissional de saúde, nomeadamente o enfermeiro, que ensine, treine e motive a puérpera para a amamentação, não desistindo logo que surja alguma alteração.

Os problemas com a “perineorrafia” foram referenciados por 4% das participantes do GC. A dor e/ou inflamação da zona perineal, sujeita a uma sutura, implica, normalmente, dificuldades na deambulação, no repouso e na postura correta para a amamentação, entre muitos outros fatores. O enfermeiro tem um papel fundamental no ensino à mulher dos meios para promover a cicatrização perineal, e dos sinais de alarme que traduzam qualquer alteração da evolução cicatricial.

5.8 - DIFICULDADES NO PUERPÉRIO

As dificuldades no puerpério e, principalmente, nas primíparas, poderão gerar na mulher sentimentos de preocupação, impotência, frustração, culpa e incompetência (Medeiros & Santos, 2009; Strapasson & Nedel, 2010).

Acreditamos que muitas participantes, ao longo do tempo em que decorreu o estudo, tenham tido, em algum momento, dúvidas e dificuldades. São primíparas, portanto, ainda sem o “treino” anterior de cuidar de um filho. No último questionário, procuramos, identificar como se comportavam os grupos, relativamente a essas dificuldades. Constatamos que existem diferenças estatisticamente significativas, entre o GC e o CI. São mais as puérperas do GI que referem não ter dificuldades relevantes ao longo do puerpério (38%), comparativamente com aquelas do GC (23%). O facto de as puérperas terem o acompanhamento no domicílio, sabendo que também em caso de necessidade, poderão usar o telefone para esclarecer alguma dúvida ou simplesmente para falar, poderá fazer a diferença desta percentagem entre os grupos (os dois grupos seguiram os mesmos trâmites de acompanhamento pelo enfermeiro e médico de família).

Compreender o “choro da criança” foi a dificuldade mais referida pelos dois grupos. Nas primeiras semanas de vida do filho, os pais sentem grandes dificuldades em conseguir diferenciar os tipos de choro, sentindo-se, assim, impotentes e frustrados, por não

conseguirem responder às necessidades do filho (Strapasson & Nedel, 2010). Também para Macedo et al. (2009), esta dificuldade é a mais referenciada no seu estudo.

Bergamaschi e Praça (2008), Medeiros e Santos (2009), Ravelli (2008), Silva e Roldán (2009) e Strapasson e Nedel (2010) identificaram, igualmente, nas suas pesquisas, a dificuldade das puérperas em lidarem com o choro da criança. Poderá haver mães apavoradas e angustiadas, pelo facto de não saberem o motivo do choro, e não conseguirem acalmar o filho (Terra & Okasaki, 2006).

Durante os últimos meses de vida intrauterina, o feto responde aos mais variados estímulos. Esta resposta é decorrente da funcionalidade dos órgãos básicos dos sentidos como a visão, a audição, o tato, o gosto e o olfato (Borges & Gouveia, 2001).

As capacidades que o RN apresenta vão além da capacidade de receber informação através dos órgãos sensoriais. Com o nascimento estes passam também a ter a capacidade de transmitir informação dando-lhes a possibilidade de expressarem os seus sentimentos. Este expressar de sentimentos é feito por intermédio do choro

O choro é uma atividade reflexa e involuntária que diz respeito ao sofrimento do bebé. O choro da criança elucida os pais de que alguma coisa não está bem, criando normalmente nos adultos uma sensação de desconforto que acaba por funcionar como um sistema protetor da criança, alertando-os para uma qualquer necessidade do seu filho. (Borges & Gouveia, 2001).

Diversos estudiosos têm vindo a preocupar-se em entender os diferentes tipos de choro no RN, não existindo no entanto consenso nem na sua classificação, nem no seu significado. O choro de cólica, normalmente é o mais referido pelos investigadores. Apesar de ser o de mais fácil identificação é aquele cuja resolução é mais difícil. É descontínuo, surge de acordo com os momentos de dor, sendo manifestado por acessos de choro extremos que podem muitas vezes ser considerados gritos. A sua resolução relaciona-se com o alívio da dor, que nem sempre é possível de ser eliminada, podendo durar desde alguns minutos a algumas horas.

Gradualmente, à medida que o tempo vai progredindo a mãe vai começar a identificar os diferentes choros (fome, irritação, dor). Este aspeto é mais uma etapa de aprendizagem para os pais, em que todos os elementos que constituem a nova família se vão conhecendo na rede de relações que se vai estabelecer.

O choro do bebê reveste-se assim de grande importância. Apesar de este poder ser visto como uma atividade casual da criança, o choro na maioria dos casos tem grande importância uma vez que dá a possibilidade à criança de transmitir as suas necessidades e posteriormente os seus sentimentos (Santos, 2000).

Valanne, Vuorenkoski, Partanen, Lind e Wasz-Höckert (1967), num estudo realizado na Finlândia a 35 puérperas saudáveis, concluíram que é possível que algumas mães consigam identificar os sinais de choro do seu filho quando este tem apenas um dia de vida, determinando assim que pode existir uma capacidade inata por parte da mulher que lhe permite identificar as variadas formas de choro, neste caso específico o choro de fome. Brazelton e Cramer (1993, p.81), citando Boukydis (1979) referem que,

uma mãe consegue distinguir o choro do seu bebê do de outros RNs, ao fim do terceiro dia (...). No final da segunda semana, começa a distinguir se o choro é de dor, de fome ou de aborrecimento. Um pai consegue fazer este mesmo tipo de reconhecimento ao fim de três semanas.

A “alimentação da criança” surge como a segunda dificuldade mais referenciada pelos dois grupos. Incluem-se nesta variável os aspetos relacionados tanto com o aleitamento materno, como com o aleitamento artificial.

A explicação de forma completa e elucidativa da técnica de amamentação é uma das componentes a ser abordada nas consultas pré-natais, mas a realidade é que esta informação nem sempre é abordada de modo adequado, nessas mesmas consultas. Ao chegar o primeiro momento da amamentação na maternidade a puérpera poderá ficar ansiosa por não se sentir preparada para o ato de amamentar. Silva, Schwab, Ravelli, Silva e Lemos (2012) referem que a principal dificuldade associada ao ato de amamentar, relaciona-se com a não orientação das puérperas, durante o período pré-natal, sobre a técnica e os cuidados a ter com as mamas.

Também é frequente as mulheres esperarem que não surjam dificuldades significativas até que esteja implementado o aleitamento materno. As imagens de “facilidade do ato de amamentar” que vemos tanto em folhetos, como livros, como cartazes, mesmo nos serviços de saúde, nem sempre correspondem ao que geralmente acontece. Terá que haver uma aprendizagem tanto da parte da mãe como do filho para o sucesso do aleitamento materno. O momento da amamentação deve ser considerado um momento de afeto entre a díade e não um

momento angustiante ou mesmo doloroso. Tanto a mãe como o filho estão a aprender o melhor modo de alimentar e alimentar-se com leite materno e isso exige vontade, tempo e paciência.

O facto de a mulher apresentar dificuldade em amamentar poderá conduzir a complicações nas mamas, sendo este o principal motivo, tal como já foi referido, para a puérpera procurar os serviços de saúde. Também Martins, Siqueira, Tyrrell, Barbosa, Carvalho e Santos (2008) num estudo efetuado, apontam as dificuldades relacionadas com o processo de lactação como um dos principais problemas relatados pelas mulheres.

Durante o desenvolvimento das VDs, com o GI, estas dificuldades tiveram a ver, principalmente, com a informação não consensual dos profissionais de saúde, relativamente às questões do aleitamento materno. A duração e o intervalo da mamada, além da questão do tempo que a criança deverá estar em cada mama, foram os aspetos que mais dúvidas suscitaram na mulher. É importante que as equipas de saúde, nos serviços que cuidam da puérpera/RN (maternidade e centro de saúde), tenham a preocupação de fornecerem informação idêntica numa temática tão importante como esta.

Outra dificuldade em que também existem diferenças estatisticamente significativas nos dois grupos é a “dificuldade em lidar com as alterações psicológicas” (terceira mais referida). As puérperas do GC referem mais este tipo de dificuldades (27%) que as puérperas do GI (15%). Conforme já referenciamos diversas vezes, são frequentes as alterações psicoemocionais ao longo do puerpério. Desde as alterações de humor relacionadas com o BPP, até à sintomatologia que possa indiciar DPP, a mulher pode viver uma situação para a qual não está preparada, não sabendo, assim, como lidar com estas alterações.

Nas VDs que realizamos ao longo do puerpério, a relação de confiança e proximidade que se estabeleceu com a puérpera (e também, muitas vezes, com a família), contribuiu para uma maior facilidade em a mulher expor os seus medos e as suas dúvidas. Cremos que os esclarecimentos, o reforço do seu desempenho como mãe, e a promoção de comportamentos que equilibrem com as alterações psicoemocionais se refletem numa maior capacitação para a mulher lidar com estas perturbações. Concordamos com Dix (1991) ao referir que a parentalidade é possivelmente um dos domínios onde as emoções e os afetos se vivem com maior intensidade com gasto de energia nos investimentos e nas frustrações.

As “dificuldades relacionadas com as alterações físicas”, que ocorrem em si mesma,

poderão influenciar a autoimagem da puérpera e associam-se, normalmente, a dor e desconforto nas regiões abdominal, perineal, muscular, articular, mamária, membros superiores, região dorsal, e eliminação intestinal (Springhouse Corporation, 2005). Estudos desenvolvidos por Whiteford e Polden (1992), e Matheus, Mazzari, Oliveira e Mesquita (2006) revelam que as dificuldades mais evidenciadas relacionam-se com as adaptações anátomo-fisiológicas do abdômen, períneo, glúteos e região lombar. As queixas físicas, em particular a fadiga e perda de apetite, são referenciadas por Figueiredo (2001). Acreditamos que também o desconforto, provocado pela perineorrafia e mamas em situação de aleitamento materno contribuam, igualmente, para as dificuldades relacionadas com as alterações físicas da puérpera.

As lesões na zona perineal são muito frequentes durante o momento do parto. Estas lesões podem ocorrer de forma espontânea ou como resultado de uma intervenção humana, a episiotomia ou perineotomia. Esta não é mais que um pequeno corte cirúrgico na zona do períneo cujo objetivo é ajudar na progressão do trabalho de parto. Este aumento do canal vaginal permite que quando existir risco de laceração do períneo seja menos traumático evitando assim lacerações profundas da mucosa vaginal. A possibilidade de ocorrência de hemorragia no pós-parto e a dificuldade em retomar a atividade sexual são apenas duas das consequências que podem ser referidas decorrentes da perineotomia.

A dor é referida como a principal dificuldade no puerpério como consequência da realização de episiotomia (Guimarães & Lopes, 2008). Tal dificuldade pode posteriormente conduzir a situações de stress uma vez que a presença de uma episiorrafia dificulta a mobilização da puérpera dificultando assim os cuidados à criança. Podem ainda ocorrer traumas na mulher, relacionados com a desilusão de não ter sido capaz de dar à luz o seu filho sem que fosse necessária a realização da episiotomia (Moses, 1994).

Os problemas mamários mais frequentemente referidos pelas puérperas são as fissuras, a mastite e por fim o ingurgitamento (Silva, Schwab, Ravelli, Silva & Lemos, 2012).

As fissuras mamilares “são lesões da pele dos mamilos”, normalmente acompanhadas de aumento da temperatura corporal, descamação e por vezes, em casos mais graves, sangramento. Estas por norma são responsáveis por dor intensa e desconforto no momento da amamentação (Silva, Schwab, Ravelli, Silva & Lemos, 2012). Uma vez que podem ser responsáveis por um momento doloroso, são uma das principais razões que levam as

puérperas a deixar de amamentar (Pereira & Piccinini, 2007). A sua ocorrência é na maioria das vezes associada à preensão da boca do bebê quando este faz a pega sobre o tecido que cobre o mamilo ou a aréola e essa mesma pega é feita de forma incorreta (Junges et al., 2011).

A mastite é definida como um processo inflamatório, acompanhado por uma sintomatologia característica que inclui dor intensa, calor, mal-estar geral, aumento da temperatura local e da temperatura corporal (Pereira & Piccinini, 2007). As principais causas que conduzem ao surgimento desta complicação são a estase láctea associada a drenagem láctea insuficiente e a presença de fissuras mamilares que permitem a entrada de microrganismos e a proliferação dos mesmos no tecido mamilar (Silva, Schwab, Ravelli, Silva & Lemos, 2012). Em casos mais graves a mastite pode evoluir para abscesso mamário. Quando tal acontece a criança não deve ser amamentada dessa mama, tornando-se assim o ato de amamentar um risco para a sua saúde (Scott-Conner & Schorr, 1995). O tratamento inclui antibioterapia, analgesia e repouso para a puérpera e em último recurso drenagem cirúrgica (Pereira & Piccinini, 2007).

O ingurgitamento mamário caracteriza-se pela existência de congestão vascular com a possibilidade de evoluir para retenção de leite (Pereira & Piccinini, 2007). Segundo Giugliani (2004), os fatores precipitantes do aparecimento do ingurgitamento mamário são o início tardio da amamentação, frequência inadequada das mamadas e sucção ineficaz da criança.

Estudos realizados demonstram que quase todas as puérperas que amamentam apresentam pelo menos uma destas complicações. Na sua grande maioria estas mulheres, não obtiveram qualquer conhecimento ou esclarecimento do cuidado que deveriam ter com as mamas no período do pós-parto (Pereira & Piccinini, 2007). É assim importante alertar para o papel do enfermeiro na prevenção da ocorrência destas complicações quer na consulta pré-natal, quer no internamento hospitalar, quer na vigilância do puerpério.

A fadiga também incluída nas dificuldades relacionadas com as alterações físicas é um fenómeno subjectivo e multidimensional, que se relaciona com sensação de cansaço, «falta de energia», prostração, desejo de dormir, palidez, letargia, prostração, apatia e face inexpressiva (Afonso, 1999).

É um fenómeno comum nas mulheres após o parto podendo influenciar a sua capacidade de adaptação à nova situação, e a capacidade de responder às solicitações do filho.

Os fatores que podem estar associados à fadiga segundo Reeder et al. (1995) e Afonso (1999):

- desconfortos físicos do final da gravidez e a expectativa em relação ao parto, contribuem para que os dias que antecedem o nascimento da criança sejam vividos de uma forma desgastante;

- o trabalho de parto como uma experiência esgotante, tanto a nível físico como emocional;

- o período de internamento na maternidade que além de ser insuficiente para restaurar a energia da mulher, também pelas suas rotinas (limpeza, visitas médicas, visitas de amigos/familiares), leva a que a mulher se sinta fadigada;

- os curtos períodos de repouso e a privação do sono devido à necessidade de adaptação a novos ritmos decorrente das necessidades do filho, aos desconfortos físicos e à ansiedade pelo assumir de responsabilidades nos cuidados ao RN;

- o reassumir das atividades domésticas em simultâneo com os cuidados ao RN;

- as visitas e os telefonemas após o regresso a casa, que se poderão prolongar por algum tempo.

É importante que a puérpera tome consciência da importância da necessidade de repouso, de pedir apoio a alguém da sua confiança que a ajude nas diferentes tarefas para que é solicitada, e de estabelecer prioridades em relação aos afazeres domésticos/necessidades do filho e auto cuidado.

“Dificuldades no relacionamento com o pai da criança”- ao regressar ao seu domicílio, após o parto, terá que haver uma readaptação, em termos de dinâmica familiar, para que a transição, tanto da puérpera, como da família, para a nova realidade, que é ter um novo elemento totalmente dependente, se processe de um modo saudável. Para Lourenço e Afonso (2008) o nascimento de um filho, e em particular do primogénito, inicia um processo irreversível caracterizado por mudanças significativas na vida pessoal e familiar de cada membro do casal, alterando o equilíbrio anterior.

A aquisição de novos papéis e funções implica a sua integração num todo pré-existente, com a conseqüente reestruturação dos papéis e funções mais antigos. Assim, o relacionamento conjugal vai ser desafiado, ao promover novos tipos de relações assentes em

novas funções (maternal, paternal e filial) e novos papéis (mãe, pai e filho), que se cruzam com os já existentes (marido e mulher) (Lourenço & Afonso, 2008). Pereira e Piccinini (2007) mencionam que tal facto poderá gerar um aumento na tensão familiar.

Leal (2005) refere que a satisfação conjugal decresce com o nascimento de uma criança (época de grandes mudanças e de necessidade de vários reajustamentos). Para a mesma autora, o maior fator protetor da aliança conjugal é a sensibilidade às necessidades do outro e a comunicação acerca das necessidades sentidas, a partilha de experiências, dúvidas e ansiedade. Ao dialogar sobre estas dificuldades, o casal poderá, assim, encontrar novas estratégias de entendimento, que conduzam a outras expressões afetivo/sexuais satisfatórias (Tavares, 1990). A superação das alterações ao nível da relação conjugal,

(...) depende do êxito com que definiram e aceitaram a sua relação mútua. Se já desenvolveram a capacidade para se aperceber como são na realidade (e não como deveriam ser), e se são capazes de permitir que os seus valores e comportamentos sejam divergentes, trabalhar em equipa para ter uma base de poder flexível para cada um, e desenvolver normas que permitam o crescimento mútuo, é mais provável que efectuem a transição para as suas novas funções sem dificuldades. (Reeder, Martin & Koniak, 1995, p.612)

As “dificuldades com a higiene da criança”, que obteve 5% de referências no GC e 1% no GI, foram igualmente referenciadas num estudo desenvolvido por Afonso (1998). Esta investigadora, além das dúvidas em relação à mobilização, posicionamento, higiene e vestuário do RN, refere ainda os sentimentos de insegurança e medo em manusear ou segurar o filho. Graça (2003), num estudo efetuado com primíparas, identificou também este tipo de dificuldades, onde as mães referiam o receio de pegar no RN, devido ao facto de ser “frágil”, “escorregadio” e “irrequieto”. Mais recentemente, pesquisas realizadas por Bergamaschi e Praça (2008), Medeiros e Santos (2009), Ravelli, (2008), Silva e Roldán (2009) e Strapasson e Nedel, (2010) vieram também realçar esta dificuldade.

O banho é um momento que para além de garantir a higiene de criança permite ainda a promoção do conforto e o estabelecimento de uma grande intimidade na relação pais-filho. Manning (2008) refere que este momento especial poderá tornar-se numa situação stressante, devido à insegurança da mãe/pais nos cuidados ao filho. Poderá contribuir ainda para tal situação, o cansaço evidenciado por algumas mulheres nesta fase de adaptação à nova dinâmica de vida.

Segundo Eisenberg et al. (1998) e Kenner (2001), o banho diário nos primeiros meses de vida é desnecessário. Os autores defendem que dois a três banhos por semana serão suficientes para garantir a boa higiene da criança, desde que se faça a limpeza da zona da fralda a cada troca da mesma.

Uma atividade com as quais as mães se deparam nas primeiras semanas de vida do filho e sobre a qual apresentam muitas dúvidas refere-se aos cuidados ao coto umbilical. É importante elucidar os pais de que a sua mobilização é indolor para a criança, e que para garantir que fique bem limpo é necessário a higienização da área de forma correta, estando alerta para os sinais de infecção. O modo de atuação da mãe no domicílio deverá ser de acordo com as instruções fornecidas na maternidade. Aquilo que muitas vezes é referido nos manuais de puericultura ou mesmo por outros profissionais de saúde poderá ser diferente das ditas indicações. Cabe à mulher questionar, pedindo justificações, sempre que seja orientada para atuar de modo diferente daquilo que lhe foi indicado.

Os cuidados de higiene e conforto ao RN incluindo os cuidados ao coto umbilical, é um tema que é abordado nas aulas de preparação para o parto e nas educações para a saúde, desenvolvidas nas consultas de saúde materna. Também durante o internamento na maternidade, as intervenções de enfermagem, relacionadas com este foco de atenção, têm como principal objetivo tornar a mãe autónoma, em relação a este cuidado ao filho. Cremos, assim, que a reduzida percentagem de puérperas que referiram esta dificuldade (5% no GC e 1% no GI) se deve, possivelmente, ao ensino e treino das mães, tanto no pré como no pós-natal sobre esta temática.

A “dificuldade na gestão do tempo” foi referenciada por 2% das participantes do GC. Apesar desta baixa percentagem, realçamos a sua importância, já que não fazendo parte da lista de possíveis respostas à questão colocada sobre as principais dificuldades sentidas pela puérpera ao longo do puerpério, foi a única resposta mencionada no espaço em aberto. São muitas as mudanças que acontecem no dia-a-dia da mulher, com a chegada do filho. Este torna-se, muitas vezes, no “relógio do tempo” da família, implicando, por exemplo, nos horários dos afazeres domésticos, das refeições, das visitas dos amigos e familiares e das idas às compras. O ritmo da criança acaba por comandar o ritmo da puérpera, ficando esta sem uma rotina determinada (Stefanello, 2005). Esta gestão do tempo poderá levar algum tempo, até que seja feita com eficácia, levando, por vezes, a mulher a abdicar do seu sono, para

cuidar dos afazeres domésticos (Lowdermilk & Perry, 2002; Stefanello, 2005). Ao longo das VDs, a questão relacionada com este aspeto era abordada, de forma a avaliar como a mulher se organizava em relação às diferentes atividades relacionadas com o filho/família, atividades domésticas e autocuidado.

Relativamente às principais dificuldades da mulher no puerpério, podemos-las resumir, tal como Afonso (2002) indica, em três níveis - dificuldades associadas à fisiologia do puerpério, dificuldades no cuidar do filho e dificuldades psicossociais.

5.9 - AS ALTERAÇÕES EMOCIONAIS NO PUERPÉRIO

Entre os 5 e os 10 dias de puerpério, as participantes realizaram o auto preenchimento da EAAPP. Esta escala permite detetar entre o 4º e o 10º dia as formas mais severas do BPP (Sousa & Leal, 2007). É composta por 8 itens reconhecidos por ansiedade, 4 itens por sentimentos depressivos e 4 itens por preocupação. Após análise estatística, os dados não nos permitem afirmar que há uma relação significativa entre os grupos, apesar de as participantes do GI terem já tido uma VD antes do preenchimento da EAAPP.

A presença de sintomatologia de BPP, nas participantes do estudo (somatório de níveis moderados e níveis severos alterações psicoemocionais do puerpério) foi de 35% no GC e 23% no GI. Este resultado aproxima-se dos referidos por Seyfried e Marcus (2003) e Cantillino (2003), ao opinarem que o BPP, consoante o critério de diagnóstico utilizado, apresenta uma prevalência de 25 a 80%. Outros estudiosos apontam percentagens mais elevadas de puérperas com BPP - 60 a 80% (Henshaw, 2003; Nagata et al., 2000; Payne, 2007; Rondón, 2003; Sakumoto et al., 2002; Silva & Botti, 2005).

A única variável do estudo que parece relacionar-se com o BPP é a ajuda do “pai da criança” nos primeiros 10 dias de puerpério. A maioria das puérperas que referiu esta ajuda (72,7%) revelou “ausência de alterações psicoemocionais do puerpério significativas”. daquelas que não tiveram a ajuda do pai do filho, apenas 46,2% não referenciaram sintomatologia de BPP. Glangeaud-Freudenthal, Crost e Kaminski, (1999), e Murata, Nadaoka, Morioka, Oiji e Saito (1998), indo um pouco de encontro a este resultado, apontaram entre possíveis causas de BPP a falta de apoio nos cuidados ao RN e problemas

relacionais com o companheiro. O apoio físico e emocional do pai está entre os fatores de proteção centrais da sintomatologia depressiva no pós-parto (Cutrona & Troutman, 1986).

O facto de termos como fator de inclusão mulheres com parto eutócico, cuja alta clínica (assim como a do filho) ocorreu nas primeiras 72 horas pós-parto, que tiveram uma gravidez normal e sem antecedentes de patologia depressiva, poderá ter contribuído para a percentagem da baixa prevalência de BPP nas participantes. Beck (2001), Johnstone, Boyce, Hickey, Morris-Yates e Harris (2001) e Josefsson et al. (2002) referem que um dos mais importantes e significativos fatores de risco para a patologia afetiva pós-parto é a história de depressão em gravidezes anteriores. Os dados que obtivemos não nos permitem afirmar que há uma relação estatisticamente significativa entre o GC e GI relativamente à presença de BPP. Esta constatação leva-nos a refletir que desenvolvermos uma VD na primeira semana após o parto, não foi suficiente para que acontecesse a dita relação. Outras variáveis poderão estar assim implícitas no surgimento do BPP.

A EPDS foi a última escala a ser aplicada às participantes, quando efetuaram o preenchimento do último questionário. Esta escala tem como objetivo detetar, precocemente, o risco da mulher desenvolver DPP. Tal como é aconselhado pela DGS, a EPDS deverá ser aplicada a partir das 6 semanas de puerpério, altura a partir da qual ocorre a maioria dos casos de DPP (DGS, 2005).

Após análise estatística, verificamos que há diferenças estatisticamente significativas entre o GC e o GI, relativamente ao risco da mulher desenvolver DPP.

No GC, as mulheres com “risco elevado” de DPP é de 14%. Este resultado está de acordo com outros estudos efetuados. No nosso país, uma pesquisa desenvolvida por Augusto et al. (1996) revelou, pela aplicação da EPDS a 352 mães, uma prevalência de DPP de 13,1%, entre os 2 e 5 meses após o parto. Mais recentemente, Costa, Pacheco e Figueiredo (2007) aplicaram a mesma escala a 197 puérperas, 3 meses após o parto, tendo concluído que 13,7% das mulheres se encontravam clinicamente deprimidas. Também noutros países, têm sido desenvolvidos estudos com o recurso à mesma escala, sendo os resultados semelhantes àqueles que obtivemos. Num estudo efetuado por Martins (2013), no Brasil, a prevalência de sintomas de DPP foi de 14,5% no primeiro mês pós parto.

Outros estudos epidemiológicos, desenvolvidos um pouco por todo o mundo, têm estimado a ocorrência de DPP em 10% a 15% das puérperas (Andrade, 2002; Areias, Augusto,

Figueiredo, Calheiros & Figueiredo, 1992; Boyce, 2003; Catão, 2002; Klaus et al., 2000; Payne, 2007; Warren & McCarthy, 2007; Beck, 2001; Chandran, Tharyan, Muliylil & Abraham, 2002; Hanna, Jarman & Savage, 2004; Josefsson, Berg, Nordin & Sydsjö, 2001).

No GI, apenas 4% das puérperas apresentam “risco elevado” de DPP. Podemos, assim, afirmar que as VDs efetuadas ao longo do puerpério se relacionam com o risco de DPP. As puérperas acompanhadas no domicílio referem mais, um “baixo risco” de desenvolver esta patologia. As participantes deste grupo com o “risco elevado” de DPP tiveram todas 4 VDs. Entendemos, tal como as próprias puérperas, que havia necessidade deste acompanhamento, não só por dificuldades relacionadas com a parentalidade, mas também por dificuldades com o autocuidado e perturbações emocionais, entre outros aspetos. A proximidade estabelecida com a puérpera pela realização das VDs permitiu às participantes a verbalização de queixas, que traduziam um mal-estar em termos emocionais, além de nós mesmos também estarmos despertos para os sinais de alarme e, deste modo, podermos responder de forma mais adequada. Basto (2000) refere que na enfermagem domiciliária, o enfermeiro interage e estabelece uma relação de proximidade, de “estar com” e de partilha de sentimentos.

Procuramos identificar possíveis relações entre o risco de desenvolver DPP e outras variáveis do estudo.

A “alimentação da criança” é uma variável que se relaciona com o grau de risco da DPP. As puérperas que alimentaram o filho exclusivamente com leite materno, no final do puerpério, apresentam uma percentagem maior de “baixo risco” de depressão, comparativamente com aquelas que alimentaram as crianças com leite artificial ou com leite materno e artificial. Relembramos, também, a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o GC e o GI, relativamente à variável “alimentação da criança”- os filhos das participantes do GI faziam mais aleitamento materno exclusivo que as do GC.

Vários estudos referem os efeitos da sintomatologia depressiva na manutenção do aleitamento materno, associando-a ao abandono precoce do aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo (Chaudron, Klein, Remington, Palta, Allen & Essex, 2001; Da Silva Cruz et al., 2005; Dennis & McQueen, 2007; Foster, Mclachlan & Lumley, 2006; Hasselmann, Werneck & Silva, 2008; Da Silva Moraes, Pinheiro, Silva, Horta, Sousa & Faria, 2006; Petrosyan, Armenian & Arzoumanian, 2011; Turner & Papinczak, 2000). De acordo com Gröer (2005), as mães que amamentam são menos depressivas. Dennis e McQueen

(2007), numa pesquisa efetuada, referem que a sintomatologia depressiva é fator de risco para a interrupção da amamentação, e não o inverso.

Mais recentemente, Figueiredo, Dias, Brandão, Canário e Costa (2013), numa revisão da literatura que realizaram sobre amamentação e DPP, revelam que alguns estudos demonstram que o aleitamento materno pode proteger as mães desta patologia. No entanto, tal como referem os mesmos autores (2013, p.336), “ainda são necessárias mais pesquisas sobre os benefícios psicológicos para a mãe.”

A totalidade das puérperas que não referiram “dificuldades significativas ao longo do puerpério” classificava-se como de “baixo risco” de desenvolver DPP. Relembramos a diferença estatisticamente significativa entre o GC e o GI, relativamente à variável “dificuldades no puerpério”. Havia mais puérperas do GI que não referiam “dificuldades significativas ao longo do puerpério” relativamente às do GC.

A dificuldade da puérpera na “alimentação do filho”, em lidar com as “alterações psicológicas” e no “relacionamento com o pai da criança”, relaciona-se com o risco de DPP, já que existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis. Stuchbery, Matthey e Barnett (1998) e Whisman (2001) referiram de igual modo as dificuldades no relacionamento com o pai da criança, como estando relacionadas com a sintomatologia depressiva do puerpério.

Também a “ajuda nas tarefas domésticas” se relaciona com o risco de DPP. As participantes que referiram não ter essa ajuda, no final do puerpério, classificam-se em maior número com “risco elevado” de DPP, comparativamente com aquelas que diziam ter essa ajuda.

Um dos objetivos do estudo era averiguar a relação entre as alterações emocionais da puérpera, nos primeiros 10 dias de puerpério e no final deste mesmo período. Das mulheres com “presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério severas” nos primeiros 10 dias pós-parto, 25% classificavam-se no final do puerpério com “risco elevado” de DPP. Apenas 4,2% das participantes com “ausência de alterações psicoemocionais do puerpério significativas”, nos primeiros 10 dias pós-parto, apresentavam “risco elevado” de DPP, no final do período puerperal. Assim, o teste do *Qui-quadrado* revela-nos a existência de relação significativa entre as alterações psicoemocionais, nos primeiros 10 dias de puerpério, e o “risco elevado” de DPP entre as 6 e 9 semanas pós-parto.

Alguns estudos efetuados estão de acordo com os nossos dados. Costa et al. (2007), numa pesquisa que desenvolveram, concluíram que a sintomatologia depressiva, na primeira semana de puerpério, é preditiva da sintomatologia depressiva ao terceiro mês pós-parto. Também outros estudiosos estão em consonância ao referir situações de BPP que poderão evoluir para DPP (Bloch et al., 2003; Cutrona & Troutman, 1986; Kaplan & Sadock, 2004; Klaus et al., 2000).

CAPÍTULO 6 - CONCLUSÕES

Neste capítulo, apresentamos as conclusões mais relevantes do estudo desenvolvido, tendo presente os objetivos propostos. Sempre que nos pareça pertinente, apresentamos algumas reflexões sobre os resultados, as quais poderão ser ponto de partida para futuras investigações. Finalizamos com algumas sugestões, passíveis de colocar em prática, tendo em conta os resultados obtidos.

Conforme verificamos pela revisão da literatura, são escassos no nosso país, os estudos que avaliem a eficácia de programas de intervenção do enfermeiro no domicílio, em relação à saúde da puérpera e, em particular, na prevenção das perturbações emocionais. A gravidez e o puerpério são etapas da vida em que os pais, normalmente, estão ávidos para a aquisição de competências, para melhor cuidarem do filho. Uma mulher que não se sinta em equilíbrio, com certeza que irá ter dificuldades em viver de um modo harmonioso a transição para o ser mãe. O enfermeiro é o profissional de saúde que, pela sua relação de proximidade para com a “família puerperal” se deve tornar num promotor de saúde da puérpera/família, facilitando, assim, o processo de transição para a parentalidade.

O estudo foi desenvolvido na área de influência da ULSCB, EPE. Após formalizados os pedidos de autorização para a sua realização, e os contactos com os enfermeiros que desenvolvem atividades no âmbito da saúde materna, iniciamos o trabalho de campo em fevereiro de 2010. Com a colaboração dos ditos enfermeiros, foram entregues e recolhidos os questionários ao longo de 21 meses às participantes que se constituíram como GC. A recolha terminou quando obtivemos 100 conjuntos dos três questionários. Foram preenchidos 76 primeiros questionários, por grávidas que reuniam os critérios de inclusão, que não tiveram seguimento com o preenchimento do segundo e/ou terceiro questionário. O motivo para que tal acontecesse relaciona-se com o facto, de as participantes deixarem de reunir os critérios de inclusão para o preenchimento dos instrumentos de colheita de dados, e o esquecimento por parte do pessoal de enfermagem na entrega dos mesmos.

As VDs, que iniciamos em dezembro de 2011 com o GI, terminaram quando obtivemos, tal como no GC, 100 conjuntos dos três questionários.

O primeiro questionário, aplicado às participantes entre as 35 semanas e as 40 semanas de gravidez, teve como principal objetivo avaliar a homogeneidade entre o GC e o GI.

Relativamente à caracterização sócio demográfica, os grupos mostraram características semelhantes, à exceção da profissão e o concelho de residência. As profissões mais referenciadas pelas participantes no GC integram a categoria “especialistas das atividades intelectuais e científicas”, enquanto que no GI integram a categoria “trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores”. O concelho de residência mais mencionado foi o de Castelo Branco. Ao efetuarmos a análise da relação das variáveis sócio demográficas com as variáveis dependentes, os dados não nos permitem afirmar que há uma relação estatisticamente significativa entre os grupos. Também em relação à história obstétrica, os grupos mostraram-se semelhantes, à exceção da data da primeira consulta de gravidez e à frequência de aulas de preparação para o parto. A quase totalidade das participantes do GC (99%) teve a primeira consulta até às 12 semanas de gravidez, enquanto que no GI, esta percentagem foi de 89%. As participantes do GC frequentaram mais as aulas de preparação para o parto. Estas diferenças entre os grupos parecem não afetar, significativamente, a validade do estudo, já que pela aplicação dos testes estatísticos, verificamos que nenhuma das variáveis mencionadas apresentava relação com as alterações emocionais.

O estado emocional das participantes, no final da gravidez, foi avaliado pela EADS, constituída por três sub-escalas. Relativamente à sub-escala *stress* e depressão os dados que obtivemos não nos permitem afirmar a existência de uma relação significativa entre os grupos. Em relação à sub-escala ansiedade, há diferenças estatisticamente significativas entre eles. É maior o número de participantes do GC com ansiedade normal, relativamente às do GI. Por não se verificar qualquer relação entre esta sub-escala e qualquer outra variável do estudo, não nos parece que tal facto também tenha vindo a afetar a validade do mesmo. Nos dois grupos, a sub-escala *stress* foi aquela que apresentou uma média de scores mais elevada, seguida da sub-escala ansiedade e, finalmente, a sub-escala depressão. O teste de correlação efetuado mostrou a existência de correlações positivas entre as três sub-escalas. Podemos, assim, afirmar que, no início do estudo, antes de dar início à intervenção no GI, os grupos,

tendo em conta as explicações referidas anteriormente, eram muito similares, relativamente ao estado psicoemocional.

O resultado da análise das variáveis, relacionadas com o “internamento na maternidade”, provou que também aqui os dois grupos eram semelhantes em relação às mesmas. Nasceram mais 5% de crianças do sexo feminino, em relação ao sexo masculino. Os companheiros/maridos das participantes, na sua maioria, não estiveram presentes quando nasceu o filho, podendo ser uma possível causa para tal, a ocorrência do parto distócico. Apenas 2% separa as participantes que tiveram um parto distócico, daquelas que tiveram um parto normal, com este a ter maior percentagem. Sabemos que a ocorrência de parto distócico é maior nas primíparas, no entanto, a elevada percentagem apresentada no estudo faz-nos refletir nas possíveis causas que estarão associadas a uma prevalência tão elevada. A frequência das aulas de preparação para o parto, no nosso estudo, não se mostrou relevante para o tipo de parto das participantes que frequentavam esse mesmo programa.

A “ajuda no puerpério”, que as participantes mais referiram, foi a do “pai da criança”, sempre com percentagens de referências acima de 90%. A “mãe da participante” surge como a segunda pessoa mais mencionada, mas com percentagens cada vez menores, ao longo do período pós-parto. Tal facto remete-nos para a evidência de que a primípara tem a seu lado, para a ajudar, não só nas tarefas domésticas, mas também nos cuidados ao filho (tipo de ajudas mais referenciadas), o companheiro, que também ele experiencia, provavelmente pela primeira, vez o papel de pai. É importante o enfermeiro conhecer tal realidade. Um aspeto essencial a ter em conta, é o horário de atendimento dos profissionais de saúde, no período do puerpério. Adequar o mesmo, para que o pai também possa estar presente nas consultas médicas e de enfermagem, poderá não ser assim tão difícil de concretizar, temos é de estar abertos e recetivos a esta possibilidade.

A “ajuda no autocuidado” foi a menos aludida pelas participantes ao longo do puerpério. Mesmo em relação aos primeiros 10 dias de puerpério, apenas uma minoria das mulheres (17,5%) percebeu esse tipo de ajuda. Como referem Klaus et al. (2000), uma mulher, após ser mãe, pode sentir-se abandonada, sozinha e insegura, se não se sentir segura contida e cuidada. A mulher, enquanto grávida, torna-se no centro de atenções, não só no seio da família, mas também no grupo social onde está envolvida. Com o nascimento do bebé, com o corte do cordão umbilical, o centro de atenções passa para a criança. Lidar com as suas

alterações físicas e emocionais e com as necessidades do filho, requer da nova mãe uma consciencialização da compreensão dessas mudanças, e um envolvimento na procura de recursos para lhes dar resposta. O enfermeiro, ao prestar cuidados à puérpera, deverá munir-se com os conhecimentos e as habilidades necessários, para que possa responder às suas necessidades, deixando de ser assim um alvo secundário de atenções.

Nas VDs efetuadas, sempre que algum familiar estava presente, e de acordo com a vontade da puérpera, era envolvido nas atividades desenvolvidas. Constatamos que, normalmente, os cuidados a ter com a criança eram conhecidos, pelo menos, em termos teóricos. Relativamente aos cuidados para com a mulher, o desconhecimento das alterações que acontecem no puerpério, principalmente as emocionais, eram relevantes. Torna-se difícil ajudar alguém quando se desconhece o que está na origem de determinado problema. Concordamos, com Stefanelo, Nakano e Gomes (2008), ao referirem que os familiares da puérpera necessitam da orientação de um profissional de saúde, para auxiliar e cuidar da mulher, já que o período puerperal é aquele em que o cuidado com a saúde da mãe é realizado, principalmente, no interior da família.

A “fonte de informação” sobre dúvidas relacionadas com a gravidez, parto e pós-parto, com maior número de referências, mencionadas pelas participantes no final da gravidez, foi o “médico”. O “enfermeiro” ocupava este lugar, em relação às dúvidas sobre os cuidados a prestar à criança. A partir do segundo questionário, inclusive, os grupos comportam-se de modo diferente, apesar de terem seguido as mesmas orientações, em relação ao acompanhamento no centro de saúde - teste de *Gutherie*, vacinação, avaliação de peso da criança, consulta de saúde infantil e revisão de puerpério. No GI, o “enfermeiro” passou a ter o maior número de referências no esclarecimento de dúvidas sobre os cuidados a prestar à criança e também sobre o autocuidado.

A realização das VDs exige tempo para ouvir, para ensinar e treinar, tempo que nem sempre, em termos institucionais, é possível disponibilizar. Ao mostrar essa disponibilidade em contexto domiciliário, a mulher, e também a família que possa estar presente, fica mais confiante para colocar questões. Também o facto de disponibilizar um contacto telefónico promove o esclarecimento de dúvidas. Um atendimento na altura certa poderá fazer a diferença entre uma situação de continuação de saúde ou instalação de doença.

A “alimentação da criança” foi uma variável em que os grupos se comportaram de um

modo diferente. Houve uma maior prevalência de aleitamento materno e, em particular, aleitamento materno exclusivo nos filhos das participantes do GI, relativamente aos filhos das participantes do GC. A diferença regista-se tanto nos primeiros 10 dias de puerpério, como no final deste, entre as 6 e as 9 semanas de pós-parto. São numerosos os estudos que relacionam o aleitamento materno com fatores ligados à saúde da puérpera (também à saúde mental) e da criança. Todos os programas implementados que tenham como resultado mais crianças, que durante mais tempo sejam alimentadas com leite materno, contribuem, para famílias e sociedades mais saudáveis.

A “situação de saúde da criança” foi diferente entre o GC e o GI. As puérperas do GI procuraram menos os serviços de saúde, por problemas relacionados com a criança. A preocupação de que algo possa não estar bem com o filho leva, muitas vezes, a que os serviços de saúde sejam procurados de um modo indevido. Tal constatação reflete-se nas estatísticas de saúde (associadas normalmente aos custos), que nem sempre são analisadas, com o fim último de emendar algo que esteja menos bem. Qualquer dúvida ou preocupação, por mais pequena que pareça a qualquer pessoa, para uma mulher, mãe pela primeira vez, será sempre uma grande dúvida ou uma grande preocupação. No desenvolvimento das VDs, ao dotarmos a puérpera com os conhecimentos e habilidades para cuidar do filho, conseguindo resolver transtornos ligeiros, contribuímos para que a procura dos serviços de saúde seja menor. Também o contato telefónico, com o esclarecimento de dúvidas e/ou o encaminhamento da mulher em tempo real, poderá ter contribuído para estes resultados.

A percentagem de puérperas do GI que recorreram a ajuda clínica, por “problemas relacionados com a sua saúde”, foi menor, comparando com a procura por problemas com a criança. A situação mais referida foi a relacionada com complicações nas mamas. Muitas vezes, e principalmente no primeiro mês, o facto de haver um “simples” desconforto mamário poderá levar a mulher a querer suspender o aleitamento materno. O enfermeiro tem um papel crucial, em relação à prevenção de complicações relacionadas com o aleitamento materno, principalmente dando a conhecer à puérpera a diferença entre o que é fisiológico e patológico no processo de lactação.

O GC e o GI comportaram-se de um modo diferente em relação às “dificuldades no puerpério”, sendo mais as puérperas do GI que não referiram dificuldades. Relativamente àquelas que mencionaram dificuldades, também os grupos se mostram diferentes quanto à

dificuldade em lidar com as alterações psicológicas. São mais as puérperas do GC que referem este problema.

Compreender o “choro da criança” foi a dificuldade mais referida pelas participantes. Surgem cada vez mais estudos com o objetivo de ensinar os pais a “decifrar” o choro do bebê. Desconhecemos, até ao momento, alguma pesquisa que tenha conseguido resultados satisfatórios relevantes na compreensão do choro do RN. É essencial a puérpera aceitar que só com o conhecimento cada vez melhor das características do seu filho, que requer tempo e paciência, poderá vir a identificar os diferentes significados do choro. O modo como os pais se relacionam com o filho, a sua sensibilidade às necessidades específicas da criança e a adequação das suas respostas influenciam as características do temperamento do bebê (DGS, 2005).

A incidência/prevalência de BPP, na totalidade das participantes do estudo entre o 6º e o 10 dia de puerpério, foi de 29%. A única variável do estudo que se relaciona com a sintomatologia de BBP, evidenciada pelos resultados da EAAPP, é a “ajuda do pai da criança”, nos primeiros 10 dias de puerpério. As puérperas que referiram esta ajuda revelaram em maior percentagem “ausência de alterações psicoemocionais do puerpério significativas”. Acreditamos que, possivelmente, durante o período pré-natal, os ensinamentos efetuados nas consultas de saúde materna não tenham, em especial atenção, a licença parental exclusiva do pai. Apercebemo-nos por vezes, quando realizávamos a segunda VD ao GI, muitos pais já se encontravam em atividade laboral. Tinham usufruído dos 5 dias obrigatórios, a seguir ao nascimento do filho, mas os restantes dias “ficariam para mais tarde”. Coloca-se a questão - Será que se os pais usufruírem, logo após o nascimento do filho, da totalidade dos 10 dias de licença a que têm direito, os resultados serão diferentes? Possivelmente sim, mas só com uma futura investigação poderemos obter uma resposta fidedigna.

A VD efetuada às participantes do GI, na primeira semana, não foi suficiente para que houvesse diferenças estatisticamente significativas entre este grupo e o GC, relativamente à sintomatologia de BBP, evidenciada pelos resultados da EAAPP. Quanto partimos para esta investigação, pressupunhamos que o resultado seria o oposto. Mais tarde, quando aprofundamos conhecimentos pela leitura e reflexão de estudos desenvolvidos nesta temática, apercebemo-nos que, possivelmente, o resultado não seria o expectável, principalmente pela referência à diversidade dos fatores etiológicos desta síndrome. Ao efetuarmos a análise dos

dados constatamos, realmente, que uma VD efetuada na primeira semana de puerpério não se relaciona com as alterações psicoemocionais que surgem nesse mesmo período.

Relativamente ao risco da puérpera desenvolver DPP, existem diferenças estatisticamente significativas entre o GC e o GI. Foram mais as participantes do GC com “risco elevado” de DPP (14%), comparativamente com as do GI (4%). A percentagem do GC, tal como foi referido no capítulo da discussão de resultados, aproxima-se de outros estudos desenvolvidos, não só no nosso país, mas um pouco por todo o lado (estudos com o recurso à EPDS). Não temos conhecimento de pesquisas realizadas semelhantes àquela que desenvolvemos em matéria de acompanhamento da puérpera no domicílio, para podermos comparar resultados com os do GI. Durante o tempo em que as puérperas foram alvo das VDs, tivemos sempre a preocupação de afirmar que a nossa presença tinha como objetivo não só a promoção da saúde da criança, mas também a saúde da própria. Muitas vezes, as mulheres percebem que a prioridade nos serviços de saúde no período pós-parto é dada ao filho (Stefanello, Nakano & Gomes, 2008). No domicílio, ao questionarmos a mulher sobre o modo como está a viver esta fase da sua vida, mostrando disponibilidade para a ouvir, estamos a contribuir, com certeza, para que a puérpera se sinta mais segura e cuidada. Como referem Braga e Morsch (2004, p.555), “devemos cuidar das puérperas após o nascimento de seus bebês, para lhes facilitar as condições de exercer plenamente a sua função materna.”

Foram analisadas as relações entre as variáveis intervenientes do estudo e o risco de as puérperas desenvolverem DPP:

- a “alimentação da criança” relaciona-se com o risco de DPP. As participantes que alimentavam o filho, exclusivamente com leite materno, tinham maior percentagem de “baixo risco” de DPP. O grupo que mais contribuiu com as participantes a alimentarem assim o filho foi o GI. Tal como foi referido, o GC e o GI apresentavam diferenças estatisticamente significativas, relativamente à dita variável. Deparamo-nos no GI, principalmente na primeira VD, com a ansiedade manifestada pela puérpera, devido ao facto de apresentarem um conhecimento comprometido sobre o amamentar do filho. A duração da mamada, o intervalo entre as mamadas, a postura e a eructação da criança, foram aspetos referidos pelas mães. Esta ansiedade/desconhecimento era causado, muitas vezes, por informações contraditórias que a mãe recebeu dos profissionais de saúde. São importantes as normas que funcionam como linhas orientadoras de atuação, no entanto, deverão deixar abertura suficiente para orientar

cada mulher, segundo as suas características físicas emocionais e sociais;

- a totalidade das puérperas que não referiram “dificuldades significativas ao longo do puerpério” classificava-se como de “baixo risco” de desenvolver DPP existindo assim uma relação significativa entre as variáveis. Também em relação à primeira variável, havia diferenças estatisticamente significativas entre o GC e o GI. A maior percentagem de puérperas que não referiram dificuldades significativas pertencia ao GI. As “dificuldades na alimentação do filho”, “dificuldades em lidar com as alterações psicológicas” e “dificuldades no relacionamento com o pai do bebé” surgem também como estando relacionadas com o risco de DPP;

- a análise estatística demonstrou a relação entre a sintomatologia de BPP e o risco de DPP, tal como outros estudos já realizados. As VDs, ao longo do puerpério, poderão contribuir para romper esta ligação. Justificamos esta afirmação, refletindo um pouco sobre os resultados que obtivemos - nos primeiros 10 dias de puerpério, os dados não nos permitem afirmar que há uma relação estatisticamente significativa entre os grupos relativamente ao BPP. No final do puerpério, já existe esta relação quanto ao risco de DPP. A alteração mais evidente que aconteceu entre os grupos foi a intervenção que foi feita no GI, ao longo do puerpério. Neste grupo, apenas 4% das participantes se classificaram com “risco elevado” de DPP, enquanto que no GC esta percentagem foi de 14%.

Procurando responder ao último objetivo, “avaliar a influência da intervenção do enfermeiro, na promoção da saúde da díade mãe/filho”, apresentamos as variáveis em que a análise estatística revelou haver relação com a intervenção do enfermeiro no domicílio:

- alimentação da criança - a percentagem de crianças a fazerem aleitamento materno e, em particular, aleitamento materno exclusivo, entre as 6 e as 9 semanas de puerpério, foi maior no GI;

- situação de saúde da criança ao longo do puerpério - foi maior a percentagem de participantes do GI que não recorreu aos serviços de saúde, por problemas relacionados com os filhos;

- dificuldades no puerpério - a percentagem de puérperas do GI que não referiu dificuldades significativas no final do puerpério também foi maior, relativamente às do GC;

- dificuldade em lidar com as alterações psicológicas - foram mais as puérperas do GC que referiram esta dificuldade.

Na figura 5 apresentamos de uma forma esquemática os resultados que obtivemos pela realização das VDs no GI, e em que os testes estatísticos mostraram haver diferenças significativas entre este grupo e o GC.

Figura 5 - Resultados da intervenção do enfermeiro no domicílio durante o puerpério



Face a estes dados, e tendo como suporte o Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016 poderemos falar em ganhos de saúde relacionados com este estudo, já que,

expressam a melhoria dos resultados (Nutbeam D, 1998) e traduzem-se por ganhos em anos de vida, pela redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração, pela diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente, pelo aumento da funcionalidade física e psicossocial e, ainda, pela redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde. (DGS, 2012, p. 58)

6.1 - RECOMENDAÇÕES PARA A INVESTIGAÇÃO

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (1996), e considerando os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001), bem como as tomadas de posição da OE, os enfermeiros têm um papel crucial na identificação de situações de risco, bem como na análise, proposta e aplicação de soluções para os problemas encontrados.

A percentagem de puérperas com “risco elevado” de DPP no GC foi semelhante à de outros estudos desenvolvidos, e não só em Portugal. Além da menor percentagem das participantes do GI com “risco elevado” de DPP, também outras variáveis surgiram “beneficiadas” com a intervenção desenvolvida no âmbito do domicílio da puérpera - alimentação da criança, situação de saúde da criança e dificuldades da puérpera.

Assim, propomos que outros estudos sejam desenvolvidos e que traduzam qual a influência da VD no desenvolvimento infantil e na transição para a parentalidade da “família puerperal”. Estudos que contribuam para a melhoria da qualidade dos cuidados a prestar no período pós-parto, e que contribuam também para dar visibilidade ao trabalho que o enfermeiro desenvolve no âmbito do domicílio.

6.2 - IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

A implementação da VD no puerpério deveria ser uma realidade em todo o país, não se restringido a uma única visita, mas sim às necessárias, até que a puérpera e o enfermeiro acordassem a sua suspensão. As necessidades da intervenção do enfermeiro, junto da puérpera/família no domicílio, não deverão ser pautadas por uma uniformização de calendarização igual para todas as situações.

A formação de grupos de apoio às puérperas é importante. Para Redman (2003), as intervenções que recorrem à demonstração e ao treino, permitem a interação e aprendizagem através da troca de experiências com outros casais em situações idênticas, promove a integração de aprendizagem cognitiva, afetiva e psicomotora, diminuindo assim sentimentos de isolamento. Em termos de aleitamento materno, existem alguns grupos implementados em

diversas unidades de saúde com as suas particularidades específicas, tendo em atenção a população que atende.

No período pré-natal é extensa a oferta de sessões de preparação para a parentalidade, em termos institucionais e privados a casais grávidos. Após o nascimento pelo contrário, são poucos os locais onde os pais possam partilhar, em grupo, dúvidas e esclarecimentos. Parece que após o nascimento da criança já não é necessário tanta atenção relativamente à puérpera/RN/família.

Um estudo publicado recentemente por Oliveira, Quirino e Rodrigues (2012) revela-nos que as puérperas percebem os cuidados (nomeadamente os cuidados no domicílio, realizados pelo profissional de enfermagem), na sua maioria ao RN, e não tanto a si mesmas. É um aspeto sobre o qual deverá refletir qualquer enfermeiro, mas ainda mais um enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Um período tão importante da vida de uma mulher, como é o período puerperal, em que esta é exposta tanto a transformações físicas como psicossociais, além da necessidade de assumir um novo papel, envolvimento de responsabilidades - é percebido por ela como sendo um período de cuidados menores da equipa de saúde em relação a si mesma, quando comparado com os cuidados que são prestados ao RN.

É fundamental, que os profissionais de saúde implicados no acompanhamento da puérpera/RN forneçam informação semelhante nas diferentes temáticas ligadas às transições associadas ao puerpério. Só assim se tornarão facilitadores nestes diferentes processos. Aparentamos nas VDs, que o facto de a mulher referir ter recebido informações contraditórias dos profissionais de saúde, tornava-as mais ansiosas. A formação dos profissionais deverá ser uma constante, com espaços para discutir/refletir as práticas que realizam nas suas unidades de saúde (extensíveis à VD). É importante a reflexão, mas as decisões terão que ser tomadas em forma de consensos que possam ser implementados.

É essencial a complementaridade de intervenções, que deverá existir entre os diversos intervenientes da equipa de saúde, que acompanha a puérpera/família. Por vezes, existem situações problemáticas, que exigem a intervenção de múltiplos e diferentes saberes, mas que se complementam para o fim último da saúde da “família puerperal”.

Já em 2005, a OMS no Relatório Mundial de Saúde, defendia que:

os programas de saúde pública devem ser desenvolvidos em **conjunto**, de forma a que as **famílias tenham acesso a cuidados continuados** desde a gravidez, passando pelo nascimento e continuando pela infância, em vez dos cuidados, muitas vezes **fragmentados**, que são disponibilizados actualmente. (OMS, 2005, p.1)

Reconhecemos algumas limitações (que procuramos justificar) existentes no desenvolvimento desta investigação (uma delas é o facto de a colheita de dados não ter sido efetuada em simultâneo no GC e GI), no entanto, pensamos ter contribuído para dar alguma visibilidade ao trabalho que é desenvolvido pelo enfermeiro no domicílio, numa área ainda pouco estudada como é o puerpério e as perturbações emocionais.

Quando as taxas de natalidade em Portugal estão cada vez mais baixas, quando o número de enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica está a aumentar, poder-se-iam conciliar estes aspetos e promover cuidados de excelência à mulher/família, ao longo do ciclo gravídico/puerperal, onde estaria incluída a VD.

A estrutura familiar e social está em mudança. A saúde, como processo dinâmico e contínuo, implica um desafio constante em cada situação que surge, para a pessoa manter o seu equilíbrio (OE, 2001). No sentido de dar resposta adequada às reais necessidades de saúde evidenciadas, é urgente repensar as políticas de saúde, adaptando-as às características específicas de cada comunidade (OMS, 2008).

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, W. (2011). Transições e contextos multiculturais: contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais. *Coimbra: Formasau*.
- Administração Central do Sistema de Saúde (2013). *Metodologia de contratualização para os cuidados de saúde primários para o ano de 2013: Monitorização do processo de contratualização*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Administração Regional de Saúde do Centro, IP (2012). *Relatório de atividades 2010*. Coimbra: Administração Regional de Saúde do Centro, IP.
- Administração Regional de Saúde do Centro, IP (2013). *Relatório de atividades 2012*. Coimbra: Administração Regional de Saúde do Centro, IP.
- Afonso, E. H. (1998). *Dificuldades da mulher no puerpério: subsídios para a enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Faculdade de Ciências Humanas - Universidade Católica Portuguesa, Portugal.
- Alehagen, S., Wijma, K., Lundberg, U., Melin, B., & Wijma, B. (2001). Catecholamine and cortisol reaction to childbirth. *International Journal of Behavioral Medicine*, 8(1), 50-65.
- Altshuler, L. L., Hendrick, V., & Cohen, L. S. (2000). An update on mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. *Primary care companion Journal of Clinical Psychiatry*, 2, 217-222.
- Alves, A. M., Gonçalves, C. D. S. F., Martins, M. A., Silva, S. T. D., Auwerter, T. C., & Zagonel, I. P. S. (2007). A enfermagem e puérperas primigestas: desvendando o processo de transição ao papel materno. *Cogitareenferm*, 12(4), 416-27.
- Amaro, S. (2000). Visita domiciliária: orientações para uma abordagem complexa. In: Desaulniers J., Fenómeno, *uma teia complexa de relações* (pp.183-95). Porto Alegre: Edipucrs.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. (4ªed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association (1995). *Crítérios diagnósticos do DSM-IV*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Bixo, M., Wulff, M., Bondestam, K., & Aström, M. (2003). Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: A population-based study. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 189 (1), 148-154.

- Appleby, L., Mortensen, P. B., & Faragher, E. B. (1998). Suicide and other causes of mortality after post-partum psychiatric admission. *British Journal of Psychiatry*, *173*, 209-211.
- Areias, M. E., Augusto, A. R., Figueiredo, B., Calheiros, J. M., & Figueiredo, E. (1992). Psicologia do puerpério: a depressão pós-parto - revisão sobre epidemiologia, etiologia e extensão das consequências, *Arq-Med.*, *6*(2), 104-108.
- Areias, M. E., Kumar, R., Barros, H., & Figueiredo, E. (1996). Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. *British Journal of Psychiatry*, *169*(1), 30-35.
- Armstrong, K. L., Fraser, J. A., Dadds, M. R., & Morris, J. (1999). A randomized, controlled trial of nurse home visiting to vulnerable families with newborns. *Journal of paediatrics and child health*, *35*(3), 237-244.
- Atkinson, A. K., & Rickel, A.U. (1984). Postpartum depression in primiparous parents. *Journal of Abnormal Psychology*, *93*(1), 115.
- Attia E, Downey, J., & Oberman, M. (1999). Postpartum psychoses. In: Miller L. J., ed. *Postpartum mood disorders*. pp, 99-117. Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc.
- Augusto, A. (1993). *Estudo da depressão de pós-parto numa região urbana do Norte de Portugal*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar- Universidade do Porto, Portugal.
- Azevedo, K. R., & Arrais, A. D. R. (2006). O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *19*(2), 269-276.
- Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J. M., Matos, E., & Figueiredo, E. (1996). Post-natal depression in an urban area of Portugal: Comparison of childbearing women and matched controls. *Psychological Medicine*, *26*(1), 135-142.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, *4*, 561-571. Consultado em outubro, 6, 2011, em http://counsellingresource.com/lib/wp-content/managed-media/Beck_AT_1961.pdf
- Beck, A. T. (1991). Cognitive Therapy: A 30 year retrospective. *American Psychologist*, *46*, 368-375.
- Beck, C. T., & Gable, R. K. (2000). Postpartum Depression Screening Scale: development and psychometric testing. *Nurse Research*, *49* (5), 272-282.

- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nurse Research*, 50(5), 275-285.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. (edição comemorativa). Patrícia Benner; tradução Ana Albuquerque Queirós. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bergamaschi, S. F. F., & Praça, N. S. (2008). Vivência da puérpera-adolescente no cuidado do RN, no domicílio. *Rev Esc Enferm USP*, 42(3), 454-60.
- Bergant, A. M., Heim, K., Ulmer, H., & Illmensee, K. (1999). Early postnatal depressive mood: associations with obstetric and psychosocial factors. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(4), 391-394.
- Bloch, M., Daly, R. C., & Rubinow, D. R. (2003). Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 234-246.
- Bloch, M., Rotemberg, N., Koren, D., & Klein, E. (2005). Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. *Journal of Affective Disorders*, 88, 9-18.
- Bobak, I., Lowdermilk, D., & Jensen, M. (1999). *Enfermagem na maternidade*. (4.^aed.) Loures: Lusociência.
- Boyce, P. M. (2003). Risk factors for postnatal depression: a review and risk factors in Australian populations. *Archives of Women's Mental Health*, 6(2), 43-50.
- Boyce, P. M., & Hickey, A. (2005). Psychosocial risk factors to major depression after childbirth. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(8), 605-612. Consultado em outubro, 6, 2011, em www.springerlink.com.
- Borges, A., & Gouveia, B. (2001). Competências do RN. *Servir*, 49(3), 136-139.
- Borges, B., Serrano, B., & Pereira, F. (2003). Episiotomia - uso generalizado versus selectivo. *Acta médica portuguesa*, 16, 447-454.
- Braga, N., & Morsch, D. S. (2004). Cuidando da família: maternagem ampliada (pais, irmãos e avós). ME Moreira, JM Lopes & M Carvalho. *O RN de alto risco, teoria e prática do cuidar*. Fiocruz, Rio de Janeiro.[Links], 543-563.
- Bremberg, S. (2006). New tools for parents Proposals for new forms of parent support. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health. Consultado em janeiro, 7, 2014 em http://www.expo06.be/sites/default/files/kennisdocument/r200615_toolsparents0604.pdf
- Bright, D. A. (1994). Postpartum mental disorders. *American family physician*, 50(3), 595-598.

- Brito, A. O., De Freitas Maia, F., Alvarenga, M. D. L. C., & de Aguiar, R. G. (2008, July). Diagnóstico situacional da assistência pré-natal pelo Programa Saúde da Família no município de Corinto, Minas Gerais. In *RELATOS DE CASOS O uso da conferência familiar na resolução de conflitos de uma família com idosa dependente*.
- Brockington, I. (2004). Postpartum Psychiatric Disorders. *The Lancet*, 363, 303-310.
- Brockington, I., Cernik, K. F., Schofield, E. M., Downing, A. R., Francis, A. F., & Keelan, C. (1981). Puerperal Psychosis. Phenomena and diagnosis. *Archives of General Psychiatry*, 38, 829-833.
- Brown, G.W., Harrish, T. O., & Eales, M. J. (1996). Social factors and comorbidity of depressive and anxiety disorders. *British Journal of Psychiatry*, 168 (suppl. 30), 50-57.
- Burke, L. (2003). The impact of maternal depression on familial relationships. *International Review of Psychiatry*, 15, 243-255.
- Camacho, R. S., Cantinelli, F. S., Ribeiro, C. S., Cantilino, A., Gonsales, B. K., Braguittoni, E., & Rennó Jr, J. (2006). Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista Psiquiatria Clínica*, 33(2), 92-102.
- Campbell, D., & Stanley, J. (1963). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Chicago: Rand McNally.
- Campbell, S. B., & Cohn, J. F. (1997). The timing and chronicity of postpartum depression: Implications for infant development. In L. Murray & P. J. Cooper (Eds.), *Post-partum depression and child development* (pp.165-197). London: Guilford Press.
- Canavarro, M. C., & Pereira, A. I. (2001). Gravidez e maternidade na adolescência: perspectivas teóricas. *Psicologia da gravidez e da maternidade*, 323-355.
- Cantilino, A., Zambaldi, C. F., Sougey, E. B., & Rennó Jr, J. (2010). Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Rev Psiq Clín*, 37(6), 278-84.
- Cardoso, M. R. C. (2009). *Instrumento de avaliação das necessidades de aprendizagem da mãe/pai*. (trabalho não publicado e cedido por Alexandrina Maria Ramos Cardoso).
- Carroli G, & Belizan, J. (2007). *Episiotomy for vaginal birth* (Review). The Cochrane Collaboration. John Wiley & Sons, Ltd Consultado em janeiro, 3, 2014, em <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD000081.pdf>
- Carvalho, G.D. (2002). A amamentação e o sistema estomatognático. In: De Carvalho, M.R., Tamez, R.N., eds. *Amamentação. Bases científicas para a prática profissional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.37-49
- Carvalho, S., Murta, I., & Monteiro, M. P. (1999). Psiquiatria cl e perturbações psíquicas associadas ao puerpério: A psicopatologia no feminino. *Revista de Psiquiatria Consiliar e de Ligação*, 5 (2), 253-261.

- Centre for Reviews and Dissemination (2008). *Systematic Reviews CRD's guidance for undertaking reviews in health care*. University of York.
- Chandran, M., Tharyan, P., Muliyl, J. & Abraham, S. (2002). Post-partum depression in a cohort of women from rural area of Tamil Nadu, India: Incidence and risk factors. *The British Journal of Psychiatry*, 181, 499-504.
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção Terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Volume I. Loures: Lusodidacta.
- Chaudron, L. H., & Pies, R. W. (2003). The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder: a review. *The Journal of clinical psychiatry*, 64(11), 1284-1292.
- Chaudron, L. H., Klein, M. H., Remington, P., Palta, M., Allen, C., & Essex, M. J. (2001). Predictors, prodromes and incidence of postpartum depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 22(2), 103-112.
- Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). *Transitions: a nursing concern*. In CHINN, P. L., Nursing research methodology (p.237-257). Consultado em outubro, 6, 2011, em <http://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=nrs>
- Cho, H. J., Kwon, J. H., & Lee, J. J. (2008). Antenatal Cognitive-behavioral Therapy for Prevention of Postpartum Depression: A Pilot Study. *Yonsei Medical Journal*, 49(4), 553-555.
- Christie, J., & Bunting, B. (2010). The effect of health visitors' postpartum home visit frequency on first-time mothers: Cluster randomised trial. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 689-70. Consultado em outubro, 6, 2011, em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21129744>
- Chuong, C. J., & Burgos, D. M. (1995). Medical history in women with premenstrual syndrome. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 16(1), 21-27.
- Coito, A., Marques, R., & Carlos, S. (2004). Sucesso do aleitamento materno. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 5, 24-26.
- Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (2000). Parenting Self-Efficacy Among Mothers of School-Age Children: Conceptualization, Measurement, and Correlates*. *Family Relations*, 49(1), 13-24.
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Cooper, P. J., Campbell, E. A., Day, A., Kennerley, H. & Bond, A. (1988). Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth - a prospective study of prevalence, incidence, course and nature. *The British Journal of Psychiatry*, 152(6), 799-806.
- Cooper, P. J., Tomlinson, M., Swartz, L., Woolgar, M., Murray, L., & Molteno, C. (1999) *The British Journal of Psychiatry*, 175(6), 554-558.

- Costa, J. (1997). *Visitação Domiciliária*. Base para o ensino de Enfermagem na comunidade. *Rev. Enf. Novas dimensões*, 3(2), 78-82.
- Costa, R., Pacheco, A., & Figueiredo, B. (2007). Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto. *Revista de Psiquiatria Clínica* 34 (4), 157-165.
- Coutinho, S. B., de Lira, P. I., de Carvalho, L. M., & Ashworth, A. (2005). Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding. *The Lancet*, 366 (9491), 1094-1100.
- Cowan, C.P., Cowan, P.A., Heming, G., & Miller, N. B. (1991). Becoming a family: Marriage, parenting, and child development. In Cowan, P., & Hetherington, M. - *Family transitions*. (pp. 79-109). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10 - item Edinburgh Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Cox, J. L., Murray, D. & Chapman, C. (1993). A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *The British Journal of Psychiatry*, 163, 27-31.
- Cox, J. (2004). Postnatal mental disorder: towards ICD-11. *World Psychiatry*, 3(2), 96-97.
- Cramer, B., & Palacio-Espasa, F. (1993). *Técnicas psicoterápicas mãe-bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cruz, M. M., & Bourget, M. M. M. (2010). A visita domiciliária na estratégia de saúde da família: conhecendo as percepções das famílias. *Saúde e Sociedade*, 19(3), 605-613.
- Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto.
- Cutrona, C. E., & Troutman, B. R. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: A mediational model of postpartum depression. *Child development*, 1507-1518.
- Da Cunha, J., Nunes, F., Nunes, M., & Azeredo, P. (2007). RNs na urgência pediátrica hospitalar. *NOVO Enfalac Premium com DHA e ARA*, 38(6), 235.
- Da Silva Cruz, E. B., Simões, G. L., & Faisal-Cury, A. (2005). Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Ver. Bras. Ginecol. Obstet.*, 27, 181-188.
- Da Silva Moraes, I. G. S., Pinheiro, R. T., Silva, R. A., Horta, B. L., Sousa, P. L. R., & Faria, A. D. (2006). Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista Saúde Pública*, 40(1), 65-70.
- Davies, S. (2005). Meleis's theory of nursing transitions and relatives experiences of nursing

- home entry. *Journal of Advanced Nursing*, 52(6), 658–671.
- De Moraes, M. H. C., & Crepaldi, M. A. (2012). A clínica da depressão pós-parto. *Mudanças-Psicologia da Saúde*, 19(1-2), 61-67.
- Deave, T., Johnson, D., & Ingram, J. (2008). Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy and Childbirth*. Consultado em outubro, 6, 2011, em <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/8/30>.
- Decreto-Lei número 104/98 de 21 de abril. Diário da República número 93 - Iª Série A. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Dennis, C. L., & McQueen, K. (2007). Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? *Acta paediatrica*, 96(4), 590-594. Consultado em 28 maio 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17391475>.
- De Sousa Schwengber, D. D., & Piccinini, C. A. (2003). O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia*, 8(3), 403-411.
- Direcção-Geral da Saúde (DGS) - Divisão de Saúde Materna e Planeamento familiar (1993). *Vigilância Pré-Natal e Revisão do Puerpério*. (2ª ed. Revista). Lisboa: DGS.
- Direcção-Geral da Saúde (2000). *Boletim de Saúde da Grávida*. Lisboa: DGS.
- Direcção-Geral da Saúde - Direcção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental (2005). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa: DGS.
- Direcção-Geral da Saúde (2012). *Programa Nacional para a Saúde Mental. Orientações programáticas*. Acedido em julho, 15, 2013. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i017668.pdf>
- Direcção-Geral da Saúde - Divisão de Saúde Reprodutiva Mama Mater - Associação pró Aleitamento Materno em Portugal (2012). *Registo do aleitamento materno-relatório julho de 2010 a junho de 2011*. Lisboa: DGS.
- Direcção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde - Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes (2005). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Actuação*. (2ª ed.). Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Dix, T. (1991). The affective organization of parenting: Adaptive and maladaptive processes. *Psychological bulletin*, 110(1), 3.
- Ferrari, P., Botbol, M., Sibertin-Blanc, D., Payant, C., Lachal, C., Presme, N., ... & Burzztejn, C. (1991). Etude épidémiologique sur la dépression maternelle comme facteur de

risque dans la survenue d'une psychose infantile précoce. *La Psychiatrie de l'enfant*, 34(1), 35-97.

Ferreira, M., Nelas, P., & Duarte, J. (2011). *Motivação para o Aleitamento Materno: Variáveis Intervenientes*. Millenium, 40,23-38

Figueiredo, B. (2001a). Depressão pós-parto: Considerações a propósito da intervenção psicológica. *Psiquiatria Clínica*, 22(3), 329-339. Consultado em março, 10, 2010, em [http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4218/1/Depress%C3%A3o%20p%C3%B3s-parto%20\(2001\).pdf](http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4218/1/Depress%C3%A3o%20p%C3%B3s-parto%20(2001).pdf)

Figueiredo, B. (2001b). Perturbações Psicopatológicas do Puerpério. In Canavarro, M. *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto.

Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., & Magarinho, R. (2006). Qualidade das relações significativas da mulher na gravidez. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 3-25.

Figueiredo, B., Dias, C. C., Brandão, S., Canário, C., & Costa, R. N. (2013). Amamentação e depressão pós-parto: revisão do estado de arte. *Jornal de Pediatria*, 89 (4), 332-338. Consultado em setembro, 21, 2013, em <http://jped.elsevier.es/pt/amamentacao-e-depressao-pos-parto-revisao/articulo/90217723/>

Fleming, A. S., Ruble, D. N., Flett, G. L., & Shaul, D. L. (1988). Postpartum adjustment in first-time mothers: Relations between mood, maternal attitudes, and mother-infant interactions. *Developmental Psychology*, 24(1), 71.

Forster, D. A., McLachlan, H. L., & Lumley, J. (2006). Factors associated with breastfeeding at six months postpartum in a group of Australian women. *Int. Breastfeed J.*, 1(1), 18-21.

Francisquini, A. R., Higarashi, I. H., Serafim, D., & Bercini, L. O. (2011). Orientações recebidas durante a gestação, parto e pós-parto por um grupo de puérperas. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(4), 743-751.

Frizzo, G. B., & Piccinini, C. A. (2005). Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, 10(1), 47-55.

Frizzo, G. B., & Piccinini, C. A. (2007). Depressão Materna e a Interação Triádica Pai-Mãe-Bebê. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(3), 351-360.

Gamble, J., Creedy, D., Moyle, W., Webster, J., McAllister, M., & Dickson, P. (2005). Effectiveness of a counseling intervention after a traumatic childbirth: a randomized controlled trial. *Birth*, 32(1), 11-19.

Giugliani, E. R. J. (2004). Problemas comuns na lactação e seu manejo. *Jornal de Pediatria*, 80(5), 147-154.

- Glangeaud-Freudenthal, N. C., Crost, M., & Kaminski, M. (1999). Severe post-delivery blues: associated factors. *Archives of Women's Mental Health*, 2(1), 37-44.
- Goodman, S. H., & Gotlib, I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological review*, 106(3), 458.
- Gogia, S., & Sachdev, H. S. (2010). Home visits by community health workers to prevent neonatal deaths in developing countries: a systematic review. *Bull World Health Organ*, 88, 658-666.
- Gomby, D. S. (2005). Home visitation in 2005: Outcomes for children and parents. *Washington, DC: Committee on Economic Development*.
- Gonçalves, A. C. (2005). A puerperal e o RN em alojamento conjunto. In: Oliveira D. L. *Enfermagem na gravidez, parto e puerpério: notas de aula* (p. 367-86). Porto Alegre: Ed. da UFRGS.
- Gorman, L. L., O'Hara, M. W., Figueiredo, B., Hayes, S., Jacquemain, F., Kammerer, M. H., & Sutter-Dallay, A. L. (2004). Adaptation of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders for assessing depression in women during pregnancy and post-partum across countries and cultures. *The British Journal of Psychiatry*, 184(46), 17-23.
- Graça, L. M. (2003). Dificuldades de primíparas na prestação de cuidados ao RN: um caso experimental. *Revista de Enfermagem*, 29/30, 31-41.
- Craig, H. J., & Dietsch, E. (2010). Too scary to think about: First time mothers perceptions of the usefulness of antenatal breastfeeding education. *Women and Birth*, 23 (4), 160-165.
- Groër, M. W. (2005). Differences between exclusive breastfeeders, formula-feeders, and controls: a study of stress, mood, and endocrine variables. *Biological research for nursing*, 7(2), 106-117. Acedido em junho, 13, 2012, em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16267372>>.
- Guédeney, A., Fermaniam, C., Guelfi, H., & Delours, J. (2002). Tradução e validação de Escala de Edimburgo para depressão materna pós-natal em população Parisiense. Em Correia-Filho L.; Corrê, M. E. & França, P.S. (Eds) *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê* (pp.263-285). Brasília: LGE Editora.
- Guédeney, A., & Jeammet, P. (2002). Depressões pós-natais e decisão de orientação terapêutica. Em: Correia-Filho, L.; Corrê, M.E. & França, P.S. (Eds). *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê*. (pp.249-262). Brasília: LGE Editora
- Gusmão, R. (1996). *Depressão pós-natal: despiste, frequência e factores predictivos*.

Contributos para a prevenção secundária num Serviço de Obstetrícia com uma Unidade de Psiquiatria de Ligação. Dissertação de Mestrado - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.

- Gutman, D. A., & Nemeroff, C. B. (2003). Persistent central nervous system effects of an adverse early environment: clinical and preclinical studies. *Physiology & behavior*, 79(3), 471-478.
- Halbreich, U. (2004). Prevalence of mood symptoms and depression during pregnancy: Implications for clinical practice and research. *CNS Spectrums*, 9 (3), 177-184.
- Halbreich, U. (2005). Postpartum disorders: multiple interacting underlying mechanisms and risk factors. *Journal of Affective Disorders*, 88(1), 1-7.
- Hanna, B., Jarman, H., & Savage, S. (2004). The clinical application of three screening tools for recognizing post-partum depression. *International Journal of Nursing Practice*, 10(2), 72-79.
- Hapgood, C. C., Elkind, G. S., & Wright, J. J. (1988). Maternity blues: Phenomena and relationship to later postpartum depression. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 22(3), 299-306.
- Harris, B., Lovett, L., Smith, J., Read, G., Walker, R., & Newcombe, R. (1996). Cardiff puerperal mood and hormone study. III. Postnatal depression at 5 to 6 weeks postpartum, and its hormonal correlates across the peripartum period. *The British Journal of Psychiatry*, 168(6), 739-744.
- Hasselmann, M. H., Werneck, G. L., & Silva, C. V. C. D. (2008). Symptoms of postpartum depression and early interruption of exclusive breastfeeding in the first two months of life. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, s341-s352.
- Henshaw, C. (2003). Mood disturbance in the early puerperium: a review. *Archives of Women's Mental Health*, 6, 33-42.
- Heron, J., O'Connor, T. G., Evans, J., Golding, J., & Glover, V. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 80, 65-73.
- Ibiapina, F. L. P., Alves, J. A. G., Busgaib, R. P. S., & Costa, F. S. (2010). Depressão pós-parto: Tratamento baseado em evidências. *Rev. Femina*, 38 (3), 162-165.
- Instituto Nacional de Estatística (INE) (2011). *Classificação portuguesa das profissões 2010*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Contas Regionais (ano de 2009)*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (2013a). *Censos 2011-XV Recenseamento Geral da população - resultados definitivos*. Lisboa: INE.

- Instituto Nacional de Estatística (2013b). *Taxa bruta de natalidade por local de residência; Anual - INE, Indicadores Demográficos*. Consultado em janeiro, 10, 2013 em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=000596&contexto=bd&selTab=tab2
- Instituto Nacional de Estatística (2014). *Nados-vivos por Sexo; Anual*. Consultado em janeiro, 10, 2014 em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001346&contexto=bd&selTab=tab2
- International Council of Nurses (ICN) (1996) *Ethical Guidelines for Nursing Research*. Geneva: International Council of Nurses.
- International Council of Nurses (ICN) (2011). CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Edição Portuguesa. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Johnston, D., & Swanson, D. (2003). Invisible Mothers: A Content Analysis of Motherhood Ideologies and Myths in Magazines. *Sex Roles*, 49 (1,2), 21-33. Acedido em janeiro, 10, 2013, em <http://www.public.asu.edu/~kleong/mothers%20in%20magazines.pdf>
- Johnstone, S. J., Boyce, P. M., Hickey, A. R., Morris-Yates, A. D., & Harris, M. G. (2001). Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(1), 69-74.
- Jones, I., & Craddock, N. (2001). Familiarity of the puerperal triggering bipolar disorder: results of a family study. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 913-917.
- Josefsson, A., Berg, G., Nordin, C., & Sydsjö, G. (2001). Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 80(3), 251-255.
- Josefsson, A., et al. (2002). Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstetrics & Gynecology*, 99(2), 223-228.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2007). *Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*, (10 th ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kemp, L., et al. (2008). Miller Early Childhood Sustained Home-visiting (MECSH) trial: design, method and sample description. *BMC Public Health*, 8(424) consultado em julho, 10, 2011 em <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/424>
- Kendell, R. E., Chalmers, J. C., & Platz, C. (1987). Epidemiology of puerperal psychoses. *British Journal of Psychiatry*, 150, 662- 673.
- Kendell, R. E., McGuire, R. J., Connor, Y., & Cox, J. L. (1981). Mood changes in the first three weeks after childbirth. *Journal of Affective Disorders*, 3 (4), 317-326.
- Kenner, C. (2001). *Enfermagem Neonatal*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso.

- Kennerley, H., & Gath, D. (1989). Maternity Blues I: Detection and Measurement by Questionnaire. *The British Journal of Psychiatry*, *155*, 356-362.
- Kessler, R. C., Walters, E. E., & Forthofer, M. S. (1998). The social consequences of psychiatric disorders, III: probability of marital stability. *American Journal of Psychiatry*, *155*(8), 1092-1096.
- Klaus, M. H., Kennell, J. H., & Klaus, P. (2000). *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Konradt, C. E., Silva, R. A., & Jasen, K. (2011). Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. *Revista de Psiquiatria Rio Grande do Sul*, 76-79.
- Kumar, R., Robson, K. M. (1984). A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *The British Journal of Psychiatry*, *144*.
- Kumar, R. (1994). Postnatal mental illness: a transcultural perspective. *Social psychiatry and psychiatric Epidemiology*, *29*, 250-264.
- Lacerda, M. R. (2010). Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família na perspectiva da área pública. *Ciência e saúde coletiva*, *15* (5), 2621-2626. Consultado em Dezembro, 11, 2012, em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a36.pdf>
- Leahy-Warren, P., & McCarthy, G. (2007). Postnatal Depression: Prevalence, Mothers' Perspectives and Treatments'. *Archives of Psychiatric Nursing*, *21*(2), 91-100.
- Leal, I. (2005). *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, *48*,150-170.
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda - abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta.
- Lee, D. T. S., & Chung, T. K. H. (2007). Postnatal depression: an update. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, *21*(2), 183-191.
- Lemaître, V., Meunier, A., Herubel, A., & Choquet, M. C. (1989). «Baby-blues», dépression du post-partum et perturbations des interactions mère-nourrisson dans les trois premiers mois de la vie. *Psychiatrie de l'Enfant*, *XXXII*, *1*, 161.
- Levy, L., & Bértolo, H. (2008). Manual de aleitamento materno. *Lisboa: Comité Português para a UNICEF*.
- Lobiondo-Wood, G., & Haber, J. (2001). *Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização*. (4ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.

- Lopes, B., & Marques, P. (2004). Prevalência do aleitamento materno no distrito de Viana do Castelo nos primeiros seis meses de vida. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 20(5), 539-44.
- Loureiro, M. I., Goes, A. R., Maia, T., da Câmara, G. P., & Nunes, L. S. (2009). Mental health promotion during pregnancy and early childhood: an action-research project in primary health care. *Revista Portuguesa de Saúde Pública/Portuguese Journal of Public Health*.
- Loveland - Cherry, C. (1999). Risco de saúde familiar. In Stanhope & Lencaster (ed). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, famílias e indivíduos*. (4ª ed.). Lisboa: Lusociência. p.520-542.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the depression anxiety stress scales*. (2ª ed.). Sydney: Psychology Foundation.
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. (7ªed.). Loures: Lusodidacta.
- MacArthur, C., Winter, H. R., Bick, D. E., Knowles, H., Lilford, R., Henderson, C., ... & Gee, H. (2002). Effects of redesigned community postnatal care on womens' health 4 months after birth: a cluster randomised controlled trial. *The lancet*, 359(9304), 378-385.
- Macedo, C., Mendes, I. M., Silva, G., & Serranho, H. (2009). Autocuidado e cuidado do RN no puerpério das dificuldades à utilização de uma linha telefónica de apoio. *Revista Nursing*, 249, 24-33.
- Machado, M. V. P., & Zagonel, I. P. S. (2003). O processo de cuidar da adolescente que vivência a transição ao papel materno. *Cogitare Enferm.*, 8 (2), 26-33.
- Maldonado, M. T. (1990). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Mandú, E. N. T., Gaiva, M. A. M., Silva, M. da A., & Silva, A. M. N. (2008). Visita domiciliária sob o olhar dos usuários do programa de saúde da família. *Texto Contexto Enfermagem* 17(1), 131-140. Consultado em fevereiro, 2, 2011 em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/15.pdf>
- Marques, C. (2003). Depressão materna e representações mentais. *Análise Psicológica*, 21(1), 85-94.
- Martins, C. A., Siqueira, K. M., Tyrrell, M. A. R., Barbosa, M. A., Carvalho, S. M. S., & dos Santos, L. V. (2008). Dinâmica familiar em situação de nascimento e puerpério. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 10(4). Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a13.htm>

- Martins, M. C. (2013). *Emocional materno no período pós-parto e sua relação com a prática da amamentação*. Tese de Doutorado - Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais, Brasil.
- Matheus, L. M., Mazzari, C. F., Oliveira, J., & Mesquita, R.A. (2006). Influência dos exercícios perineais e dos cones vaginais, associados à correção postural, no tratamento da incontinência urinária feminina. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 10(4), 32-38.
- Mattar, R., Aquino, M. M. A., & Mesquita, M. R. S. (2007). *A prática da episiotomia no Brasil*. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 29 (1), 11-2.
- Mattos, T. M. (1995). Visita Domiciliária. In: Kaompson, R., Santos, M.C.H., Mattos, T. M. *Enfermagem Comunitária* (pp. 35-39). São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.
- Medeiros, C. R. G., & Santos, B. R. L. (2009). As vivências da família no retorno ao lar com o primeiro filho. *Revista Ciência & Saúde*, 2(1) 16-24.
- Meleis, A. I. (1985). *Theoretical nursing: Development and progress*. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Meleis, A. I. (2005). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. (3rd. ed. rev.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. I. (2007). *Theoretical Nursing Developing & Progress*. (4^a ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory Middle Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Meleis, A.I. (2012). *Theoretical Nursing Development & Progress*. (5thed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Meleis, A. I., Sawyer, L.M., Eun-Ok, I., Messias, D.H., & Schumacher, K., (2010). Experiencing Transitions: An emerging Middle-Range Theory. In Meleis, A.I., *Transitions Theory - middle-Range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 52-72). New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I., & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42, 255-259.
- Mateus, A., & Associados - Sociedade de Consultores (2008). *Médio Tejo e Pinhal Interior Sul Programa Territorial de Desenvolvimento - Estratégia de Desenvolvimento 2020 -*

Plano de Acção 2007-2013. CUMT - Comunidade Urbana do Médio Tejo e Associação de Municípios do Pinhal Interior Sul.

- Mendes, I. M. M. D. (2007). *Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto, Portugal.
- Mendes, M. F. (2003). *Puerpério na atenção básica: as interfaces da assistência institucional e das práticas de cuidados de saúde*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública-Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.
- Mercer, R. T., Ferketich, S. L., & DeJoseph, J. F. (1993). Predictors of partner relationships during pregnancy and infancy. *Research in Nursing & Health*, 16(1), 45-56. Consultado em Novembro, 20, 2011, em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nur.4770160107/abstract>.
- Mercer, R. T., (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226–232.
- McGill, H., Burrows, V. L., Holland, L. A., Langer, H. J., & Sweet, M. A. (1995). Postnatal depression: a Christchurch study. *The New Zealand medical journal*, 108(999), 162-165.
- Mercer, R. T. & Walker, L. (2006). A Review of Nursing Interventions to Foster Becoming a Mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 35(5), 568-582.
- Miller, L. J. (2002). Postpartum depression. *Jama*, 287, 762-765.
- Ministério da Saúde (2012). *Portaria n.º 19/2012* - de 20 de janeiro.
- Ministério da Saúde (1998). *Cálculo das necessidades de pessoal de enfermagem*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (1999). *Glossário*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. Administração central do sistema de saúde IP (2009) - Unidades de saúde familiar e unidades de cuidados de saúde personalizados - cálculo de indicadores de desempenho - critérios a observar na sua implementação. Lisboa: Administração central do sistema de saúde IP.
- Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional da Saúde 2004-2010: orientações estratégicas*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Versão resumo*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

- Ministério da Saúde. Administração central do sistema de saúde IP (2013). Metodologia de contratualização para os cuidados de saúde primários no ano de 2013. Lisboa: Administração central do sistema de saúde IP.
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2008). *Preparação para o parto pelo método psicoprofilático*. [Emlinha]. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde . Acedido em 10 outubro 2013 em <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oeFinanciamentoPrestSa%C3%BAde/CSa%C3%BAdePrim%C3%A1rios/CuidadosdeSa%C3%BAdePrim%C3%A1rios/Documentos/tabid/775/language/pt-PT/Default.aspx>
- Moses-Kolko, E. L., & Roth E. K. (2004). Antepartum and Postpartum Depression: Healthy Mom, Healthy Baby. *Journal of the American Medical Women's Association*, 59(3), 181-191.
- Moses, F. (1994). Episiotomia versus dilaceramento do períneo: qual é menos traumático? *Nursing*, 83, 18-21
- Murata, A., Nadaoka, T., Morioka, Y., Oiji, A., & Saito, H. (1998). Prevalence and background factors of maternity blues. *Gynecologic and obstetric investigation*, 46(2), 99-104.
- Murphy, S. (1990). Human responses to transitions: A holistic nursing perspective. *Holistic Nursing Practice*, 4(3), 1-7.
- Murray, D., Cox, J. L., Chapman, G., & Jones, P. (1995). Childbirth: life event or start of a long-term difficulty? Further data from the Stoke-on-Trent controlled study of postnatal depression. *The British journal of psychiatry*, 166,595-600.
- Murta, S. G., Rodrigues, A. C., Rosa, I. O., Paulo S. G., & Furtado, K. (2011). Avaliação de Necessidades para a Implementação de um Programa de Transição para a Parentalidade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27 (3), 337-346. Consultado em setembro, 12, 2012, em http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S010237722011000300009
- Nagata, M., Nagai, Y., Sobajima, H., Ando, T., Nishide, Y., & Honjo, S. (2000). Maternity blues and attachment to children in mothers of full-term normal infants. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 101, 209-217.
- Nelas, P. A., Ferreira, M., & Duarte, J. C. (2008). Motivação para a Amamentação: construção de um instrumento de medida. *Referência - Série II*, 6 , 39-56.
- Nielsen, D., Videbech, P., Hedegaard, M., Dalby, J., & Secher, N. J. (2000). Postpartum depression: identification of women at risk. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 107(10), 1210-1217.
- Nogueira, M. J. & Fonseca, R. M. G. S. (1997). A visita domiciliária como método de assistência de enfermagem da família. *Rev. Esc. Enfermagem USP*, 11(1), 28-50.

- Nonacs, R., & Cohen, L. S. (1998). Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment guidelines. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 Suppl 2, 34-40.
- O'Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression - a meta-analysis. *International review of psychiatry*. 8 (61), 37-54.
- O'Hara, M. W. (1997). The nature of postpartum depressive disorders . In L. Murray & P. J. Cooper (Eds.), *Postpartum Depression and Child Development* (pp.3-32). New York: Guilford Press.
- Olds, D. L. (2002). Prenatal and infancy home visiting by nurses: From randomized trials to community replication. *Prevention Science*, 3(3), 153-172.
- Oliveira, J. F. B., Quirino, G. S., & Rodrigues, D. P. (2012). Percepção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerpério. *Revista de Rede de enfermagem do nordeste*, 13(1), 74-84.
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 6, 39-42.
- Ordem dos Enfermeiros (2003a). Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2003b). Competências do enfermeiro de cuidados gerais. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 10, 49-59.
- Ordem dos Enfermeiros (2006). Investigação em Enfermagem. Tomada de Posição. Concelho directivo. Lisboa. Consultado em junho, 23, 2010, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao26Abr2006.pdf>
- Ordem dos enfermeiros (2007). Enunciado de posição - Consentimento informado para intervenções de enfermagem. OE 15 MAR 2007 – EP02/07.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Competências dos enfermeiros especialistas em saúde familiar, saúde infantil e pediátrica e saúde materna e obstétrica para o exercício da visitação domiciliária à puérpera e ao RN. Parecer número 012/2011- Concelho de enfermagem. Lisboa. Consultado em outubro, 10, 2012, em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_12_2011_CE_visitacaodomiciliáriaia.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2012). Repe e estatuto da ordem dos enfermeiros. Lisboa: OE.
- Orem, D. (1993). Modelo de Orem: *Conceptos de enfermería en la práctica*. [trad.] María Rodrigo. Barcelona. Masson - Salvat Enfermaría.

- Organização Mundial da Saúde (OMS) (1994). *CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças com disquete Vol. 1*. Edusp.
- Organização Mundial da Saúde (1997). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Referência rápida*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório sobre a Saúde no Mundo. Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança*. Consultado em Novembro, 10, 2011, em http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf
- Organização Mundial de Saúde (2005). *Relatório Mundial de Saúde 2005: para que todas as mães e crianças conte*. Suíça: Organização Mundial de Saúde, 2005. Consultado a 8 de Março de 2011. Consultado em junho, 10, 2011, em http://www.who.int/whr/2005/media_centre/overview_pt.pdf
- Organização Mundial de Saúde (2008). *CID 10 - Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde*. São Paulo: EDUSP, v. 1.
- Organização Mundial da Saúde (2008a). *Relatório Mundial de Saúde 2008: cuidados de saúde primários- agora mais que nunca*. Genebra: Organização Mundial da Saúde e Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde
- Organização Mundial de Saúde/Fundo das Nações Unidas para a Infância (2009). *Visitas domiciliárias al recién nacido: una estrategia para aumentar la supervivencia*. Declaración conjunta OMS/UNICEF. Ginebra: OMS/UNICEF.
- Osman, H., Chaaya, M., El Zein, L., Naassan, G., & Wick, L. (2010). 1What do first-time mothers worry about? A study of usage patterns and content of calls made to a postpartum support telephone hotline. *BMC public health*, 10(1), 611.
- Oxorn, H. (1989). *Trabalho de parto*. (5ª ed.). São Paulo: Roca Ltda.
- Pais Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia Saúde & Doenças*, 5 (2), 229-239.
- Pajulo, M., Savonlahti, E., Sourander, A., Helenius, H., & Piha, J. (2001). Antenatal depression, substance dependency and social support. *Journal of Affective Disorders*, 65(1), 9-17.
- Payne, J. L. (2007). Antidepressant use in the postpartum period: practical considerations. *American Journal of Psychiatry*, 164 (9), 1329-1332.
- Parke, R. (1982). *Ser pai*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Patel, V., Rodrigues, M., & De Souza, N. (2002). Gender, poverty and post-natal depression: a cohort Gender, poverty and post-natal depression: a cohort study from Goa, India. *American Journal of Psychiatry American Journal of Psychiatry*, 159, 43-47.

- Pereira, C. R. R., & Piccinini, C. A. (2007). O impacto da gestação do segundo filho na dinâmica familiar. *Estud. psicol. (Campinas)*, 24(3), 385-395.
- Pereira, E. (1993). Técnicas psicoterápicas mãe/bebé: estudos clínicos e técnicos *Análise Psicológica*, 17 (2), 360-362. Consultado em junho, 11, 2013, em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/aps/v17n2/v17n2a12.pdf>
- Pereira, M. A. (2006). *Aleitamento Materno Importância da Correção da Pega no Sucesso da Amamentação*. Loures: Lusociência.
- Petrosyan, D., Armenian, H. K., & Arzoumanian, K. (2011). Interaction of maternal age and mode of delivery in the development of postpartum depression in Yerevan, Armenia. *Journal of affective disorders*, 135(1), 77-81.
- Pinto, C., Carneiro M., & Frade, J. (2012). A parentalidade na contemporaneidade: necessidades dos pais in Atas 1.º Congresso Internacional de Parentalidade do IPNP | *Proceedings 1st Internacional Parenting Congress*. Consultado em janeiro, 16, 2013, em <http://ciparentalidade.webnode.pt/porto>
- Pinto, T. V. (2008). Promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno na comunidade. *Arquivos de medicina*, 22 (2/3), 57-68.
- Pitt, B. (1973). Maternity blues. *The British journal of psychiatry*, 122(569), 431-433.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. (5ªed.). São Paulo: Artmed Editora.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. (3ªed.).Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pordata (2013). *Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho em Portugal*. Acedido em janeiro, 10, 2014, em <http://www.pordata.pt/Portugal/Idade+media+da+mae+ao+nascimento+do+primeiro+filho-805>
- Pordata (2013). *Taxa bruta de natalidade nos Municípios*. Acedido em janeiro, 10, 2014, em <http://www.pordata.pt/Municipios/Taxa+bruta+de+natalidade-366>
- Pordata (2013). *Partos nos hospitais: total e por tipo*. Acedido em janeiro, 10, 2014, em <http://www.pordata.pt/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
- Previatti, J., & Sousa, K. (2007) Episiotomia: em foco a visão das mulheres. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60 (2), 197-201.
- Ramalho, A. (2005). Manual para redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise: estrutura, funções e utilização na investigação em enfermagem. *Coimbra: Formasau*.
- Relvas, A. P. (2004). *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica*. (3ªed.). Porto:

Afrontamento.

- Rati, R. M. S., Goulart, L. M. H. F., Alvim, C. G., & Mota, J. A. C. (2013). Criança não pode esperar": A busca de serviço de urgência e emergência por mães e suas crianças em condições não urgentes. *Ciência e Saúde Coletiva*, 18(11), 3663-3672.
- Ravellt, A. P. X. (2008). Consulta puerperal de enfermagem: uma realidade na cidade de Ponta Grossa, Paraná, Brasil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 29(1), 54.
- Redman, B. K. (2003). *A Prática da Educação para a Saúde*. Loures: Lusociência.
- Reeder, S., Martin, L., & Koniak, D. (1995). *Enfermeria materno infantil*. Madrid: Interamericana McGraw-Hill.
- Relvas, A., & Lourenço, M. (2005). Uma abordagem familiar da gravidez e da maternidade: perspectiva sistêmica. In M. C. Canavarro, *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto.
- Rezende, J. (2005). *Obstetrícia* (10ªed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Resende, M. (2006). Cuidados domiciliários, uma modalidade de intervenção. *Nursing 216*, 23-25.
- Rice, R. (2004). *Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários: Conceitos e Aplicação* (3ª ed.). Loures: Lusociência.
- Rocha, F. L. (1999). Depressão puerperal: revisão e atualização. *Jornal brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro, 48(3), 105-114.
- Rodrigues, C. R. F. (1998). *Participação e atenção primária em saúde: o programa de saúde da família em Camaragibe - PE (1994-1997)*. Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP, Brasil.
- Rodrigues, D. P., Fernandes, A. F. C., Silva, R. M., & Rodrigues, M. S. P. (2006). O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: Binómio mãe-filho. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 15 (2), 277-286. Consultado em junho 8, 2011 em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a11v15n2.pdf>
- Rodrigues, D. P., Fernandes, A. F. C., Rodrigues, M. S. P., Jorge, M. S. B., & Silva, R. M. D. (2007). Representações sociais de mulheres sobre o cuidado de Enfermagem recebido no puerpério. *Rev. enferm. UERJ*, 15(2), 197-204.
- Rogers, C. (2009). *Tornar-se Pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Rondón, M. (2003). Maternity blues cross-cultural variations and emotional changes. *Psychiatry Update*, 10 (4), 167-171.

- Ross, L. E., Murray, B. J., & Steiner, M. (2005). Sleep and perinatal mood disorders: a critical review. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 30(4), 247–256.
- Ryan, D., Milis, L., & Misri, N. (2005). Depression during pregnancy. *Canadian Family Physician/Le Médecin de Famille Canadien*, 51, 1087-1093.
- Rubin, R. (1961). Basic maternal behavior. *Nursing Outlook*, 9(11), 683-686.
- Ruschi, G. E. C., Sun, S. Y., Mattar, R., Chambô Filho, A., Zandonade, E., & Lima, V. J. D. (2007). Postpartum depression epidemiology in a Brazilian sample. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(3), 274-280.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry* (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Williams.
- Sakumoto, K., Masamoto, H., & Kanazawa, K. (2002). Post-partum maternity blues as a reflection of newborn nursing care in Japan”. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 78, 25-30.
- Sandes, A. R., Nascimento, C., Figueira, J., Gouveia, R., Valente, S., Martins, S., & Da Silva, L.J. (2007). Aleitamento materno: prevalência e factores condicionantes. *Acta Médica Portuguesa*, 20(3), 193-200.
- Santos, A. S. C. D. (2000). Sobre o choro: análise de perspectivas teóricas. *Análise Psicológica*, 18(3), 325-334.
- Santos, E. K. A. dos (2002). Puerpério normal. In Oliveira, E. de, Monticelli, M., & Brüggemann, O. M. (Org). *Enfermagem obstétrica e neonatológica: textos fundamentais* (2ª ed.). (pp. 117-133). Florianópolis: Cidade Futura.
- Santos, I. S., et al. (2007). Validação da Escala de Depressão Pós-natal de Edinburgo (EPDS) em uma amostra de mães da Coorte de Nascimento de Pelotas. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (11), 2577-2588. Consultado em abril, 11, 2012 em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n11/04.pdf>
- Santos, M. T., Almeida, G. O., & Souza, T. S. (2009). Depressão pós-parto: revisão da literatura. *Psicologia em foco*, 3(2), 1-13. Consultado em maio 10, 2012, em http://linux.alfamaweb.com.br/sgw/downloads/161_014747_Formatado1Depressaopos-parto.pdf
- Santos, R. V., & Penna, C. M. D. M. (2009). A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao RN. *Texto e Contexto Enfermagem*, 18(4), 652.
- Sarafana, S., Abecasis, F., Tavares, A., Soares, I., & Gomes, A. (2006). Aleitamento Materno: evolução na última década. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 37(1), 9-14.

- Schmied, V., Cooke M., Gutwein, R., Steinlein, E., & Homer, C. (2008). Time to listen: Strategies to improve hospital-based postnatal care *Women and Birth*, 21 (3), 99-105.
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127.
- Schwengber, D., & Piccinini, C. (2004). Depressão materna e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20, (3), 233-240.
- Scott-Conner, C. E., & Schorr, S. J. (1995). The diagnosis and management of breast problems during pregnancy and lactation. *The American journal of surgery*, 170(4), 401-405.
- Seyfried, L. S., & Marcus, S. M. (2003). Postpartum mood disorders. *International Review of Psychiatry*, 15(3), 231-242.
- Silva, E. T. e Botti, N. C. L. (2005). Depressão puerperal - uma revisão de literatura. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 7(2), 231-238.
- Silva, L. L. X., Schwab, P. M., Ravelli, A. P. X., Silva, C. L. & Lemos, J. R. D. (2012). *Os problemas mamários advindos na consulta puerperal de enfermagem*. 10.º CONEX - Apresentação Oral - Resumo Expandido.
- Silva, N. L. P., & Dessen, M. A. (2005). Intervenção precoce e família: contribuições do modelo bioecológico de Bronfenbrenner. In M. A. Dessen & A. L. Costa Júnior (Eds.), *A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras* (pp. 152-167). Porto Alegre: Artmed.
- Silva, S. L. C., & Roldán, M. C. B. (2009). Adolescentes en puerperio y sus prácticas de cuidado. *Av. Enferm.*, 27(2), 82-91.
- Silva, S. M. A. (2012). *Vinculação materna durante e após a gravidez: ansiedade, depressão, Stress e suporte social*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Saúde- Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.
- Sit, D., & Wisner, K. (2009). Identification of Postpartum Depression. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 52(3), 456-468.
- Small, R., Lumley, J., Donohue, L., Potter, A., & Waldenström, U. (2000). Randomised controlled trial of midwife led debriefing to reduce maternal depression after operative childbirth. *Bmj*, 321(7268), 1043-1047.
- Soifer, R. (1977). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. (4ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Sousa, J. V., & Leal, I. (2007). Estudo psicométrico de uma escala de avaliação das alterações psicoemocionais do puerpério (EAAPP). *Nursing*, 220, 7-13.

- Souza R. C., Pereira M. A., & Kantorski L. P. (2003). Escuta terapêutica: Instrumento essencial do cuidado em enfermagem. *Revista Enferm UERJ*, 11,92-97. Consultado em Outubro, 19, 2010, em <http://www.facenf.uerj.br/v11n1/v11n1a15.pdf>
- Springhouse Corporation (2005). *Enfermagem no cuidado materno e neonatal: série incrivelmente fácil*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Stahl, S. M. (2001). Sex and psychopharmacology: is natural estrogen a psychotropic drug in women?. *Archives of general psychiatry*, 58(6), 537-538.
- Stefanello, J. (2005). *A vivência do cuidado no puerpério: as mulheres construindo-se como mães*. Programa de Pós-Graduação de Saúde Pública - Universidade de São Paulo Ribeirão Preto, Brasil.
- Stefanello, J., Nakano, A. M. S., & Gomes, F. A. (2008). Crenças e tabus relacionados ao cuidado no pós-parto: o significado para um grupo de mulheres. *Acta Paul Enfermagem*, 21(2), 275-81.
- Stern, D. N. (1997). *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebe*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Stein, G. S. (1980). The Pattern of mental change and body weight change in the first postpartum week. *Journal of Psychosomatic Research*, 24(3-4), 165-171.
- Stewart, D. E., Robertson, E., Dennis, C. L., & Grace, S. (2004). An evidence-based approach to post-partum depression. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 3(2), 97-98.
- Stowe, Z. N., Hostetter, A., & Newport, D. J. (2005). Timing of symptom onset in postpartum women presenting with depression. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 192(2), 522-526.
- Stowe, Z. N., & Nemeroff, C. B. (1995). Women at risk for postpartum-onset major depression. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 173(2), 639-645.
- Strapasson, M. R., & Nedel, M. N. B. (2010). Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. *Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre*, 31(3), 521-528.
- Suri, R., & Burt, V. K. (1997). The assessment and treatment of postpartum psychiatric disorders. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health*, 3, 67-77.
- Stuchbery, M., Matthey, S., & Barnett, B. (1998). Postnatal depression and social supports in Vietnamese, Arabic and Anglo-Celtic mothers. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 33(10), 483-490.
- Sutter-Dallay, A. L., Giaccone-Marcésche, V., Glatigny-Dallay, E., & Verdoux, H. (2004). Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID

cohort. *European Psychiatry*, 19(8), 459-463.

- Sugawara, M., Toda, M. A., Shima, S., Mukai, T., Sakakura, K., & Kitamura, T. (1997). Premenstrual mood changes and maternal mental health in pregnancy and the postpartum period. *Journal of clinical psychology*, 53(3), 225-232.
- Takahashi, R. F., & Oliveira, M. A. de C. (2001). A visita domiciliária no contexto da saúde da família; Ministério da Saúde (BR). *Programa de Saúde da Família: manual de enfermagem*. São Paulo (SP): O Ministério. p. 43-6. Consultado em Novembro, 20, 2012, em http://ids-saude.uol.com.br/psf/enfermagem/tema1/texto8_1.asp
- Tavares, L. (1990). Depressão e relacionamento conjugal durante a gravidez e o pós-parto. *Análise Psicológica*, 8(4), 389-398.
- Terra, D. L. H., & Okasaki, E. L. F. J. (2006). Compreensão de puérperas primíparas sobre os cuidados domiciliares com o RN. *Rev Enferm UNISA*, 7, 15-20.
- Tezel A., & Gözüüm S. (2006). Comparison of effects of nursing care to problem solving training on levels of depressive symptoms in postpartum women. *Patient Education and Counseling*, 63, 64-73.
- Tiran, D. (2006). Complementary therapies in pregnancy: midwives' and obstetricians' appreciation of risk. *Complementary therapies in clinical practice*, 12(2), 126-131.
- Troy, N. W. (2003). Is the significance of postpartum fatigue being overlooked in the lives of women? *MCN The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 28, 252-257.
- Turner, C. T., & Papinczak, T. A. (2000). An analysis of personal and social factors influencing initiation and duration of breastfeeding in a large Queensland maternity hospital. *Breastfeeding Review*, 8(1), 25.
- Unicef. (2009). *Situação mundial da infância - Saúde Materna e Neonatal*. Edição em português. New York: B&C Revisão de Textos.
- Unidade Local de Saúde de Castelo Branco EPE. (2012) – *Página web da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco*. Consultado em abril, 12, 2012, em: www.ulscb.min-saude.pt/ulscb/quem-somos
- Unidade Local de Saúde de Castelo Branco EPE. (2011). *Relatório e contas 2010*. Castelo Branco: ULSCB, EPE
- Unidade Local de Saúde de Castelo Branco EPE. (2013). *Relatório e contas 2012*. Castelo Branco: ULSCB, EPE
- Valanne, E. H., Vuorenkoski, V., Partanen, T. J., Lind, J., & Wasz-Höckert, O. (1967). The ability of human mothers to identify the hunger cry signals of their own new-born infants during the lying-in period. *Experientia*, 23(9), 768-769.

- Veras, A. B., Nardi, A. E. (2005). Female sexual hormones and mood disorders. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54(1), 57-68.
- Vieira, F., Bachion, M. M., Salge, A. K. M., Munari, D. B., & Souza, M. M. (2010). Diagnósticos de enfermagem da NANDA no período pós-parto imediato e tardio. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 14(1), 83-89. <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a13>
- Vitolo, M. R., Benetti, S. P. C., Bortolini, G. A., Graeff, A., & Dranchler, M. L. (2007). Depressão e suas implicações no aleitamento materno. *Revista de Psiquiatria*, 29(1), 28-34.
- Walker, P. (1991). Episiotomia. *Nursing*, 40, 8-13.
- Warren, P. L., & McCarthy, G. (2007). Postnatal depression: prevalence, mothers' perspectives and treatments. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21(2), 91-100.
- Warren, S. L., Howe, G., Simmens, S. J., & Dahl, R. E. (2006). Maternal depressive symptoms and child sleep: Models of mutual influence over time. *Development and Psychopathology*, 18(1), 1-16.
- Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1988). Maternal depression and its relationship to life stress, perceptions of child behavior problems, parenting behaviors, and child conduct problems. *Journal of abnormal child psychology*, 16(3), 299-315.
- Whiffen, V. E. (1988). Vulnerability of postpartum depression: a prospective multivariate study. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(4), 467-74.
- Whisman, M. A. (2001). The association between depression and marital dissatisfaction. In: Beach SRH, ed. *Maritaland family processesin depression: As científica foundation for clinical practice*. Washington, DC: American Psychological Association, 3, 24.
- Whiteford, B., & Polden, M. (1992). *Exercícios pós-natais: um programa de seis meses para a boa forma da mãe e do bebê*. São Paulo: Maltese.
- World Health Organization (WHO) (1996). *Care on normal Birth: practical guide. Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit, Family and Reproductive Health*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2001). *Relatório mundial da saúde - Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- World Health Organization (2006). *Depression: mental health Geneva*. World Health Organization. Consultado em abril, 12, 2012, em: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
- World Health Organization (2008). *Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices: Conclusions of a Consensus Meeting Held 6-8 November 2007 in Washington DC, USA*. World Health Organization.

- Zadoroznyj, M. (2006). Postnatal care in the community: report of an evaluation of birthing women's assessments of a postnatal home-care programme. *Health and Social Care in Community Blackwell Publishing Ltd.*, 15 (1), 35-44.
- Zagonel, I. P. S. (1998). *O ser adolescente gestante em transição existindo: um enfoque de cuidar - pesquisar sob a ótica da enfermagem*. Tese de Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, Brasil.
- Zagonel, I. P. S. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7(3). Consultado em maio, 27, 2010, em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13473.pdf>.
- Zagonel, I. P. S., Martins, M., Pereira, K. F., & Athayde, J. (2003). O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 5 (2), 24-32. Consultado em Novembro 3, 2010, em <http://www.fen.ufg.br/revista>.
- Zanotti, D. V., Saito, K. C., Rodrigues, M. D., & Otani, M. A. P. (2003). Identificação e intervenção no transtorno psiquiátrico e intervenção no transtorno, associadas ao puerpério: A colaboração do enfermeiro psiquiatra. *Revista Nursing*, 61(6), 36-42.
- Ziegel, E. E., & Cranley, M. S. (1985). *Enfermagem obstétrica*. (8ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara.

ANEXOS

ANEXO 1

Primeiro Questionário

Exm^a Senhora

O meu nome é Alda Maria Pires Silva Mendes. Sou Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, do Instituto Politécnico de Castelo Branco, e encontro-me a realizar o Doutoramento em Enfermagem, na Universidade de Lisboa. O estudo que me proponho realizar tem a ver com as alterações emocionais na mulher ao longo do primeiro mês pós-parto. Esperamos que os resultados que venha a obter contribuam, de algum modo, para uma melhor compreensão e assistência num período tão especial da vida de uma mulher – o primeiro mês de vida de um filho.

Assim, venho solicitar a sua colaboração neste estudo, com o preenchimento de um questionário, em três momentos distintos:

O primeiro momento ocorrerá de imediato, caso aceite colaborar no estudo;

O segundo momento realizar-se-á entre o quinto e o décimo dia após o parto, quando fizer o “teste do pezinho” ou for pesar o seu filho ao Centro de Saúde;

O terceiro momento efetuar-se-á aquando da consulta de revisão do parto.

Os questionários, depois de preenchidos, deverão ser colocados e fechados nos envelopes que deverá devolver ao Enfermeiro que lhos entregou. Caso surja alguma dúvida na compreensão das questões, poderá solicitar esclarecimento ao mesmo Enfermeiro.

É importante que responda a todas as questões, o mais honestamente possível. Todas as respostas a estes questionários são confidenciais e a sua participação é livre.

Este primeiro questionário é composto por duas partes: **uma primeira**, com questões relacionadas com dados pessoais, dados relativos à gravidez e expectativas no pós-parto. Nas questões em que são enumeradas várias opções de resposta, deverá assinalar com uma cruz (X) a alínea que corresponde à sua resposta. Quando explicitamente for sugerida a possibilidade de escolher mais do que uma resposta, poderá assinalar mais de uma opção, se tal corresponder à sua realidade.

A segunda parte deste questionário é composta por um teste, solicitando-se a leitura das instruções e esclarecimentos, antes de proceder ao seu preenchimento.

Desde já agradeço a sua disponibilidade para colaborar no estudo.

Se por qualquer motivo me quiser contactar:

Alda Mendes – Tlm - 962915212; aldammendes@gmail.com

CONSENTIMENTO INFORMADO

Estou a solicitar a sua participação no estudo “A intervenção do enfermeiro junto da puérpera na prevenção das perturbações emocionais no primeiro mês pós-parto”

Gostaria de saber se aceita colaborar neste estudo respondendo a algumas questões.

A sua participação é muito importante e as suas informações são estritamente confidenciais pois os resultados serão codificados e utilizadas apenas neste estudo.

Esta participação será voluntária, pelo que a poderá interromper a qualquer momento.

Data/...../.....

Data/...../.....

Assinatura da Investigadora

Assinatura da Participante

PRIMEIRO QUESTIONÁRIO

Primeira parte

Nome _____

1 - Idade _____

2 - Escolaridade _____

9º Ano de escolaridade incompleto _____

9º Ano de escolaridade completo _____

12º Ano de escolaridade incompleto _____

12º Ano de escolaridade completo _____

Bacharelato _____

Licenciatura _____

Mestrado _____

Doutoramento _____

3 - Profissão _____

4 - Estado Civil

Solteira _____

Casada _____

União de facto _____

Divorciada /Separada _____

5 - Naturalidade _____

6 - Freguesia da residência _____

7 - Tempo da gravidez _____ semanas

8 - Data prevista do parto _____

9 - Quando teve a primeira consulta de gravidez? _____

10 - Quantas vezes esteve grávida?

É a primeira vez _____

Uma vez (além desta) _____

Duas vezes ou mais (além desta) _____

11 - Qual o local onde tem realizado as consultas de gravidez?

Consulta Externa do Hospital _____

Centro de Saúde _____

12 - Foi uma gravidez planeada?

Não _____

Sim _____

13 - Foi uma gravidez desejada?

Não _____

Sim _____

14 - Teve alguma complicação durante a gravidez?

Não _____

Sim _____ Qual? _____

15 - Vai ter ajuda em casa quando sair da maternidade?

Não _____ (se respondeu não passe à pergunta 17)

Sim _____

16 - Se sim, quem a vai ajudar?

(pode escolher mais do que uma resposta)

Pai do bebé _____

A sua mãe _____

A sua sogra _____

Outras pessoas _____ Quem? _____

17 - Que tipo de ajuda?

(pode escolher mais do que uma resposta)

Tomar conta do bebé _____

Ajuda nos cuidados ao bebé _____

Ajuda nos cuidados a si mesma _____

Ajuda nas tarefas domésticas _____

Outra ajuda _____ Qual? _____

18 - Como esclarece as dúvidas sobre aspectos relacionados com a gravidez?

(pode escolher no máximo 3 respostas)

Falando com a sua mãe _____

Falando com o enfermeiro _____

Falando com o médico _____

Falando com familiares _____

Falando com outras mães _____

Consultando livros _____

Pesquisando na Internet _____

Outras fontes de informação _____ Quais? _____

19 - Como esclarece as dúvidas sobre aspectos relacionados com o parto?

(pode escolher no máximo 3 respostas)

Falando com a sua mãe _____

Falando com o enfermeiro _____

Falando com o médico _____

Falando com familiares _____

Falando com outras mães _____

Consultando livros _____

Pesquisando na Internet _____

Outras fontes de informação _____ Quais? _____

20 - Como esclarece as dúvidas sobre aspectos relacionados consigo no período após o parto?

(pode escolher no máximo 3 respostas)

Falando com a sua mãe _____

Falando com o enfermeiro _____

Falando com o médico _____

Falando com familiares _____

Falando com outras mães _____

Consultando livros _____

Pesquisando na Internet _____

Outras fontes de informação _____ Quais? _____

21 - Como esclarece as dúvidas sobre aspectos relacionados com os cuidados a ter com o bebé?

(pode escolher no máximo 3 respostas)

Falando com a sua mãe _____

Falando com o enfermeiro _____

Falando com o médico _____

Falando com familiares _____

Falando com outras mães _____

Consultando livros _____

Pesquisando na Internet _____

Outras fontes de informação _____ Quais? _____

22 - Frequentou aulas de preparação para o parto?

Não _____

Frequentou mais de 15 sessões _____

Frequentou de 10 a 15 sessões _____

Frequentou menos de 10 sessões _____

Muito obrigada pela sua colaboração. Antes de passar à segunda parte do questionário, verifique se respondeu a todas as questões desta primeira parte.

Segunda parte

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si, durante a semana passada. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

0 - não se aplicou nada a mim

1 - aplicou-se a mim, algumas vezes

2 - aplicou-se a mim, muitas vezes

3 - aplicou-se a mim, a maior parte das vezes

1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia, em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitada	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimada e melancólica	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração, sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustada, sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

Muito obrigada pela sua colaboração

Alda Mendes

ANEXO 2

Segundo Questionário

Exm^a Senhora

O meu nome é Alda Maria Pires Silva Mendes. Sou Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, do Instituto Politécnico de Castelo Branco, e encontro-me a realizar o Doutoramento em Enfermagem, na Universidade de Lisboa. O estudo que me proponho realizar tem a ver com as alterações emocionais na mulher ao longo do primeiro mês pós-parto. Esperamos que os resultados que venha a obter contribuam, de algum modo, para uma melhor compreensão e assistência num período tão especial da vida de uma mulher – o primeiro mês de vida de um filho.

Assim, venho solicitar a continuação da sua colaboração neste estudo com o preenchimento deste segundo questionário, agora que já foi mãe (desde já os meus parabéns).

O questionário, tal como o primeiro, depois de preenchido, deverá ser colocado e fechado no envelope que deverá devolver ao Enfermeiro que lho entregou. Caso surja alguma dúvida na compreensão das questões, poderá solicitar esclarecimento ao mesmo Enfermeiro.

É importante que responda a todas as questões, o mais honestamente possível. Todas as respostas a estes questionários são confidenciais e a sua participação é livre.

Este segundo questionário é composto por duas partes: **uma primeira**, com questões relacionadas com o parto e primeira semana do pós-parto. Nas questões em que são enumeradas várias opções de resposta, deverá assinalar com uma cruz (**X**) a alínea que corresponde à sua resposta. Quando explicitamente for sugerida a possibilidade de escolher mais de uma resposta, poderá assinalar mais de uma opção, se tal corresponder à sua realidade.

A segunda parte deste questionário é composta por um teste, solicitando-se a leitura das instruções e esclarecimentos, antes de proceder ao seu preenchimento.

Desde já agradeço a sua disponibilidade para colaborar no estudo, recordando-lhe que será solicitada novamente a sua colaboração para o preenchimento do terceiro questionário, aquando da consulta de revisão do parto.

Se por qualquer motivo me quiser contactar:

Alda Mendes – Tlm - 962915212; aldammendes@gmail.com

SEGUNDO QUESTIONÁRIO
Primeira parte

Nome _____

1 - Local do parto _____

2 - Quantos dias tem o bebe? _____

3 - Sexo do bebé _____

4 - Peso do bebé à nascença _____

5 - Tipo de parto

Normal sem corte no períneo _____

Normal com corte no períneo _____

Ventosa _____

Fórceps _____

6 - O Pai do bebé assistiu ao parto?

Sim _____ Não _____

7 - Teve alguma complicação durante o parto?

Não _____

Sim _____ Qual? _____

8 - O bebé teve alguma complicação durante o internamento na maternidade?

Não _____

Sim _____ Especifique _____

9 - Qual tem sido o tipo de alimentação do bebé?

Só leite materno _____

Leite materno mais leite artificial (biberão) _____

Só leite artificial (biberão) _____

10 - Quem tem cuidado do bebé?

A senhora (mãe do bebé) _____

Pai do bebé _____

Outra pessoa _____ Quem? _____

11 - Quem a tem ajudado desde que teve alta da maternidade?

(pode escolher mais do que uma resposta)

Ninguém _____ (se respondeu ninguém, passe à pergunta **13**)

Pai do bebé _____

A sua mãe _____

A sua sogra _____

Outras pessoas _____ Quem? _____

12 - Qual tem sido o tipo de ajuda?

(pode escolher mais do que uma resposta)

Tomar conta do bebé _____
Ajuda nos cuidados ao bebé _____
Ajuda nos cuidados a si mesma _____
Ajuda nas tarefas domésticas _____
Outra ajuda _____ Qual? _____

**13 - Como esclarece as dúvidas sobre aspectos relacionados com os cuidados a ter com o bebé?
(pode escolher no máximo 3 respostas)**

Falando com a sua mãe _____
Falando com o enfermeiro _____
Falando com o médico _____
Falando com familiares _____
Falando com outras mães _____
Consultando livros _____
Pesquisando na Internet _____
Outras fontes de informação _____ Quais? _____

**14 - Como esclarece as dúvidas sobre aspectos relacionados com os cuidados a ter consigo?
(pode escolher no máximo 3 respostas)**

Falando com a sua mãe _____
Falando com o enfermeiro _____
Falando com o médico _____
Falando com familiares _____
Falando com outras mães _____
Consultando livros _____
Pesquisando na Internet _____
Outras fontes de informação _____ Quais? _____

Muito obrigada pela sua colaboração. Antes de passar à segunda parte do questionário, verifique se respondeu a todas as questões desta primeira parte.

Segunda parte

Uma vez que teve bebé há pouco tempo, gostaria de saber como se sente nestes últimos dias após o parto. Por favor, **coloque uma cruz (x) ou pinte as bolas com o número** com que mais se identifica. **Escolha apenas uma resposta para cada questão.** No final, certifique-se de que respondeu a todas as questões. **Por favor, não deixe nenhuma por responder.**

Obrigada pela sua colaboração!

Itens	Nunca	Raras Vezes	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas vezes	Sempre
1 - Senti-me insegura ao prestar cuidados ao meu bebé.	①	②	③	④	⑤	⑥
2 - Sinto que não domino os cuidados que presto ao meu bebé.	①	②	③	④	⑤	⑥
3 - Senti-me triste e deprimida.	①	②	③	④	⑤	⑥
4 - Senti medo de não conseguir prestar os cuidados ao bebé por não estar familiarizada com esta nova situação.	①	②	③	④	⑤	⑥
5 - Tive dificuldade em me acalmar.	①	②	③	④	⑤	⑥
6 - Senti-me esgotada.	①	②	③	④	⑤	⑥
7 - Senti-me melancólica e desanimada.	①	②	③	④	⑤	⑥
8 - Fiquei facilmente ansiosa em relação aos cuidados a ter com o bebé.	①	②	③	④	⑤	⑥
9 - Senti-me aterrorizada.	①	②	③	④	⑤	⑥
10 - Dei por mim a ficar agitada.	①	②	③	④	⑤	⑥
11 - Tive crises de choro.	①	②	③	④	⑤	⑥
12 - Senti-me sozinha.	①	②	③	④	⑤	⑥
13 - Senti-me assustada, sem ter tido uma razão para isso.	①	②	③	④	⑤	⑥
14 - Senti dificuldade em relaxar.	①	②	③	④	⑤	⑥
15 - Senti cansaço mental.	①	②	③	④	⑤	⑥
16 - Senti-me cansada e/ou a fraquejar.	①	②	③	④	⑤	⑥

Muito obrigada pela sua colaboração

Alda Mendes

ANEXO 3

Terceiro Questionário

Exm^a Senhora

O meu nome é Alda Maria Pires Silva Mendes. Sou Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, do Instituto Politécnico de Castelo Branco, e encontro-me a realizar o Doutoramento em Enfermagem, na Universidade de Lisboa. O estudo que me proponho realizar tem a ver com as alterações emocionais na mulher ao longo do primeiro mês pós-parto. Esperamos que os resultados que venha a obter contribuam, de algum modo, para uma melhor compreensão e assistência num período tão especial da vida de uma mulher – o primeiro mês de vida de um filho.

Assim, venho solicitar a continuação/conclusão da sua colaboração neste estudo com o preenchimento deste terceiro e último questionário, agora que já foi mãe há mais de um mês.

O questionário, tal como os anteriores, depois de preenchido, deverá ser colocado e fechado no envelope, que deverá devolver à Enfermeira que lho entregou. Caso surja alguma dúvida na compreensão das questões, poderá solicitar esclarecimento à mesma Enfermeira.

É importante que responda a todas as questões, o mais honestamente possível. Todas as respostas a este questionário são confidenciais e a sua participação é livre.

Este terceiro questionário é composto por duas partes: **uma primeira**, com questões relacionadas com o período desde o parto até hoje. Nas questões em que são enumeradas várias opções de resposta, deverá assinalar com uma cruz (X) a alínea que corresponde à sua resposta. Quando explicitamente for sugerida a possibilidade de escolher mais do que uma resposta, poderá assinalar mais de uma opção, se tal corresponder à sua realidade.

A segunda parte deste questionário é composta por um teste, solicitando-se a leitura das instruções e esclarecimentos, antes de proceder ao seu preenchimento

Desde já agradeço a sua disponibilidade por ter colaborado no estudo, desejando-lhe as maiores felicidades para toda a família.

Alda Mendes

Se por qualquer motivo me quiser contactar:

Alda Mendes – Tlm - 962915212; aldammendes@gmail.com

TERCEIRO QUESTIONÁRIO
Primeira parte

Nome _____

1 - Idade do bebé _____

2 - Quem tem cuidado do bebé?

A senhora (mãe do bebé) _____

Pai _____

Outra pessoa _____ Quem? _____

3 - Quem a tem ajudado em casa, desde que saiu da maternidade?

(pode escolher mais do que uma resposta)

Ninguém _____ (se respondeu ninguém, passe à pergunta 5)

Pai do bebé _____

A sua mãe _____

A sua sogra _____

Outras pessoas _____ Quem? _____

4 - Qual tem sido o tipo de ajuda?

(pode escolher mais do que uma resposta)

Tomar conta do bebé _____

Ajuda nos cuidados ao bebé _____

Ajuda nos cuidados a si mesma _____

Ajuda nas tarefas domésticas _____

Outra ajuda _____ Qual? _____

5 - Como esclarece as dúvidas sobre aspectos relacionados com os cuidados a ter com o bebé?

(pode escolher no máximo 3 respostas)

Falando com a sua mãe _____

Falando com o enfermeiro _____

Falando com o médico _____

Falando com familiares _____

Falando com outras mães _____

Consultando livros _____

Pesquisando na Internet _____

Outras fontes de informação _____ Quais? _____

6 - Como esclarece as dúvidas sobre aspectos relacionados com os cuidados a ter consigo? (pode escolher no máximo 3 respostas)

Falando com a sua mãe _____

Falando com o enfermeiro _____

Falando com o médico _____

Falando com familiares _____

Falando com outras mães _____

Consultando livros _____

Pesquisando na Internet _____
Outras fontes de informação _____ Quais? _____

7 - Qual o tipo de alimentação do bebê?

Só leite materno _____
Leite materno mais leite artificial (biberão) _____
Só leite artificial (biberão) _____

8 - Desde que teve alta da maternidade, já teve necessidade de recorrer a algum serviço de saúde, por algum problema relacionado com a saúde do seu filho?

Não _____ (se respondeu não passe à pergunta 11)
Sim _____

9 - Qual foi o problema do seu filho? _____

10 - Qual o serviço de saúde a que recorreu?

Centro de Saúde _____
Urgência do Hospital _____
Serviço de Saúde Privado _____
Outro serviço _____ Qual? _____

11 - Desde que teve alta da maternidade, já teve necessidade de recorrer a algum serviço de saúde, por algum problema relacionado com a sua saúde?

Não _____ (se respondeu não passe à pergunta 14)
Sim _____

12 - Qual o problema que lhe surgiu? _____

13 - Qual o serviço de saúde a que recorreu?

Centro de Saúde _____
Urgência do Hospital _____
Serviço de Saúde Privado _____
Outro serviço _____ Qual? _____

14 - Desde que teve alta da maternidade, quais foram as suas principais dificuldades? (pode escolher no máximo 3 respostas – escolhendo as dificuldades mais sentidas)

Não teve dificuldades especiais _____
Dificuldade em realizar os cuidados de higiene ao bebê _____
Dificuldade em alimentar o bebê _____
Dificuldade em compreender o choro do bebê _____
Dificuldades relacionadas com as alterações físicas que aconteceram na senhora _____
Dificuldades relacionadas com as alterações psicológicas que aconteceram na senhora _____
Dificuldade no relacionamento com o pai do bebê _____
Outro tipo de dificuldades _____ Quais? _____

Muito obrigada pela sua colaboração. Antes de passar à segunda parte do questionário, verifique se respondeu a todas as questões desta primeira parte.

Segunda parte

Dado que teve um bebê há pouco tempo, gostaria de saber como se sente.

Por favor, coloque uma cruz (X) na resposta que mais se aproxima dos seus sentimentos **nos últimos sete dias**.

1 - Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas.

Tanto como dantes _____

Menos do que antes _____

Muito menos do que antes _____

Nunca _____

2 - Tenho tido esperança no futuro.

Tanta como sempre tive _____

Menos do que costumava ter _____

Muito menos do que costumava ter _____

Quase nenhuma _____

3 - Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal.

Sim, a maioria das vezes _____

Sim, algumas vezes _____

Raramente _____

Não, nunca _____

4 - Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo.

Não, nunca _____

Quase nunca _____

Sim, por vezes _____

Sim, muitas vezes _____

5 - Tenho-me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo.

Sim, muitas vezes _____

Sim, por vezes _____

Não, raramente _____

Não, nunca _____

6 - Tenho sentido que são coisas demais para mim.

Sim, a maioria das vezes não consigo resolvê-las _____

Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como antes _____

Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente _____

Não, resolvo-as tão bem como antes _____

7 - Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal.

Sim, quase sempre _____

Sim, por vezes _____

Raramente _____

Não, nunca _____

8 - Tenho-me sentido triste ou muito infeliz.

Sim, quase sempre _____

Sim, muitas vezes _____

Raramente _____

Não, nunca _____

9 - Tenho-me sentido tão infeliz, que choro.

Sim, quase sempre _____

Sim, muitas vezes _____

Só às vezes _____

Não, nunca _____

10 - Tive ideias de fazer mal a mim mesma.

Sim, muitas vezes _____

Por vezes _____

Muito raramente _____

Nunca _____

Muito obrigada pela sua colaboração

Alda Mendes

ANEXO 4

Pedido e autorização para a realização do estudo

Alda Maria Pires Silva Mendes
Arrabalde dos Oleiros n° 75 - 1dt°
6000-155 Castelo Branco
Tm - 962915212
aldamendes@esald.ipcb.pt

Exm° Senhor
Presidente do Conselho de Administração da
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E.

Assunto: Colaboração para a realização da tese de doutoramento

O meu nome é Alda Maria Pires Silva Mendes. Sou professora Adjunta na Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, do Instituto Politécnico de Castelo Branco, e encontro-me a realizar o Doutoramento em Enfermagem, na Universidade de Lisboa. O estudo longitudinal intitulado "A intervenção do enfermeiro junto da puérpera, na prevenção das perturbações emocionais no primeiro mês pós-parto", é orientado pelo Professor Doutor Abel Avelino de Paiva e Silva e Coorientado pela Professora Doutora Isabel Maria Pereira Leal. O trabalho de campo desenvolve-se em duas partes.

É nosso objectivo conhecer se a intervenção do enfermeiro, junto da puérpera no domicílio, tem influência na prevenção das perturbações emocionais no primeiro mês pós-parto.

Os dados que nesta primeira parte do estudo pretendemos obter visam determinar a incidência das perturbações emocionais na puérpera, ao longo do puerpério além de também podermos conhecer melhor como a puérpera vive esta fase tão crucial da sua vida.

Neste âmbito, solicitamos a Vossa Ex.ª permissão para aplicação de 3 questionários:

O primeiro será aplicado a grávidas com idade gestacional a partir das 35 semanas que sejam nulíparas e que frequentam as consultas de saúde materna na consulta externa do Hospital Amato Lusitano e nos Centros de Saúde; o segundo questionário será aplicado às puérperas entre o sexto e décimo dia de puerpério nos Centros de Saúde quando forem realizar o "teste do pezinho" ou pesar o recém-nascido; o terceiro questionário, será aplicado às puérperas quando realizarem a consulta de revisão do puerpério no Hospital Amato Lusitano e Centros de Saúde na quinta/sexta semana de puerpério.

Solicitamos ainda permissão para a possibilidade dos enfermeiros que prestam serviço nos serviços referidos, poderem colaborar connosco, na entrega e recolha dos questionários.

Os dados recolhidos pelos questionários destinam-se, exclusivamente, a fins de investigação científica e serão tratados com absoluta confidencialidade, pela qual me responsabilizo pessoalmente.

Com os melhores cumprimentos

Pede deferimento

Castelo Branco, 18 de Janeiro de 2010

Alda Maria Pires Silva Mendes

Exma. Senhora
Alda Maria Pires Silva Mendes
Professora Adjunta da Escola Superior
de Saúde Lopes Dias
Arrabalde dos Oleiros nº 75 – 1º Dto.
6000-155 Castelo Branco

Sua Referência	Sua comunicação	N/ Ofício - Data
	18/01/2010	HHL 01 1949 2010-04-06 12:22:58

Assunto:	Preenchimento de questionários referente ao estudo longitudinal "A intervenção do enfermeiro junto da puérpera, na prevenção das perturbações emocionais no primeiro mês pós-parto" no âmbito da tese de Doutoramento em Enfermagem
----------	---

Na resposta indicar a nossa referência. Em cada ofício tratar apenas um assunto.

Relativamente ao assunto em epígrafe, informa-se V. Ex.^a que o Conselho de Administração deliberou, em 30/03/2010, concordar com o parecer favorável da comissão de Ética, pelo que se autoriza a aplicação dos questionários como solicitado e desde que haja autorização dos serviços, devendo ser respeitados todos os parâmetros éticos.

Com os melhores cumprimentos,

O Director Clínico



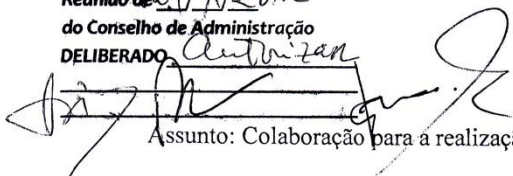
Dr. João Manuel Ferreira Gabriel

ULS - Castelo Branco
Conselho de Administração
Documento nº 28
Acta nº: 02

Alda Maria Pires Silva Mendes
Arrabalde dos Oleiros nº 75 - 1dtº
6000-155 Castelo Branco
Tm - 962915212
aldamendes@esald.ipcb.pt

ULS - Castelo Branco

Reunião de 24/1/2012
do Conselho de Administração
DELIBERADO



Assunto: Colaboração para a realização da tese de doutoramento

ULS-CB, EPE
O Presidente do Conselho de Administração
Administracao HAL
01 957 2012-01-16 13:25:27
Dr. Vieira Pires
ULS-CB, EPE
O Presidente do Conselho de Administração

Exmº Senhor
Dr. Vieira Pires
Presidente do Conselho de Administração da
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E.

O meu nome é Alda Maria Pires Silva Mendes. Sou professora Adjunta na Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, do Instituto Politécnico de Castelo Branco, e encontro-me a realizar o Doutoramento em Enfermagem, na Universidade de Lisboa. O estudo longitudinal intitulado "A intervenção do enfermeiro junto da puérpera, na prevenção das perturbações emocionais no primeiro mês pós-parto", é orientado pelo Professor Doutor Abel Avelino de Paiva e Silva e Coorientado pela Professora Doutora Isabel Maria Pereira Leal. O trabalho de campo desenvolve-se em duas partes.

É objectivo da investigação conhecer se a intervenção do enfermeiro, junto da puérpera no domicílio, tem influência na prevenção das perturbações emocionais no primeiro mês pós-parto.

Os dados tanto da primeira parte (grupo controle), como da segunda parte do estudo (grupo experimental - sujeito a visita domiciliária) visam determinar a incidência das perturbações emocionais na puérpera, ao longo do puerpério além de também podermos conhecer melhor como a mulher vive esta fase tão crucial da sua vida.

Desde 2010 que o estudo está a ser desenvolvido a primeira parte do estudo com a colaboração da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E. - aplicação dos questionários às grávidas e puérperas, que frequentam as consultas nos centros de saúde e consultas externas do Hospital Amato Lusitano.

Na continuidade da investigação, venho solicitar a Vossa Ex.ª permissão para contactar as puérperas (que reúnam os critérios de inclusão e queiram participar no estudo) no serviço de Obstetria/Ginecologia, de modo a efectuar a visita domiciliária às mesmas e assim concretizar a segunda parte da investigação. Solicito ainda permissão para poderem colaborar comigo os enfermeiros do referido serviço.

Os dados recolhidos, destinam-se, exclusivamente, a fins de investigação científica e serão tratados com absoluta confidencialidade, pela qual me responsabilizo pessoalmente.

Com os melhores cumprimentos

Alda Maria Pires Silva Mendes

Pede deferimento

Castelo Branco, 16 de Fevereiro de 2011

A Soc. Enf. chefe Rosa Encariva
para que se pronuncie sobre
o pedido de colaboração

U.S.C.B.EPE
O Vogal do Conselho de Administração
Enfermeiro Director. 2012
01
18

Enf. João Carlos Nunes

Não tendo nada a opor, desde que prontamente é visto
premiado - ref. e p. de o p. de = V. p. de, e de
a de de de de de de de

2, 2

Nada a opor desde que a intenção de o seu consen-
timento, depois de devidamente informado, e que
a colaboração dada pelos enfermeiros do Serviço
não interfira com o normal funcionamento do
mesmo, não acresce o número de horas para ser
estabelecidas.

Mediante os pareceres obtidos
é de autorizar a realização
do estudo.

A Soc. Enf. chefe
Rosa Encariva
19/01/2012

A Conselho de Administração
U.S.C.B.EPE
O Vogal do Conselho de Administração
Enfermeiro Director 2012
01
Enf. João Carlos Nunes

ANEXO 5

Grupo de trabalho CEDOP

CIRCULAR INFORMATIVA
Nº 08 de 01 de Fevereiro de 2010

Para Conhecimento: Todos os Funcionários

Assunto: Grupo de Trabalho para a implementação de Cuidados de Enfermagem Domiciliários de Obstetria no Puerpério (CEDOP)

O Grupo de trabalho para a implementação de Cuidados de Enfermagem Domiciliários de Obstetria no Puerpério (CEDOP), faz parte integrante dos planos de Acção da Direcção de Enfermagem da ULS-CB.

A existência de um diagnóstico implícito e emergente de cariz político/administrativo/técnico - supondo a identificação de um problema, dos recursos disponíveis e a definição de uma estratégia de intervenção considerada adequada, assim como a existência de alguns suportes normativos específicos para a actividade de enfermagem especializada em saúde materna e obstétrica - torna possível equacionar e construir uma proposta estratégica de intervenção em saúde materna na ULS-CB.

Assim, o Conselho de Administração deliberou, em 26/01/2011, nomear as seguintes enfermeiras para participarem no projecto:

- ALDA MARIA PIRES DA SILVA MENDES (ESALD - Prof-Adjunto);
- ANGELA MARIA LOURENÇO CARRILHO TRINDADE (ULS-CB; HAL – Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO));
- ERCÍLIA MARIA SANTOS ANTUNES SILVA VENTURA (ULS-CB; CS Sertã – Enfermeira Chefe);
- IRIA MENDES FERNANDES (ULS-CB; CS Sertã – Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO));
- MARIA CÉU SEQUEIRA BARATA MICAEL (ULS-CB; HAL – Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO));
- MARIA NAZARÉ BELO AFONSO (ULS-CB; HAL – Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO));
- UMBELINA CONCEIÇÃO NEVES ROSADO LOURENÇO (ULS-CB; CS Castelo Branco – Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO)).

Este projecto tem como finalidade, prestar cuidados continuados de enfermagem, durante o Puerpério, de forma inovadora, realizados por Enfermeiras Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), a um conjunto de mulheres com gravidez fisiológica; supondo-se um exercício inovador neste campo profissional, baseado num plano também inovador de articulação entre instituições prestadoras de cuidados primários e diferenciados de saúde, no domicílio das utentes.

Procura-se com ele implementar uma experiência de saúde pública que proporcione uma nova abordagem na saúde materna e na realidade social, profissional e institucional a ela inerente.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração

Dr. Luís Correia

ANEXO 6

Ficha da visita domiciliária no puerpério

FICHA DA VISITA DOMICILIÁRIA NO PUERPÉRIO

Morada - _____

Primeira visita domiciliária - Data _____ Hora _____

Enfermeira de família _____ Local de trabalho _____

Médico de família _____

PUÉRPERA

Nome _____ Idade _____ Estado civil _____

Habilitações _____ Profissão/ Ocupação _____

Religião /crença _____ Nacionalidade _____

Gravidez

Planeada - Não _____ Sim _____ Desejada - Não _____ Sim _____

Sessões de preparação para a parentalidade - Não _____ Sim _____ Nº _____ Local _____

Gravidez - Não vigiada _____ Vigiada (nº de consultas) _____ Local _____

Gravidez de risco - Não _____ Sim _____ : (especificar) _____

Parto

Duração da gravidez (semanas) _____ Local do Parto _____

Parto - Eutócico _____ Fórceps _____ Ventosa _____ Cesariana _____ Data do Parto _____

Complicações durante o parto - Não _____ Sim _____ : (especificar) _____

Complicações após o parto - Não _____ Sim _____ : (especificar) _____

Períneorrafia - Sim _____ Não _____

Antecedentes Pessoais

Gesta _____ Para _____

Data	Tipo parto /aborto	Idade Gest.	Sexo/peso r.n	Local	Complicações

Experiência anterior de amamentação - Não _____ Sim _____ : (especificar duração e motivo para deixar de amamentar) _____

Experiência anterior de alimentar com biberão – Não _____ Sim _____

Antecedentes doença/ cirúrgicos (especificar patologia e datas) _____

Medicação actual _____

Consumos nocivos (tipo/frequência) - Não _____ Sim _____ : (especificar) _____

Plano Nacional de Vacinação actualizado - Não _____ Sim _____

Observações: _____

RECÉM-NASCIDO um ou mais

Nome _____

Peso ao nascer _____ Comprimento _____ Perímetro cabeça _____ Índice de Apgar 1' ____ 5' ____

Plano Nacional de Vacinação cumprido - Não ____ Sim ____ Dat _____ Local _____

Rastreo de doenças metabólicas - Não ____ Sim ____ Data _____ Local _____

Padrão alimentar na maternidade - Amamentação exclusiva ____ Aleitamento artificial ____ Aleitamento misto ____

Complicações do R.N. no internamento _____

Observações: _____

COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Relação com a puérpera	Idade	Ocupação	Aceitação do R.N.

Consumos nocivos - Não ____ Sim ____ : (especificar) _____

Rendimento familiar - salário (nº) _____; pensões _____; rendimento mínimo _____; outros _____;

Ajudas comunitárias (alimentação, vestuário, ...) _____

Observações: _____

ENTIDADE AMBIENTAL

Tipo de habitação - Andar (especificar T) _____ Moradia _____ Barraca _____

Alojamento - Próprio _____ Arrendado _____ Social _____

Água canalizada _____; Electricidade _____ Esgotos _____; Sanitários _____; Recolha de lixo _____;
quarto para RN _____

Conforto da habitação - Adequado, inadequado

Observações: _____

Segunda visita domiciliária - Data _____ Hora _____

Aspectos relevantes da visita domiciliária:

Terceira visita domiciliária - Data _____ Hora _____

Aspectos relevantes da visita domiciliária:

CONTACTOS INTER-VISITAS DOMICILIÁRIAS

1 - Data _____ Hora _____ Modo _____

A pedido de _____

Motivo _____

Intervenção de Enfermagem _____

ACTIVIDADES DE VIGILANCIA À PUÉRPERA

DATA				
Vigiar lactação Leite: presente/ausente				
Vigiar mamas Consistência: moles/tensas/túrgidas				
Vigiar mamilos Pele: integra/não integra Maceração: presente/ausente Dor: presente/ausente				
Vigiar involução uterina Localização: supra/infra- púbica				
Vigiar perda sanguínea (lóquios) Cor: hemáticos/serohemáticos/serosos Quantidade: escassa/moderada/abundante Cheiro fétido: presente/ausente				
Vigiar eliminação vesical Comprometida/não comprometida				
Vigiar padrão de eliminação intestinal Frequência: nº de vezes por dia				

Processo: normal/obstipação/diarreia				
Vigiar edemas Ausente /Presente Localização				
Vigiar ferida cirúrgica no abdómen Sinais inflamatórios- presentes/ausentes Sinais infecciosos- presentes/ausentes Deiscência – presente/ausente Material de sutura – presente/ausente				
Vigiar ferida no períneo Sinais inflamatórios- presentes/ausentes Sinais infecciosos- presentes/ausentes Deiscência – presente/ausente Material de sutura – presente/ausente Equimose – presente/ausente Hematoma – presente/ausente				
Avaliar dor por escala numérica Localização Grau				
Vigiar comunicação Dá informação: adequada/inadequada				
Vigiar ligação mãe-filho Procura de mútuo contacto visual com o filho: presente/ ausente Toca o filho com os dedos: presente/ausente Chama o filho pelo nome: presente/ausente				
Vigiar bem-estar emocional Ambivalência: presente/ausente Raiva: presente/ausente Ansiedade: presente/ausente Depressão: presente/ausente Desespero: presente/ausente Angústia: presente/ausente Cansaço: presente/ausente Insegurança: presente/ausente Solidão: presente/ausente Sentimentos de impotência: presente/ausente Tristeza: presente/ausente				
Avaliar processo psicológico Escala de Avaliação das Alterações Psico-Emocionais do Puerpério (EAAPP) Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS)	Data _____ (≤2 semanas de puerpério) EAAPP Pontuação [1 - 3] Pontuação [3 – 4] Pontuação [4 – 6	Data _____ (≥4 semanas de puerpério) EPDS Pontuação <12 Pontuação ≥ 12		

ATIVIDADES DE VIGILÂNCIA À CRIANÇA

DATA				
Monitorizar peso corporal				
Vigiar refeição Leite materno/adaptado/com suplemento de LA Intervalo entre as mamadas				
Vigiar padrão de eliminação urinária Frequência: nº de fraldas com urina				
Vigiar padrão de eliminação intestinal Frequência: nº de vezes por dia Processo: normal/obstipação/diarreia				
Vigiar pele Aspecto: Hidratada/seca				

Coloração: rosada/pálida/cianosada/ictérica Eritema tóxico : presente/ausente Mancha mongólica : presente/ausente Eritema pela fralda: presente/ausente Sinais de maus tratos : presente/ausente				
Vigiar coto umbilical Aspecto: amolecido/em mumificação Local da inserção: sinais inflamatórios / sinais infecciosos / sanguinolento /cheiro fétido : presente/ausente				

PRESTADOR DE CUIDADOS

DATA				
Relação com a puérpera Presente /ausente durante a consulta Dúvidas em relação à puérpera : presentes /ausentes Dúvidas em relação à puérpera : presentes /ausentes				

AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS E HABILIDADES DA PUÉRPERA

Parentalidade

DATA				
-------------	--	--	--	--

EM RELAÇÃO AO ALIMENTAR A CRIANÇA TEM CONHECIMENTOS SOBRE:

Frequência das refeições				
Necessidades nutricionais e hídricas				

EM RELAÇÃO AO ALIMENTAR A CRIANÇA É CAPAZ DE:

Identificar sinais de ingestão nutricional suficiente				
Identificar sinais de fome				

SE AMAMENTA TEM CONHECIMENTOS SOBRE:

Benefícios da amamentação				
Características do leite				
Duração das mamadas				
Estratégias para manter a lactação/amamentação				
Factores de risco de ingurgitamento mamário				
Medidas de prevenção de ingurgitamento mamário				
Factores de risco de fissura do mamilo				
Medidas de prevenção de fissura do mamilo				
Influência da alimentação da mãe no leite				
Efeitos da ingestão de cafeína, bebidas alcoólicas e fumar na criança				
Como extrair o leite materno para armazenar				
Condições e material para armazenar leite materno				
Como descongelar o leite materno				

SE AMAMENTA É CAPAZ DE:

Identificar sinais de ejeção de leite				
Adoptar posição confortável e posicionar a criança				
Assegurar pega adequada				

Estimular a criança durante a mamada, mantendo-a acordada.				
Interromper a sucção antes de retirar a criança da mama				
Adoptar medidas de higiene das mamas				
SE ALIMENTA A CRIANÇA COM BIBERÃO (copo), TEM CONHECIMENTO SOBRE:				
Material: biberões e tetinas e critérios de escolha				
Métodos de lavagem e esterilização				
Como preparar o leite adaptado				
Como alimentar a criança com biberão				
SE ALIMENTA A CRIANÇA COM BIBERÃO (copo), É CAPAZ DE:				
Garantir a limpeza e a esterilização adequada do material (biberão, copo)				
Preparar o leite de acordo com as indicações e quantidades adequadas à criança				
Alimentar a criança com técnica correcta				
EM RELAÇÃO À ERUCTAÇÃO É CAPAZ DE:				
Posicionar a criança para promover a eructação				
EM RELAÇÃO AO ASSEGURAR A HIGIENE DA CRIANÇA É CAPAZ DE:				
Reunir o material necessário para dar banho, preparar a roupa, aquecer o ambiente, preparar a água e testar temperatura				
Dar banho				
Adoptar medidas para prevenir acidentes durante o banho				
Cortar as unhas				
Reunir o material necessário para a higiene perineal e troca de fralda				
Lavar e secar zona coberta pela fralda				
Adoptar medidas de prevenção do eritema da fralda				
Adoptar medidas para hidratação da pele				
EM RELAÇÃO AO TRATAR DO COTO UMBILICAL, É CAPAZ DE:				
Reunir o material necessário para a desinfeção do coto umbilical				
Desinfectar coto umbilical				
Manter coto umbilical seco e limpo				
Desinfectar ferida umbilical				
Identificar sinais de infecção da pele circundante				
EM RELAÇÃO AO VESTIR E DESPIR/VESTUÁRIO TEM CONHECIMENTOS SOBRE:				
Critérios de selecção para a escolha da roupa				
Cuidados a ter com a roupa				
EM RELAÇÃO AO VESTIR E DESPIR/VESTUÁRIO, É CAPAZ DE:				
Escolher vestuário adequado à temperatura				
Vestir e despir a criança				
EM RELAÇÃO AO ATENDER AO CHORO, É CAPAZ DE:				
Distinguir as necessidades da criança pelo tipo de choro				
Confortar o bebé quando chora				
EM RELAÇÃO A GARANTIR A SEGURANÇA/PREVINIR ACIDENTES, É CAPAZ DE:				
Adoptar medidas de prevenção de				

queimaduras				
Adoptar medidas de prevenção de asfixia/sufocação				
Adoptar medidas de prevenção de quedas				
Adoptar medidas de prevenção do SMSL				
Segurar a manipular a criança de modo adequado				
Afastar a criança de animais domésticos				
Transportar a criança com segurança				
EM RELAÇÃO AO RECONHECER PADRÃO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO NORMAL, TEM CONHECIMENTO SOBRE:				
Capacidade de interação e respostas espontâneas do RN				
Capacidades dos órgãos dos sentidos				
Reflexos presentes/respostas espontâneas do recém-nascido				
Regurgitação e medidas de prevenção				
EM RELAÇÃO À PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA DA SAÚDE DO FILHO, TEM CONHECIMENTO SOBRE:				
Achados normais na pele da criança				
Medidas de protecção contra infecções				
A perda fisiológica do peso				
Padrão de aumento de peso esperado				
Padrão de eliminação intestinal				
Padrão de eliminação vesical				
Padrão de sono				
Reacções às vacinas (BCG, VHB)				
Como vigiar a temperatura corporal e valor de T corporal normal				
Medidas de diminuição da temperatura corporal				
Consultas de Saúde Infantil				
Sinais que justifiquem recorrer ao profissional de saúde				
EM RELAÇÃO À LIGAÇÃO MÃE-FILHO, TEM CONHECIMENTO SOBRE:				
Competências do recém-nascido				
A importância de comunicar com o recém-nascido				
A importância do toque				
EM RELAÇÃO A LIDAR COM PROBLEMAS COMUNS NA CRIANÇA:				
Se regurgitação, é capaz de:				
Adoptar medidas de prevenção				
Reconhecer a diferença entre regurgitação e vômito				
Se cólicas, é capaz de:				
Reconhecer sinais de cólica				
Identificar factores de risco/predisponentes de cólica				
Implementar medidas de alívio da dor abdominal				
Executar massagem abdominal				
Se eritema da fralda, é capaz de:				
Reconhecer sinais de eritema pela				

fralda				
Tratar o eritema pela fralda				
Se obstrução nasal, é capaz de:				
Reconhecer sinais de obstrução nasal				
Implementar medidas de alívio				
Se obstipação, é capaz de:				
Reconhecer Sinais de obstipação				
Implementar medidas de estimulação da eliminação intestinal				
Se diarreia, é capaz de:				
Reconhecer sinais de diarreia				
Implementar medidas de prevenção da desidratação				

AUTOCAUIDADO

DATA				
EM RELAÇÃO À CAPACIDADE PARA CUIDAR DA SUA HIGIENE PESSOAL, TEM CONHECIMENTO SOBRE:				
Higiene das mamas				
Higiene do períneo				
EM RELAÇÃO À CAPACIDADE PARA CUIDAR DA SUA HIGIENE PESSOAL, É CAPAZ DE:				
Adoptar medidas para prevenir ingurgitamento mamário e fissura na mama				
Adoptar medidas para prevenir infecção na ferida do períneo				
EM RELAÇÃO AO CONHECIMENTO SOBRE A SUA SAÚDE:				
Conhece sinais de alerta da ferida no períneo				
Conhece sinais de alertada ferida cirúrgica no abdómen				
Conhece sinais de alerta de infecção pos-parto (lóquios)				
Conhece sinais de alerta de mastite				
Conhece medidas de gerir a dor				
Reconhece sinais e sintomas que justifiquem recorrer ao profissional de saúde				
Reconhece necessidade de consulta de revisão do puerpério				
Conhece recursos da comunidade				
Se ingurgitamento mamário é capaz de:				
Reconhecer sinais de ingurgitamento mamário				
Implementar medidas de alívio do ingurgitamento mamário				
Extrair leite manualmente/com bomba.				
Se fissura na mama, é capaz de:				
Reconhecer sinais de fissura do mamilo				
Implementar medidas de tratamento da fissura do mamilo				
Reconhecer sinais de cicatrização da fissura				
EM RELAÇÃO AO SONO E REPOUSO TEM CONHECIMENTO SOBRE:				
Gestão das tarefas domésticas				
Gestão de sono e repouso				
EM RELAÇÃO À PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ TEM CONHECIMENTO SOBRE:				
Ciclo menstrual após o parto				

Estratégias de prevenção da gravidez				
Reinício da relação sexual				
EM RELAÇÃO À RECUPERAÇÃO FÍSICA TEM CONHECIMENTO SOBRE:				
Alterações físicas no pós-parto				
Fazer exercício				
Relação entre ingestão de alimentos/excesso de peso				
Recursos da comunidade				
EM RELAÇÃO À RECUPERAÇÃO EMOCIONAL TEM CONHECIMENTO SOBRE:				
Blues puerperal				
Sintomas de depressão				
EM RELAÇÃO À RECUPERAÇÃO EMOCIONAL É CAPAZ DE:				
Se arranjar				
Desempenhar actividades de lazer				
Comunicar com a família				
Estabelecer prioridades				
EM RELAÇÃO AO DECRETO - LEI QUE REGULAMENTA A PROTECÇÃO NA PARENTALIDADE TEM CONHECIMENTO SOBRE:				
Subsídio para assistência a filho;				
Subsídios parentais				
Subsídios sociais				

1ª V. D. EFECTUADA POR : _____

2ª V. D. EFECTUADA POR : _____

3ª V. D. EFECTUADA POR : _____