

Marisa Fernandes Claro

Visita Domiciliária de Enfermagem no Puerpério

Universidade Fernando Pessoa

Ponte de Lima, 2014



Marisa Fernandes Claro

Visita Domiciliária de Enfermagem no Puerpério

Universidade Fernando Pessoa

Ponte de Lima, 2014

Marisa Fernandes Claro

Visita Domiciliar de Enfermagem no Puerpério

Atesto a originalidade do trabalho

---

(Marisa Fernandes Claro)

Trabalho apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.

## SUMÁRIO

O puerpério é considerado por muitos autores como um momento de adaptação física, psicológica e social. O período pós-parto demonstra-se ser uma fase onde a puérpera se depara com bastantes dificuldades e dúvidas quanto à sua condição. É um momento cheio de peculiaridades e de vulnerabilidade na vida da mulher, em que a mesma precisa ser orientada quanto às mudanças e às adaptações que esse período impõe.

A visita domiciliária tem-se demonstrado ao longo do tempo, uma estratégia adotada pelos enfermeiros para um melhor acompanhamento da puérpera e da família nesta fase. Esta permite aos profissionais de saúde, guiar, apoiar e aconselhar os pais a adquirir atitudes e comportamentos que lhe permite vivenciar este período sem complicações.

Face a estas constatações surgiu a inquietação de conhecer a percepção das mulheres quanto à visita domiciliária de enfermagem no puerpério, assim como a relação desta com a idade, as habilitações literárias, a vigilância pré-natal e a frequência do curso de preparação para o parto/parentalidade.

De forma a dar resposta a estas questões, foi realizado um estudo em meio natural, descritivo-exploratório com abordagem quantitativa. A colheita de dados foi realizada através da aplicação da EAVDPP, entre o dia 26 de março de 2014 e 23 de maio de 2014, na USF Lethes.

Dos resultados obtidos pode se concluir que as puérperas consideram que a visita domiciliária no puerpério carece de uma grande importância. A maioria das mulheres considerou a visita domiciliária como boa, mas existe ainda uma grande percentagem de puérperas que a considera insuficiente e considera que é necessário melhorar alguns domínios.

Palavras-chave: visita domiciliária, puerpério, percepção

## ABSTRACT

The puerperium is considered by many authors as a moment of physical, psychological and social adaptation. The postpartum period demonstrates to be a phase in which the recent mother is faced with several difficulties and doubts regarding its condition. It is a moment full of peculiarities and vulnerability in a woman's life, in which she needs to be guided as to the changes and the adjustments that this period imposes.

The house visit has, throughout time, been proved to be a strategy adopted by the nurses for a better supervision of the recent mother and the family at this stage. This strategy allows health professionals to guide, support and advises parents to acquire attitudes and behaviors which allow them to experience this period without so many complications.

Considering this information the concern of knowing the perception of the recent mother regarding the nurses' house calls arose, as well as its relationship with age, academic qualifications, prenatal vigilance and the childbirth/parenting training course attendance.

In order to return to these questions, a study was conducted in the natural surroundings, descriptive-exploratory with a quantitative approach. The data collection was carried out through the application of the EAVDPP, between March 26th 2014 and May 23rd 2014, at USF Lethes.

From the results obtained we can conclude that recent mothers consider that the house visit in puerperium stands in need of a great importance. Most recent mothers considered the house visit as good, but there is still a large percentage of recent mothers who consider it insufficient and, moreover, that it is necessary to improve some areas.

Keywords: house visits, puerperium, perception

*Dedico este trabalho e percurso académico às estrelas da minha vida:*

*Pai e avós.*

## AGRADECIMENTOS

À Universidade, que me acolheu, e proporcionou a concretização deste objetivo.

À minha mãe que me apoiou e que sempre acreditou em mim.

À minha irmã pela paciência e apoio.

À Enfermeira Paula Peixoto.

Às mulheres que participaram neste estudo.

E ao “Quinteto Fantástico” que esteve sempre presente em todos os momentos.

Obrigada a todos!

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	17
I. FASE CONCEPTUAL.....	20
1. Definição e Justificação do tema.....	20
2. Problemática de Investigação.....	21
3. Pergunta de Partida.....	22
4. Questões de Investigação.....	23
5. Objetivos do Estudo.....	24
i- Objetivo geral.....	24
ii- Objetivos específicos.....	25
6. Enquadramento Conceptual.....	26
i- Puerpério.....	26
ii- Adaptação/Alterações Fisiológica.....	27
iii- Adaptação/Alterações Sociais.....	30
iv- Adaptação/Alterações Psicológicas.....	32
v- Intervenções de enfermagem no puerpério.....	34

II. FASE METODOLÓGICA.....	39
1. Desenho de investigação .....	39
i. Tipo de Estudo .....	39
ii. Meio do Estudo .....	40
iii. População Alvo e Amostra.....	40
iv. Variáveis.....	42
v. Método e Instrumento de Colheita de Dados.....	43
vi. Pré-teste .....	44
vii. Tratamento e Análise de Dados .....	44
2. Considerações Éticas .....	45
III. FASE EMPÍRICA .....	47
1. Apresentação, Análise e Discussão dos Dados .....	47
i. Caracterização da amostra .....	47
ii. Dados Relativos à EAVDPP.....	53
IV. CONCLUSÃO.....	67
BIBLIOGRAFIA .....	69

ANEXOS ..... 75

Anexo I: Autorização de aplicação do instrumento de colheita de dados na USF  
Lethes.....

Anexo II: Instrumento de Colheita de Dados .....

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição absoluta e relativa, dos dados relativamente à idade.....	47
Gráfico 2 - Distribuição absoluta e relativa, dos dados relativamente ao estado civil ...	48
Gráfico 3 - Distribuição absoluta e relativa, dos dados relativamente à nacionalidade .	48
Gráfico 4 - Distribuição absoluta e relativa, dos dados relativamente as habilitações literárias .....	49
Gráfico 5 - Distribuição absoluta e relativa, dos dados relativamente à situação profissional .....	49
Gráfico 6 - Distribuição absoluta e relativa, dos dados relativamente ao nº de gravidezes anteriores .....	50
Gráfico 7 - Distribuição absoluta e relativa, dos dados relativamente ao nº de partos anteriores .....	51
Gráfico 8 - Distribuição absoluta e relativa, dos dados relativamente à vigilância da gravidez .....	51
Gráfico 9 - Distribuição absoluta e relativa, dos dados relativamente ao número de consultas na vigilância pré-natal.....	52
Gráfico 10 - Distribuição absoluta e relativa, dos dados relativamente à frequência do curso de preparação para o parto/parentalidade .....	52
Gráfico 11 – Distribuição absoluta e relativa, dos dados relativamente à avaliação global da visita domiciliária de enfermagem no puerpério .....	53

Gráfico 12 - Relação entre a idade e a avaliação global da visita domiciliária no puerpério..... 60

Gráfico 13 - Relação entre as habilitações literárias e a avaliação global da visita domiciliária no puerpério..... 62

Gráfico 14 - Relação entre o número de consultas na vigilância pré-natal e a avaliação global da visita domiciliária no puerpério ..... 63

Gráfico 15 - Relação entre a frequência do curso de preparação para o parto/parentalidade e a avaliação global da visita domiciliária no puerpério..... 65

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos dados relativos à avaliação da visita domiciliar segundo a EAVDPP..... 54

Tabela 2- Distribuição absoluta e relativa da amostra referente à EAVDPP em relação ao domínio “ensino” ..... 55

Tabela 3 - Distribuição absoluta e relativa da amostra referente à EAVDPP em relação ao domínio “importância” ..... 57

Tabela 4 - Distribuição absoluta e relativa da amostra referente à EAVDPP em relação ao domínio “empatia/relação” ..... 58

Tabela 5 - Distribuição absoluta e relativa da amostra referente à EAVDPP em relação ao domínio “informação” ..... 59

## SIGLAS E ABREVIATURAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ARS Norte – Administração Regional de Saúde do Norte

CEB – Ciclo de Ensino Básico

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

*cit in* – citado por

DGS – Direção Geral de Saúde

EAVDPP - Escala de Avaliação da Visita Domiciliar no Pós-parto

*et alii* – entre outros

hCG - Gonadotrofina Coriónica Humana

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – página

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Primários

USF – Unidade de Saúde Familiar

% - percentagem

## INTRODUÇÃO

Este estudo de investigação emerge no âmbito do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Polo de Ponte de Lima e tem como tema a visita domiciliária de enfermagem no puerpério.

A investigação surge como grande contributo no desenvolvimento profissional e individual, criando uma zona para o crescimento intrínseco e para o aperfeiçoamento dos modelos de cuidados de enfermagem.

Segundo a OE refere no “Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais” (2011, p. 15), o enfermeiro de cuidados gerais contribui para a promoção da saúde e:

(...) mobiliza os seus conhecimentos técnico-científicos na definição de diagnósticos de situação no estabelecimento de planos de ação atendendo às políticas de saúde e sociais, bem como os recursos disponíveis no contexto em que está inserido. O enfermeiro no âmbito da educação para a saúde, dota os cidadãos de conhecimentos, capacidades, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas ao seu projeto de saúde.

A opção pela temática em estudo prende-se no interesse do autor a nível académico e pessoal. A nível académico as motivações para a realização deste projeto são promover o aumento de capacidades e habilidades na área de investigação, aprofundar conhecimentos relacionados com a problemática em estudo e proporcionar um meio de avaliação para a unidade curricular, de forma a permitir a obtenção da Licenciatura. A nível pessoal, as motivações do autor para a seleção desta temática repousa sobre as vivências em contexto de ensinos clínicos.

A sociedade atual está ciente de que o enfermeiro contribui em muito para a prevenção de complicações e consequentemente para a promoção da saúde. É nessa linha de pensamento que a visita domiciliária no puerpério se insere, apoiando as famílias na integração do novo membro á mesma.

Ciente da importância da visita domiciliária de enfermagem, esta ainda é mais importante no que toca à fase do puerpério. A visita domiciliária no pós-parto proporciona imensas vantagens tanto para a puérpera e seu filho, como para a sua família, pois ajuda à adaptação a este período e diminui o risco de desenvolvimento de complicações. Segundo um estudo realizado por Hawkins J. (2010), a visita domiciliária de enfermagem no puerpério pode ajudar a prevenir mortes prematuras entre mães e seus primeiros filhos.

Deste modo, o presente estudo pretende avaliar a percepção das puérperas quanto à visita domiciliária de enfermagem no puerpério. Para complementar este objetivo, foram definidos objetivos específicos: conhecer a percepção das mulheres quanto ao domínio ensino, importância, empatia/relação e informação da visita domiciliária de enfermagem no puerpério e identificar se a idade, as habilitações literárias, a vigilância pré-natal e o curso de preparação para o parto/parentalidade interfere na percepção das mulheres, em relação à visita domiciliária de enfermagem no puerpério

A metodologia utilizada teve um carácter descritivo-exploratório, inserido numa abordagem quantitativa e transversal. O instrumento de colheita de dados aplicado foi o questionário, constituído por duas partes, uma pela caracterização da amostra e a outra pela EAVDPP. (Almeida E., Duarte P. e Nelas J., 2011)

O questionário foi aplicado a uma amostra constituída por 34 mulheres. Os dados colhidos entre o dia 26 de março de 2014 e 23 de maio de 2014, na USF Lethes, através de uma amostragem não-probabilística por escolha racional e intencional

Estruturalmente o trabalho encontra-se dividido em três capítulos que representam as fases de investigação: fase conceptual, fase metodológica e fase empírica.

Na primeira fase denominada de fase conceptual, apresenta-se o tema e a sua justificação, a problemática em estudo, a pergunta de partida, as questões de investigação, e os objetivos do estudo, especificamente o objetivo geral e os objetivos específicos.

Na segunda fase, na fase metodológica encontram-se presente o método de investigação, o meio onde se insere o estudo, a população alvo e a amostra em estudo, as variáveis, o instrumento de colheita de dados e os princípios éticos.

Em terceiro e último, a fase empírica onde são apresentados os dados alusivos à caracterização da amostra em estudo e a apresentação, análise e discussão dos resultados respetivos às variáveis em estudo.

Com este estudo verifica-se que as mulheres na sua maioria tem: idades compreendidas entre os 31 e os 35 anos, são casadas, são de nacionalidade portuguesa, frequentaram o secundário, e encontram-se empregadas a tempo inteiro. Maioritariamente são secundigestas e secundíparas. Todas efetuaram vigilância da gravidez, e na sua maioria frequentaram 10 consultas pré-natais. A maioria não frequentou o curso de preparação para o parto/parentalidade. Foi possível verificar que as mulheres na sua maioria considerou a visita domiciliária de enfermagem no puerpério como boa, salientando que esta carece de grande importância. Porém, estas evidenciaram que alguns pontos da visita domiciliária necessitam de ser melhorados.

## I. FASE CONCEPTUAL

A fase conceptual refere-se à primeira fase do processo de investigação, e de acordo com Fortin M. (2009, p. 63):

A fase conceptual consiste num conjunto de atividades que levam à formulação do problema de investigação e ao enunciado do objetivo, das questões ou das hipóteses. Reporta-se a um processo, a uma forma ordenada de formular ideias e de documentar as que dizem respeito a um tema preciso com vista a chegar a uma conceção clara e precisa do problema considerado.

Este capítulo representa a base de toda a investigação onde se aborda: a problemática de investigação, a definição e justificação do tema, referência à pergunta de partida, questões e objetivos de investigação e posteriormente uma revisão bibliográfica.

### 1. Definição e Justificação do tema

Para Fortin M. (2009) a escolha de um tema tem que assentar sobre um domínio de conhecimentos que interessa ao investigador, e que o leve a realizar uma investigação, de forma a adquirir novos conhecimentos.

Para Marconi e Lakatos (2007, p. 25) “o assunto escolhido deve ser exequível e adequado em termos tanto dos fatores externos quanto dos internos ou pessoais.”

A autora selecionou como tema de trabalho de investigação o seguinte: “Visita Domiciliária de Enfermagem no Puerpério”.

Para Fortin M. (2009, p. 80) “justificar a investigação é demonstrar que ele responde às preocupações atuais, que pode ser útil para a prática profissional e contribuir para o avanço dos conhecimentos.”

A seleção do tema em estudo emergiu das interrogações colocadas pelo investigador aquando da realização do Ensino Clínico da unidade curricular Materno-Infantil, o qual

suscitou interesse em conhecer qual a importância e a percepção das mulheres acerca da visita domiciliária durante o período do puerpério. Durante este período a autora deparou-se com as dificuldades das puérperas em compreender e se adaptar a esta nova fase das suas vidas ainda durante o internamento.

## 2. Problemática de Investigação

Para Marconi e Lakatos (2007, p. 26) um “problema é uma dificuldade, teórica ou prática, no conhecimento de alguma coisa de real importância, para a qual se deve encontrar uma solução.”

Segundo a OMS (2005, p. 13):

A prestação de cuidados profissionais qualificados durante a gravidez, o parto e o período pós-natal é tão crítica para o recém-nascido como para a sua mãe. O desafio reside em encontrar a melhor forma de estabelecer a continuidade dos cuidados entre a gravidez, o parto e o momento em que a mãe está em casa com o bebé. Apesar de o elo mais fraco na cadeia ser a assistência especializada durante o parto, os cuidados prestados durante as primeiras semanas de vida também são problemáticos, já que as responsabilidades profissionais e programáticas muitas vezes não estão bem definidas.

Atualmente, a tendência que se verifica é a diminuição do tempo de internamento, de modo a prevenir as infeções hospitalares e racionalizar os custos, promovendo a alta precoce no pós-parto. Visto isto, a OE (2013) através da sua publicação “Quinze Propostas para Melhorar a Eficiência no Serviço Nacional de Saúde”, propõe um esquema de visita domiciliária ao primeiro, terceiro e quinto dia pós-parto, promovendo dessa forma uma maior adequação da educação para a saúde, um maior sucesso no aleitamento materno e sua manutenção, menor incidência de depressão pós-parto e ansiedade e menor taxa de reinternamento.

Segundo a DGS a visita domiciliária “ é um elemento fundamental da vigilância e da promoção de saúde.” (Saúde Infantil e Juvenil, Programa-tipo de atuação, 2005, p. 6)

A visita domiciliária no pós-parto carece de uma grande importância pois esta contribui para a recuperação das mães e dos bebês e para um início bem sucedido da nova família. Graças à visita domiciliária no puerpério é possível:

(..) supervisionar e garantir o bem-estar físico e emocional dos membros da família, identificar precocemente complicações em desenvolvimento, (...) e preencher a lacuna de cuidados existentes entre a alta e o acompanhamento da mãe e do bebê em ambulatório (...). (Rice R., 2004, p. 413)

Em Portugal, com a reforma dos cuidados de saúde primários desde 2006, esta área tem sido alvo do processo de contratualização com as várias unidades funcionais, nomeadamente USF, UCSP e UCC. Estas unidades têm dado resposta às necessidades aos mais diversos níveis.

Quanto à realização da visita domiciliária de enfermagem no puerpério, segundo a “Análise da atividade realizada em 2010 – Unidades de Saúde Familiar” da ACSS, o que se verificou a nível nacional em 2010, é que 73,5% das grávidas vigiadas foram alvo de visita domiciliária no puerpério, e a ARS Norte afirma que na região norte 86,5% das mulheres vigiadas aquando da gravidez em 2012 foram alvo de visita domiciliária no puerpério.

Devido à pertinência e atualidade desta problemática a autora decidiu avaliar qual a perceção das mulheres de uma USF de Ponte de Lima, em relação à visita domiciliária de enfermagem durante o puerpério.

### 3. Pergunta de Partida

Para Ribeiro J. (2010), um projeto de investigação inicia-se por uma grande questão.

De acordo com Fortin M. (2009, p. 72) a formulação da pergunta de partida “(...) constitui uma parte importante da investigação e determina o ângulo sob o qual o problema será considerado, o tipo de dados a colher, assim como as análises a realizar.”

Para Polit D. *et alii* (2007) a pergunta de partida demonstra a interrogação específica que o pesquisador pretende responder para abordar a problemática em estudo.

Indo de encontro ao problema em estudo formulou-se a pergunta de partida: “Qual a percepção das mulheres inscritas numa USF de Ponte de Lima quanto à visita domiciliária de enfermagem no puerpério?”.

#### 4. Questões de Investigação

Segundo Ribeiro J. (2010, p. 34) “a questão de investigação constitui o elemento fundamental do início de uma investigação”.

Para Fortin M. (2009, p. 72) “uma questão de investigação é uma pergunta explícita respeitante a um tema de estudo que se deseja examinar, tendo em vista desenvolver o conhecimento que existe.”

Para Quivy e Campenhoudt (2008), a melhor maneira de se conhecer um trabalho de investigação em qualquer domínio é a partir das questões de investigação.

Após definir a problemática e a pergunta de partida, emergem outras questões de investigação de forma a completar a pergunta principal, e neste estudo são:

Qual a percepção das mulheres quanto ao domínio ensino da visita domiciliária de enfermagem no puerpério?

Qual a percepção das mulheres quanto ao domínio importância da visita domiciliária de enfermagem no puerpério?

Qual a percepção das mulheres quanto ao domínio empatia/relação da visita domiciliária de enfermagem no puerpério?

Qual a percepção das mulheres quanto ao domínio informação da visita domiciliária de enfermagem no puerpério?

A idade interfere na percepção das mulheres, em relação à visita domiciliária de enfermagem no puerpério?

As habilitações literárias interferem na percepção das mulheres, em relação à visita domiciliária de enfermagem no puerpério?

A vigilância pré-natal interfere na percepção das mulheres, em relação à visita domiciliária de enfermagem no puerpério?

A frequência do curso de preparação para o parto/parentalidade interfere na percepção das mulheres, em relação à visita domiciliária de enfermagem no puerpério?

## 5. Objetivos do Estudo

### i- Objetivo geral

No parecer de Marconi e Lakatos (2007, p. 24) “toda a pesquisa deve ter um objetivo determinado para saber o que se vai procurar e o que se pretende alcançar.”

O objetivo do estudo indica de forma precisa a direção que o investigador quer seguir. (Fortin M., 2009)

Assim sendo, pretende-se “Avaliar a percepção das mulheres inscritas numa USF de Ponte de Lima quanto à visita domiciliária de enfermagem no puerpério”.

ii- Objetivos específicos

Segundo Ribeiro J. (2010, p. 34), os objetivos “representam aquilo que o investigador se propõe fazer para responder à questão de investigação.”

Como objetivos específicos foram propostos:

Conhecer a percepção das mulheres quanto ao domínio ensino da visita domiciliária de enfermagem no puerpério.

Conhecer a percepção das mulheres quanto ao domínio importância da visita domiciliária de enfermagem no puerpério.

Conhecer a percepção das mulheres quanto ao domínio empatia/relação da visita domiciliária de enfermagem no puerpério.

Conhecer a percepção das mulheres quanto ao domínio informação da visita domiciliária de enfermagem puerpério.

Identificar se a idade interfere na percepção das mulheres, em relação à visita domiciliária de enfermagem no puerpério.

Identificar se as habilitações literárias interferem na percepção das mulheres, em relação à visita domiciliária de enfermagem no puerpério.

Identificar se a vigilância pré-natal interfere na percepção das mulheres, em relação à visita domiciliária de enfermagem no puerpério.

Identificar se o curso de preparação para o parto/parentalidade interfere na percepção das mulheres, em relação à visita domiciliária de enfermagem no puerpério.

## 6. Enquadramento Conceptual

### i- Puerpério

A palavra puerpério que advém da palavra do latim *puerperium* é segundo Lowdermilk D. e Perry S. (2008, p. 478) o período que compreende “o intervalo entre o nascimento da criança e o retorno dos órgãos reprodutores da mãe ao seu estado normal não grávido”, e segundo o mesmo autor, pode ainda ser denominado de 4º trimestre da gravidez.

Para Branden P. (2000) o puerpério é um período de tempo que dura em média 6 semanas, mas a sua duração pode ser variável, principalmente nas mulheres que amamentam.

Carvalho G. (2007) classifica o puerpério em 4 fases, sendo elas: o puerpério imediato (da 1ª à 2ª hora pós-parto), o puerpério mediato (da 2ª hora ao 10º dia pós-parto), puerpério tardio (do 10º ao 42º dia pós-parto) e o puerpério remoto (do 42º ao 60º dia pós-parto).

Todavia, o período de tempo denominado puerpério tem sido amplamente discutido pelos mais diversos autores, devido à sua cronologia ser muito variável.

Segundo Lowdermilk D. e Perry S. (2008), é nesta fase que se sucede o processo involutivo de todas as modificações ocorridas aquando da gravidez.

O puerpério, é considerado como um período fisiológico, que acarreta alguns desconfortos que influenciam o bem-estar físico e emocional da mulher.

Estes desconfortos que influenciam o bem-estar físico e emocional da mulher, são devidos principalmente a modificações súbitas do balanço hormonal, ao desconforto físico, à fadiga, ao estabelecimento da lactação e à inexperiência em cuidar do filho,

consolidação da relação pais/filho/família e do relacionamento familiar, e a alterações da rotina diária. (Amorim S., 2010)

Mediante isto, é de mencionar o vasto número de alterações nos diversos níveis (físico, social, biológico e psicológico) que a puérpera vive durante o puerpério, pelo que, a mulher vê-se confrontada à necessidade de efetuar um agrupado de adaptações que a tornam suscetível ao desequilíbrio psicológico. (Canavarro M., 2001)

Logo, é realmente necessário que os profissionais estejam vigilantes e apoiem as puérperas a adaptarem-se às mudanças físicas, psicológicas e sociais, facultando o auxílio essencial para que estas consigam lidar e acomodar-se às experiências vividas no puerpério.

#### ii- Adaptação/Alterações Fisiológica

Aquando da gravidez, várias alterações vão se desenvolvendo no corpo da mulher de forma gradativa, sendo elas mais visíveis a nível biológico. (Branden P., 2000)

Essas alterações físicas ocorrem a nível dos vários sistemas do corpo humano, sendo eles sistema reprodutor, endócrino, urinário, gastrointestinal, cardiovascular, músculo-esquelético, tegumentar e nervoso. (Lowdermilk D. e Perry S., 2008)

“Durante o período pós-parto ou puerpério, essas adaptações regridem. Por fim, todos os sistemas do corpo voltam ao seu estado pré-concepcional.” (Branden P., 2000, p. 392)

A nível do sistema reprodutor a involução uterina é uma das primeiras adaptações pós-parto. Esta inicia-se logo após a expulsão da placenta através das contrações musculares e da autólise, levando o miométrio a readquirir o seu tamanho normal. (Branden P., 2000)

Outra alteração a nível deste sistema e característica do período pós-parto, é o aparecimento dos lóquios (secreção vaginal pós-parto) correlacionando-se com a

cicatrização e regeneração do endométrio. Segundo Leifer G. (2013) os lóquios iniciais são vermelhos e são chamados de lochia rubra (duração de 1 a 3 dias), e podem conter pequenos coágulos. A secreção vaginal depois empalidece e se torna rosa castanho após aproximadamente 3 dias, o que é chamado de lochia serosa. A lochia serosa não deve conter coágulos e pode durar até 27 dias em algumas mulheres (Gabbe, Niebyl, & Simpson, 2007 *cit in* Leifer G., 2013). Normalmente, 10 dias pós-parto, o corrimento vaginal torna-se amarelo a branco e é chamado de lochia alba, esta mantém-se em média, até a sexta semana pós-parto.

De acordo com Lowdermilk D. e Perry S. (2008), o colo uterino readquire a sua consistência mole e a sua forma habitual cerca de dezoito horas após o parto. Ainda segundo o mesmo autor, a vagina tende a retornar ao seu estado não gravídico cerca de seis a dez semanas após o nascimento, e quanto à musculatura pélvica devido à distensão dos tecidos aquando do parto pode levar até seis meses para que os músculos recuperem a sua tonicidade.

Ao nível das alterações mamárias estas já foram iniciadas durante a gravidez e progridem após o nascimento do bebé. (Branden P., 2000)

Assim como ocorrem alterações com o sistema reprodutor também com o sistema endócrino ocorrem, sendo que algumas estão relacionadas com as alterações do sistema reprodutor. De seguida ao parto, sucede-se uma diminuição hormonal de estrogénios, progesterona e de gonadotrofina coriónica humana (hCG). (Lowdermilk D. e Perry S., 2008)

A normalização do ciclo menstrual é coordenada por várias hormonas, e regra geral nas mulheres que não estiverem amamentando, o intervalo médio antes do ressurgimento da ovulação é de 10 semanas; a menstruação usualmente reaparece entre sete e nove semanas após o parto. Pelo que, para as mulheres que não amamentam o primeiro período menstrual poderá ser anovulatório. (Branden P., 2000)

Quanto ao sistema urinário, ao longo dos primeiros dias do puerpério, devido ao aumento da diurese pode acontecer a hiperdistensão vesical, estase e retenção urinária, que poderão causar posteriormente infecção das vias urinárias, atonia ou lesão muscular. Se não existirem complicações o trato urinário readquire a sua função normal dentro de uma a duas semanas, ainda que a distensão vesical possa perdurar por três meses. Os sintomas urinários como frequência e urgência, causados pela compressão da bexiga pelo útero regridem logo após o parto. (Branden P., 2000)

No que diz respeito ao sistema gastrointestinal (Lowdermilk D. e Perry S., 2008), este retorna instantaneamente ao seu estado pré-gravídico pois o útero já não ocupa a cavidade abdominal e já não exerce pressão sobre os órgãos presentes. A tonicidade intestinal mantém-se lenta ao longo de alguns dias pós-parto e é frequente a mulher apresentar obstipação intestinal.

Relativamente às alterações do sistema cardiovascular, estas dependem do tipo de parto, isto porque deste depende a quantidade de perda sanguínea e por sua vez as alterações do sistema circulatório após o nascimento. Se o parto for por cesariana existirá uma perda sanguínea de maior importância comparativamente a um parto eutócico, pelo que a recuperação funcional será retardada. (Lowdermilk D. e Perry S., 2008)

O débito cardíaco é aumentado durante a gravidez, pelo que este se mantém aumentado nas quarenta e oito horas após o parto devido à diminuição do fluxo sanguíneo uterino e à redistribuição do líquido extravascular para a corrente sanguínea. Segundo Branden P. (2000) a redução do débito cardíaco até ao débito cardíaco pré-gravídico ocorre nas primeiras duas semanas após o parto.

Quanto ao sistema respiratório o período pós-parto permite geralmente, a regressão completa “das alterações respiratórias relacionadas com a gravidez e queixas associadas, tais como falta de ar, desconforto torácico e costal e redução da tolerância aos esforços físicos.” (Branden P., 2000, p. 401)

No que diz respeito ao sistema músculo-esquelético, após o parto as articulações e os músculos podem apresentar alguns efeitos residuais, “durante os primeiros dias, os níveis do hormônio relaxina diminuem e os ligamentos e a cartilagem da pelve começam a voltar ao estado pré-gravidez.” (Leifer G., 2013, p. 227)

A estabilização das articulações completa-se cerca de seis a oito semanas após o nascimento. (Branden P., 2000)

A nível do sistema tegumentar, observa-se imediatamente a regressão da hiperpigmentação da pele. Porém, a hiperpigmentação da aréola mamária e linha negra abdominal poderão não regredir inteiramente. (Lowdermilk D. e Perry S., 2008)

As alterações cutâneas vasculares, o eritema palmar e o acne, tendem a regredir à medida que se estabilizam os níveis hormonais. As alterações das mucosas, como a epistaxe, a congestão nasal e o sangramento gengival, diminuem à medida que o nível de estrogénio também. (Branden P., 2000)

Relativamente ao sistema neurológico, as neuropatias por encarceramento que são geralmente causadas pelo edema, desaparecem quando o edema também desaparece. Quanto às cefaleias de tensão e episódios de síncope ou semi-síncope diminuem com o nascimento do bebé. (Branden P., 2000)

### iii- Adaptação/Alterações Sociais

Segundo Gonçalves J. (2008, p. 9), “a passagem da mulher grávida para a mulher mãe surge na literatura designada como a transição para a parentalidade”, este período refere-se ao início de uma gravidez e os primeiros meses após o nascimento de uma criança.

Anteriormente à concepção e ao parto a mulher/casal cria certas expectativas acerca da criança que um dia virá a nascer, que irão influenciar este período de transição. (Gonçalves J., 2008)

Este processo de transição para a parentalidade origina um período de mudança e instabilidade tanto para o homem como para a mulher. Este processo acontece “independentemente da parentalidade ser biológica ou adotiva e independentemente do tipo de casal.” (Lowdermilk D. e Perry S., 2008, p. 522)

Silva E. e Botti N. (2005), referem que o período puerperal caracteriza-se por como uma estágio de profundas adaptações no âmbito social, psicológico e físico da mulher. Essa etapa da vida feminina consiste, portanto, num período instável, que demanda a necessidade de um profundo conhecimento da experiência da mulher.

O nascimento de uma criança tem sido amplamente associado a situações de stress em famílias, devido às mudanças nas rotinas diárias ocorridas desde o período gravídico, até à fase do puerpério.

Para Gonçalves J. (2008), ao nível do sistema conjugal, o nascimento de um filho pode representar a realização de um desejo mútuo e fortalecer os laços afetivos de ambos, mas pode também ser considerado como uma ameaça à união do casal, surgindo dificuldades em repartir a atenção com um terceiro elemento.

Apesar da evolução da maternidade, a mãe continua a ser o ponto central na vida do bebé e a mãe procura assumir o papel de “boa mãe”, tentando representar o papel que a sociedade lhe exige. A exigência do cumprimento dessas funções maternas estereotipadas aumenta a pressão sobre a mãe e conseqüentemente a necessidade de suporte social.

Devido a todo o processo de adaptação que a puérpera encara nesta fase da sua vida, a família deverá ser capaz de aceitar as alterações emocionais da puérpera, auxiliar na execução das tarefas do quotidiano, nos cuidados com o bebé e fortalecer as suas aptidões como mãe. (Lowdermilk D. e Perry S., 2008)

Segundo Gonçalves J. (2008, p. 15), “inúmeros fatores podem ser considerados para um desfecho saudável do puerpério, como uma relação familiar harmoniosa e de interajuda,

bem como o desejo e o planeamento da gravidez feita pelo casal.” O desenvolvimento deste processo transitório dependerá então “da compreensão e da passagem não só da mulher, mas da família como um todo pelo puerpério.” (Silva E. e Botti N., 2005, p. 232)

#### iv- Adaptação/Alterações Psicológicas

O puerpério, segundo (Silva E. e Botti N., 2005) é uma fase marcada pela instabilidade emocional e vulnerabilidade feminina em relação às síndromes psiquiátricas no pós-parto.

Logo nos primeiros dias após o parto a puérpera vive um período de transição, sentindo-se mais vulnerável e frágil a pressões emocionais. Certos problemas que esta enfrentaria facilmente poderão deixá-la ansiosa aquando de assumir as suas responsabilidades relativas ao recém-nascido, à família e à casa. (Carvalho G., 2007)

Visto que a passagem para a maternidade, é acompanhada de alterações a distintos níveis, é fundamental que a puérpera desenvolva estratégias que lhe permitem adaptar-se ao seu novo papel de mãe.

Existem duas fases de recuperação pós-parto que são a fase de internalização, que tem uma duração média de 2 a 3 dias, nesta fase, a mãe apresenta-se indiferente, dependente e com pouca incentivo, e a fase de aceitação que se inicia após a fase de internalização e dura cerca de dez dias, nesta fase a puérpera começa a progredir até tornar-se autónoma e independente. (Rubin *cit. in* Carvalho G., 2007)

Segundo Saraiva E. e Coutinho M. (2008), os sinais mais frequentes indicativos de perturbações psicológicas são a instabilidade emocional, vontade de chorar, maior irritabilidade, impulsos, apreensão, excitação, medo e alegria.

Segundo Sousa V. (2008), este é um período da vida da mulher que envolve muitas alterações, que podem ter repercussões a nível da sua saúde mental, podendo experimentar desde um quadro de tristeza até estados psicóticos mais graves.

Ainda segundo o mesmo autor, Sousa V. (2008, p. 45), este considera o pós-parto como:

(...) um período de risco psiquiátrico aumentado no ciclo vital da mulher, sendo de especial importância pelo seu impacto na vida da própria mulher, em sua vida conjugal e com os filhos, tornando-se um fator que dificulta o estabelecimento de vínculo afetivo e seguro entre a mãe e o filho, interferindo nas futuras relações interpessoais estabelecidas pela criança.

Devido ao período do puerpério representar uma fase da vida de mudança, as mulheres encontram-se num período de maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de um transtorno psicológico.

Silva E. e Botti N. (2005), afirma que estes transtornos psicológicos não são considerados distúrbios mentais específicos do puerpério, mas sim associados a ele, ou seja, o parto atua como um fator desencadeante devido à fragilidade psicológica prévia da mulher.

É destacada na literatura consultada três formas de gravidade crescente de transtornos psicológicos no pós-parto, a Disforia no pós-parto ou Tristeza pós-parto (Blues pós-parto), a Depressão pós-parto e a Psicose puerperal. (Chaudron e Pies, 2003 *cit in* Camacho R. 2006)

A Tristeza pós-parto (Blues pós-parto), é considerada a forma mais leve dos quadros depressivos puerperais, e chega a afetar 85% das mulheres. Os sintomas mais comuns são o choro fácil, irritabilidade, labilidade emocional e comportamento hostil para com os familiares e cônjuges. Por regra, inicia-se nos primeiros dias pós-parto, atingem o pico por volta do quinto dia e reverte de forma espontânea em duas semanas. (Silva A.G. *et alii*, 2012)

A Depressão pós-parto é mais persistente que a Tristeza pós-parto, necessitando normalmente de ajuda externa e a sua sintomatologia é em muito parecida com a sintomatologia da Blues pós-parto, exceto pelo facto de existir uma componente ansiosa mais proeminente e pensamentos constantes sobre a incompetência como mãe. A sua incidência varia de 10 a 20%. (Sousa V., 2008)

Segundo Silva E. e Botti N. (2005), a Depressão pós-parto inicia-se nos primeiros dias após o nascimento da criança levando até semanas após o parto.

A Psicose puerperal é a forma mais grave de todos os transtornos psicológicos no pós-parto, e caracteriza-se por um quadro polimórfico, com presença de delírios, alucinações, estado confusional, sintomas depressivos, maniformes ou associados. A sua prevalência é de 1 caso para cada 500 a 1000 nascimentos. O início é abrupto, pode ocorrer nos primeiros dias ou até duas a três semanas após o parto. Estas mulheres podem evoluir para um transtorno afetivo bipolar, pelo que o tratamento passa pela hospitalização da puérpera. (Silva A.G. *et alii*, 2012)

#### v- Intervenções de enfermagem no puerpério

No puerpério as intervenções de enfermagem são predominantemente preventivas, ou seja incidem com maior relevância sobre a educação para a saúde de forma a minimizar as complicações.

A profilaxia das complicações associadas ao período do pós-parto imediato ou tardio é a principal assistência de enfermagem. Pelo que remete-se ao enfermeiro transmitir recomendações/informações à mulher/casal com o intuito de prevenir complicações ou minimizar algumas já existentes.

Segundo Branden P. (2000) as complicações mais frequentes no após parto são a infeção puerperal, a hemorragia puerperal, as lesões do canal de parto, as complicações vasculares, a mastite, os distúrbios do trato urinário, a diabetes melitos e o distúrbio psiquiátrico puerperal.

Os sinais sintomas que a puérpera deverá ter em atenção e poderão indiciar alguma das complicações citadas anteriormente são febre igual ou superior a 38°C em dois dias seguidos após o parto; hemorragia vaginal volumosa; odor fétido proveniente dos lóquios; palidez e cansaço extremo; calor, rubor e edema de um membro; rubor e calor numa das mamas, bem como desconforto mamário; disúria, polaquiúria, urgência urinária; labilidade emocional, humor deprimido e crises de pânico. (Branden P., 2000)

No período pós-parto as funções do enfermeiro vão para além de executar intervenções, envergando pela realização de ensinamentos, apoiando e encorajando a utente, ao mesmo tempo que implementa o plano de cuidados à puérpera. (Lowdermilk D. e Perry S., 2008)

#### vi. Visita domiciliária

A CIPE Versão 2 (2011, p. 139) define cuidado domiciliar como sendo um:

Cuidado holístico prestado ao cliente no seu próprio ambiente, para diversos problemas, utilizando uma abordagem multidisciplinar que envolve o doente, a família e os prestadores de cuidados, transferindo aptidões para maximizar aquilo que as pessoas podem fazer por si próprias mas proporcionando aconselhamento, monitorização e apoio ao cliente e aos prestadores de cuidados.

Rice R. (2004, p. 14) afirma que “a enfermagem domiciliária consiste em prestar cuidados de enfermagem de qualidade a utentes no seu ambiente domiciliar (...)”.

Para Kaakinen J. e Birenbaum L *cit in* Lancaster e Stanhope (2011, p. 621) “uma visita domiciliária é mais do que um contexto alternativo de prestação de cuidados, é uma intervenção.”

Segundo Rice R. (2004), o objetivo dos cuidados domiciliários é fornecer ao utente/família o apoio, as informações o tratamento e os cuidados que necessitam para gerir com sucesso as necessidades de saúde no domicílio.

A visita domiciliária é uma atividade que proporciona uma colheita de dados precisa sobre a estrutura familiar e sobre o ambiente onde esta se insere, e permite aos enfermeiros intervir nesse ambiente. O facto das famílias se encontrarem inseridas no seu ambiente natural, a visita domiciliária é um instrumento privilegiado para promover a saúde. (Kaakinen J. e Birenbaum L. *cit. in* Lancaster e Stanhope, 2011)

Aquando de uma visita domiciliaria “as intervenções precisam ser personalizadas a cada família; portanto o preâmbulo ou o prefácio da real intervenção variará.” (Wright e Leahey, 2009, p. 219)

A enfermagem em contexto domiciliário trabalha com uma grande variedade de utentes, desde idosos com doenças crónicas a mães com recém-nascidos. (Rice R., 2004)

Assim sendo e para que esta seja direccionada ao tipo de utente que temos, é necessário planear de forma cuidadosa e sistemática a visita domiciliaria, como é possível observar na exposição dos cinco constituintes de uma visita domiciliaria, sendo eles a: fase de iniciação, fase de pré-visita, fase no domicílio, fase de terminus e fase de pós visita. (Kaakinen J. e Birenbaum L. *cit. in* Lancaster e Stanhope, 2011)

Segundo Kaakinen J. e Birenbaum L. *cit. in* Lancaster e Stanhope (2011, p. 622), a visita domiciliária requer um planeamento cuidadoso e sistemático, para que esta se torne eficaz e eficiente e os objetivos sejam satisfatoriamente atingidos.

Para Kaakinen J. e Birenbaum L. *cit. in* Lancaster e Stanhope (2011, p. 621), a visita domiciliária apresenta inúmeras vantagens que abrangem:

(...) a conveniência do cliente, o controle do cliente sobre o ambiente, a disponibilidade de uma opção para os clientes que não querem ou não podem se deslocar, a capacidade de individualizar os serviços, e a existência de um ambiente natural e relaxado para a discussão de preocupações e necessidades.

vii. Visita domiciliária no puerpério

Atualmente devido a questões económicas e “com a tendência para diminuir o tempo de hospitalização pós-parto, os cuidados prestados durante esse período, estão a ficar centrados na família com a orientação do enfermeiro.” (Hanson S., 2005, p. 240)

Estas alterações na assistência à saúde afetam a mulher e a sua família, portanto é essencial preparar a mulher/família para a sua alta domiciliar. Portanto, as intervenções de enfermagem são prestadas a domicílio. (Branden P., 2000)

Para Lowdermilk D. e Perry S. (2008, p. 496), é essencial que os enfermeiros:

(...) considerem as necessidades da mulher e do bebé e proporcionem cuidados que sejam coordenados para ir de encontro, no sentido de prestar intervenções e tratamentos atempados para prevenir morbidade e readmissão hospitalar.

O enfermeiro prestador de cuidados domiciliários tem uma visão completa da família, só este é capaz de se aperceber da dinâmica familiar, avaliar as necessidades de saúde de cada elemento da família e facilitar a reintegração da mesma. (Rice R., 2004)

Rice R. (2004, p. 413) refere que:

(...) existem diferenças entre os cuidados domiciliários para utentes com condições clínicas diagnosticadas pelo médico e os cuidados domiciliários para famílias no pós-parto. De salientar que o nascimento de uma criança é um acontecimento saudável.

Os enfermeiros apresentam capacidades para avaliar a mãe, o bebé e o ambiente familiar, a dar resposta a perguntas e dúvidas que surgem e direcioná-los para a prática de bons cuidados e, em caso de necessidade, orientá-los para os recursos da comunidade. (Lowdermilk D. e Perry S., 2008)

No domicílio, “a enfermeira pode incorporar as realidades da situação domiciliar da paciente a todos os aspetos da assistência, tornando-a mais holística e relevante.” (Branden P., 2000, p. 479)

Os Cuidados de Saúde Primários e por sua vez a visita domiciliária têm uma função importante na transição para a parentalidade e na prevenção de complicações no pós-parto, por meio do suporte oferecido à puérpera e à família na forma de apoio material, informativo, afetivo e emocional.

O papel do enfermeiro no domicílio passa por assistir a puérpera, promover uma recuperação saudável da mesma após o nascimento do recém-nascido, ao mesmo tempo que auxilia a puérpera e o seu companheiro a se adaptarem à introdução de um novo membro na sua família. (Branden P., 2000)

Aquando da visita domiciliária, o enfermeiro dirige uma avaliação metódica da puérpera e do recém-nascido para verificar a adaptação fisiológica, reconhecer complicações já existentes e dar resposta a dúvidas que a puérpera/família tem sobre o recém-nascido e/ou a puérpera. (Lowdermilk D. e Perry S., 2008)

Na atualidade os cuidados de enfermagem aquando da visita domiciliária no puerpério encontram-se ainda muito centrados na puérpera, com ações padronizadas pelas instituições. Os ensinamentos e o fornecimento de conhecimentos são realizados de uma forma sistematizada e padronizada, excluindo deste modo fatores de aprendizagem importantes como o estado mental da puérpera, o meio sociocultural, e os relacionamentos com o filho, cônjuge e familiares.

Visto isto o enfermeiro deve estar mais atento na identificação de sinais e sintomas que estejam a destabilizar a adaptação normal ao puerpério, de forma a poder tomar providências e orientar a puérpera/recém-nascido/família para uma vivência feliz e saudável do período do puerpério.

## II. FASE METODOLÓGICA

### 1. Desenho de investigação

A fase metodológica representa a segunda fase de um projeto de pesquisa quantitativa. Segundo Polit D. *et alli* (2007, p. 53) esta segunda fase caracteriza-se pela, “toma de decisões sobre os métodos a serem usados para abordar a questão de pesquisa e o planeamento cuidadoso da colheita de dados.”

Nesta fase o estudo é descrito pelo investigador, explicitando o tipo de estudo, as variáveis, a população e a amostra. Delimita o método que será utilizado, para responder às questões de investigação e seleciona os instrumentos de colheita de dados mais adequados, certificando-se que estes são fiéis e válidos. (Fortin M., 2009)

#### i. Tipo de Estudo

Neste processo de investigação, é utilizado o método quantitativo, transversal e descritivo-exploratório, para recolha e análise de dados, visto pretender-se avaliar a perceção das mulheres quanto à visita domiciliária de enfermagem no puerpério.

Para Ribeiro J. (2010, p. 79), “a investigação quantitativa caracteriza-se por se expressar através de números (ou seja, por entidades abstratas que representam uma contagem, uma medição, um cálculo).”

“O estudo transversal serve para medir a frequência de aparição de um acontecimento ou de um problema numa população num dado momento.” (Fortin M., 2009, p. 252)

O estudo foi do tipo descritivo-exploratório, uma vez que se pretendeu, descrever, denominar e classificar uma população ou uma situação (Fortin M., 2009), mais precisamente explorar e descrever qual a perceção das mulheres quanto à visita domiciliária de enfermagem no puerpério.

ii. Meio do Estudo

Para ocorrer um estudo de investigação, é necessário definir um local em função da temática em estudo. Assim sendo, o meio elegido para a recolha de dados residiu na USF Lethes de Ponte de Lima, sendo este um meio natural.

Segundo Fortin M. (2009), uma investigação que não seja submetida a um controlo rigoroso como em ambiente laboratorial, é considerado um estudo em meio natural.

Neste local encontravam-se indivíduos que iam de encontro às características procuradas pelo investigador de forma a obter aos resultados pretendidos a atingir.

Em anexo encontra-se o pedido de autorização dirigido à USF Lethes, para a colheita de dados (Anexo I).

iii. População Alvo e Amostra

Todo e qualquer investigação, requer um universo ou população de elementos, ao qual o investigador irá efetuar o seu estudo, corretamente definido. Prossegue-se com a definição da população, estabelecendo critérios de seleção para o estudo.

Polit D. *et alli* (2007, p. 53) refere que a população é “um conjunto de todos os indivíduos ou objetos com alguma característica comum, definidora.”

A população alvo é o conjunto de pessoas em estudo “que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações.” (Fortin M., 2009, p. 311)

A população em estudo são as mulheres inscritas na USF Lethes, que representam um total de 8028 indivíduos. Este valor foi obtido através do sistema de informação que contém os utentes inscritos na USF Lethes.

O método de amostragem utilizado foi a amostragem não-probabilística por escolha racional e intencional, a principal característica da técnica de amostragem não probabilística é que “a probabilidade relativa de um qualquer elemento ser incluído na amostra é desconhecido.” (Ribeiro J., 2010, p. 42)

Fortin M. (2009), refere que no método de amostragem não-probabilística, todos os elementos de uma população não tem a mesma oportunidade de ser escolhidos para formar a amostra.

Ainda segundo Fortin M. (2009, p. 322) a amostragem por escolha racional “trata-se de constituir uma amostra de indivíduo em função de um traço característico” e estes “são supostos representar bem o fenómeno raro ou inusitado em estudo e de ajudarem a compreendê-lo.”

Hulley S. *et alli* (2008, p. 46), descreve a amostra em estudo como sendo “o subconjunto da população acessível que de facto participa no estudo.”

Como características de inclusão na amostra o indivíduo deverá ser capaz de ler e escrever de forma a ter capacidade de preencher o questionário, ser do sexo feminino, ser utente na USF Lethes, ter tido partos no ano de 2013, ter sido alvo de visita domiciliária de enfermagem durante o puerpério e dirigir-se à USF Lethes entre o dia 26 de março de 2014 e 23 de maio de 2014.

Neste estudo, a amostra é constituída por 34 mulheres, que foram convidadas a participar no estudo pelas enfermeiras da USF em estudo entre os dias 26 de março de 2014 e 23 de maio de 2014 e que reuniram os critérios de inclusão estabelecidos para o estudo.

iv. Variáveis

Para Marconi e Lakatos (2008), uma variável trata-se de uma medida ou de uma classificação que varia, mensurável. Segundo o mesmo autor, esta pode ser “quantidades, qualidades, características, magnitudes, traços, etc.”

A escolha e delimitação das variáveis em estudo, como refere Ribeiro J. (2010), representam o componente central, visto ser ao redor destas que se estrutura a investigação.

Foram definidas para este estudo, variáveis de atributo, pois abrangem as características dos sujeitos; estas foram divididas em dois grupos a caracterização sociodemográfica que inclui a idade, o estado civil, a nacionalidade, as habilitações literárias e a situação profissional; e a história da gravidez que é constituída pelo número de gestações/partos, a vigilância pré-natal e a preparação para o parto/parentalidade. Existe a possibilidade de surgirem variáveis estranhas durante o estudo, que podem alterar os resultados da investigação, como por exemplo a disponibilidade do sujeito em estudo.

Segundo Sousa (Marconi e Lakatos, 2008, p. 189), a variável independente “é a que influência, determina ou afeta uma outra variável, é fator determinante, condição ou causa para certo resultado, efeito ou consequência.”

As variáveis independentes são a idade, as habilitações literárias, a vigilância pré-natal (nº de consultas efetuadas aquando da vigilância pré-natal) e a frequência do curso de preparação para o parto/parentalidade.

Ainda segundo os mesmos autores (Marconi e Lakatos, 2008, p. 189), a variável dependente “consiste naqueles valores (fenómenos, fatores) a serem explicados ou descobertos, em virtude de serem influenciados, determinados ou afetados pela variável independente.”

Neste trabalho de investigação a variável dependente é a percepção das mulheres quanto à visita domiciliária de enfermagem no puerpério.

#### v. Método e Instrumento de Colheita de Dados

Neste estudo para a recolha de dados foi aplicado um questionário (Anexo II) segundo Hill M. e Hill A. (2012) a colheita de dados por questionário demonstra-se ser uma forma fácil e rápida de obter dados sobre um certo grupo de indivíduos.

O questionário é uma ferramenta de colheita de dados “que tem por objetivo recolher informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas (...)”. (Fortin M., 2009, p. 380)

O questionário aplicado é composto por duas partes, sendo que a primeira é constituída por questões do tipo abertas e fechadas, que comportam a caracterização da amostra no que diz respeito à idade, o estado civil, à nacionalidade, às habilitações literárias e à situação profissional; e à historia da gravidez que o número de gestações/partos, à vigilância pré-natal e à preparação para o parto/parentalidade.

A segunda parte é constituída pela escala de avaliação da visita domiciliária no pós-parto adaptado de Almeida E., Duarte P. e Nelas J. (2011), composto por uma escala tipo Likert, constituída por trinta e cinco itens, que descrevem os aspetos mais importantes a considerar aquando da realização da visita domiciliária no período pós-parto, baseado sobre quatro domínios (ensino, importância, empatia/relação e informação), com três possibilidades de resposta a que correspondem as seguintes pontuações: 3 pontos – sempre efetuado; 2 pontos – por vezes efetuado; 1 ponto – nunca efetuado.

Os domínios encontram-se compostos por várias questões, sendo eles: domínio ensino (pergunta 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20 e 22), domínio importância (pergunta 11, 24, 29, 30, 31, 32, 33, 34 e 35), domínio empatia/relação (pergunta 18, 19, 21, 23, 25, 26, 27 e 28) e domínio informação (pergunta 1, 2, 3, 4 e 5).

O questionário foi aplicado pela respectiva enfermeira de família, esta explicou o objetivo do estudo e garantiu o anonimato de todas as informações recolhidas. O questionário foi de autopreenchimento, pelo que não existiu a intervenção da enfermeira de família. Os questionários foram recolhidos posteriormente pela investigadora.

#### vi. Pré-teste

Para que a validação do questionário seja possível é necessário a realização de um pré-teste.

Dado que neste estudo o instrumento de colheita de dados aplicado já foi validado, não foi necessário a realização do pré-teste.

#### vii. Tratamento e Análise de Dados

De seguida à realização da colheita de dados é necessário a organização e análise dos mesmos, por conseguinte existe necessidade de recorrer a técnicas estatísticas para descrever a amostra e as variáveis. Para Fortin M. (2009, p. 475) “(...) a análise deve permitir pôr em evidencia as variáveis que serviram para caracterizar a amostra (...)”.

Os dados obtidos através da aplicação do questionário, foram submetidos a tratamento estatístico para posteriormente serem analisados. Tratando-se de um estudo de abordagem quantitativa, o tratamento e a análise dos dados foram efetuados através do programa “Microsoft Office Excel 2010”.

Tratando-se de um estudo descritivo-exploratório foi realizado o cálculo do nível de significância de forma a estimar se os resultados obtidos são representativos da população, o valor de  $p \geq 0,05$  significa que não é significativa a relação observada entre as variáveis na amostra e não é um indicador confiável da relação entre as respetivas variáveis na população,  $p < 0,05$  significa que é significativa a relação observada entre as variáveis.

Desta forma, os dados obtidos através da recolha de dados por questionário serão transmitidos através de descrição de gráficos e tabelas. Estes serão utilizados de acordo com a melhor visualização de resultados.

## 2. Considerações Éticas

Toda e qualquer investigação que seja efetuada com seres humanos, envolve questões éticas e morais, que se demonstram ser distintos consoante o tipo de investigação.

Para Hulley S. *et alli* (2008, p. 243) existem “três princípios éticos que norteiam as pesquisas com seres humanos.” Esses três princípios são:

o princípio do respeito à pessoa “que exige que os investigadores obtenham consentimento informado, protejam aqueles participantes com capacidade decisória reduzida e mantenham a confidencialidade”;

o princípio da beneficência requer “que o delineamento da pesquisa seja fundamentado cientificamente e que seja possível aceitar os riscos considerando-se os prováveis benefícios”;

o princípio da justiça requer que a pesquisa seja “distribuída de forma justa” e que “o acesso seja equitativo aos benefícios da pesquisa”.

Os aspetos éticos são determinantes na delimitação do rumo do estudo, pois se não houver um código de ética que limite e oriente os passos da investigação, é a própria que fica em causa.

Na realização deste estudo foram respeitados os referidos direitos fundamentais aplicáveis aos indivíduos a quem é direcionada a investigação.

As mulheres foram abordadas pela enfermeira de família das mesmas, foi explicado o objetivo da sua participação no estudo e garantiu-se o anonimato de todas as informações.

As mulheres aceitaram participar neste estudo de livre e espontânea vontade. As mulheres preencheram o questionário de forma autónoma e no final entregaram o mesmo à sua respetiva enfermeira de família e foram recolhidos pela investigadora posteriormente garantindo dessa forma o anonimato, a privacidade e a intimidade de cada participante.

### III. FASE EMPÍRICA

Fortin M. (2009, p. 56), refere que:

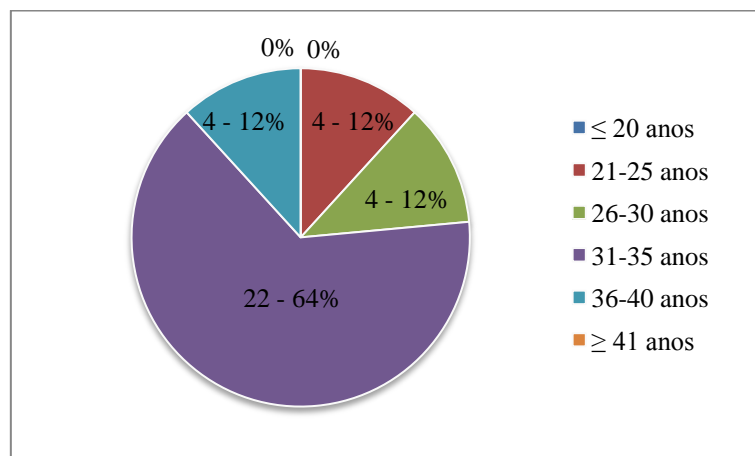
A fase empírica corresponde à colheita dos dados no terreno, à sua organização e à sua análise estatística. (...) No decurso da fase empírica, o investigador põe em prática o plano elaborado na fase precedente.

Nesta última fase são apresentados, analisados e discutidos os resultados obtidos aquando da colheita de dados. Desse modo, inicialmente serão apresentados dados relativos à caracterização da amostra, seguindo-se os dados inerentes às variáveis em estudo e ainda os dados obtidos através da escala aplicada, passando posteriormente para a análise e discussão de todos os resultados obtidos.

#### 1. Apresentação, Análise e Discussão dos Dados

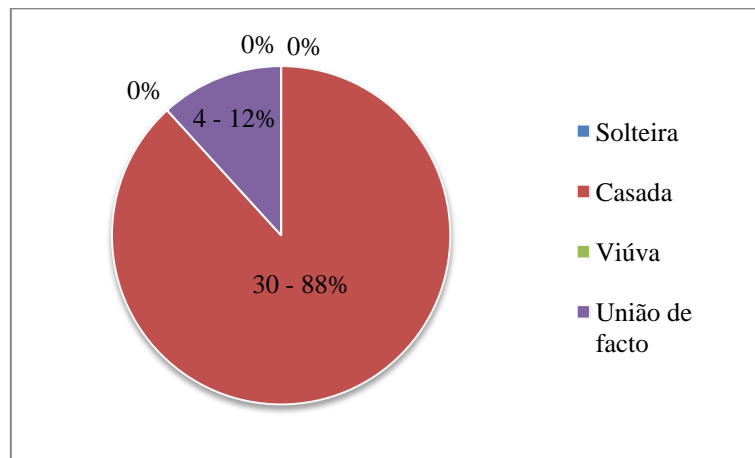
##### i. Caracterização da amostra

Gráfico 1 - Distribuição absoluta e relativa, dos dados relativamente à idade



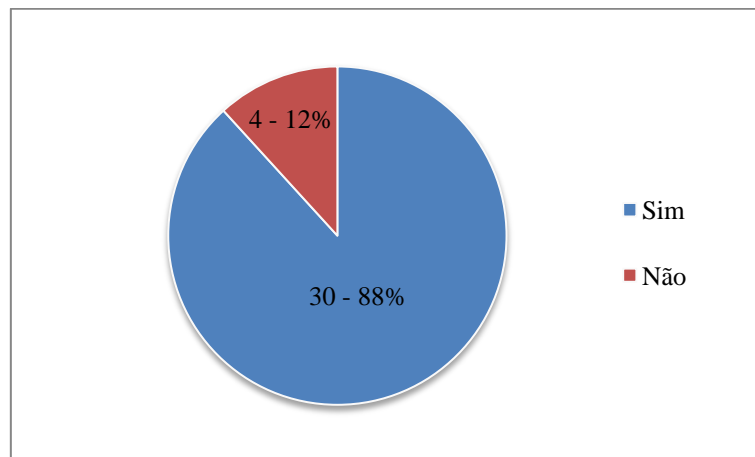
Conforme os dados obtidos, constata-se que das 34 inquiridas a maioria situa-se entre os 31 – 35 anos (64%), seguindo-se o grupo etário com igual percentagem (12%) as mulheres com idade compreendida entre os 21 – 25 anos, 26 – 30 anos e 36 – 40 anos.

Gráfico 2 - Distribuição absoluta e relativa, dos dados relativamente ao estado civil



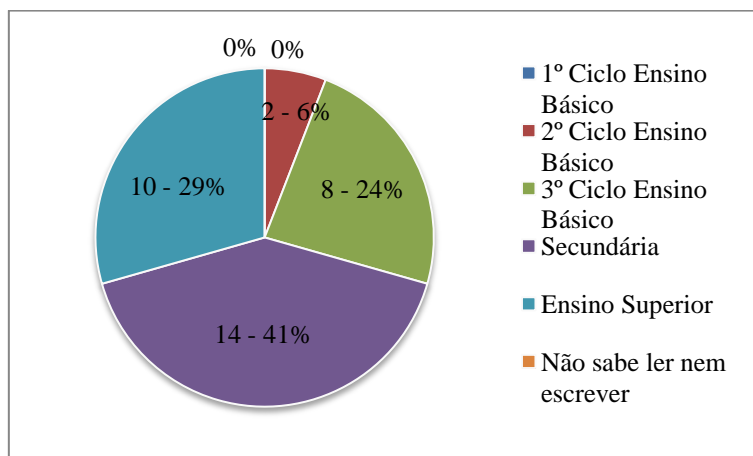
De acordo com os valores obtidos no gráfico 2, pode-se concluir que 88% das mulheres são casadas e 12% vivem em união de facto.

Gráfico 3 - Distribuição absoluta e relativa, dos dados relativamente à nacionalidade



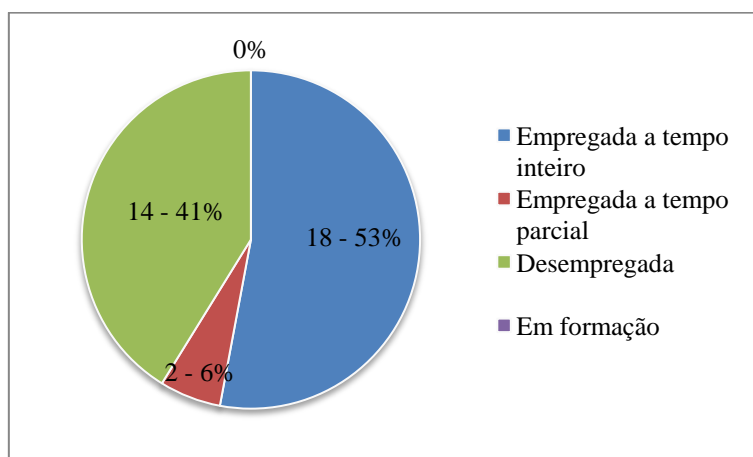
Com base nos resultados do gráfico 3, verifica-se que 88% das inquiridas são de nacionalidade portuguesa, e 12% pertencem a outra nacionalidade.

Gráfico 4 - Distribuição absoluta e relativa, dos dados relativamente as habilitações literárias



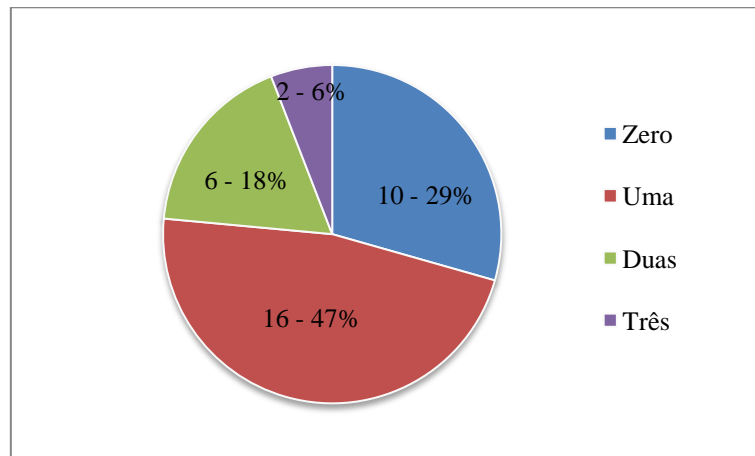
Conforme é possível observar no gráfico 4, a maioria das mulheres (41%) tem o 12º ano de escolaridade como habilitação literária, 29% frequentaram o ensino superior (licenciatura, mestrado e/ou doutoramento), 24% tem o 3º ciclo do ensino básico e 6% obtiveram o 2º ciclo do ensino básico.

Gráfico 5 - Distribuição absoluta e relativa, dos dados relativamente à situação profissional



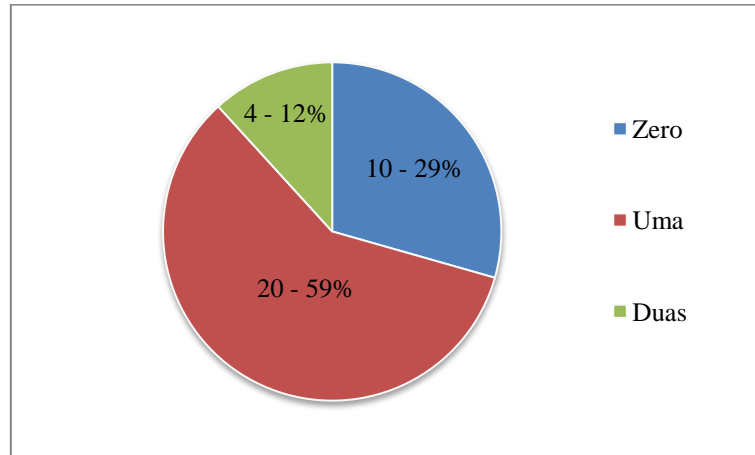
Por observação do gráfico 5, é possível verificar que 53% das inquiridas encontram-se empregadas a tempo inteiro, em contra partida 41% das mulheres encontram-se desempregadas. Em minoria, com 6% encontram-se empregadas a tempo parcial.

Gráfico 6 - Distribuição absoluta e relativa, dos dados relativamente ao nº de gravidezes anteriores



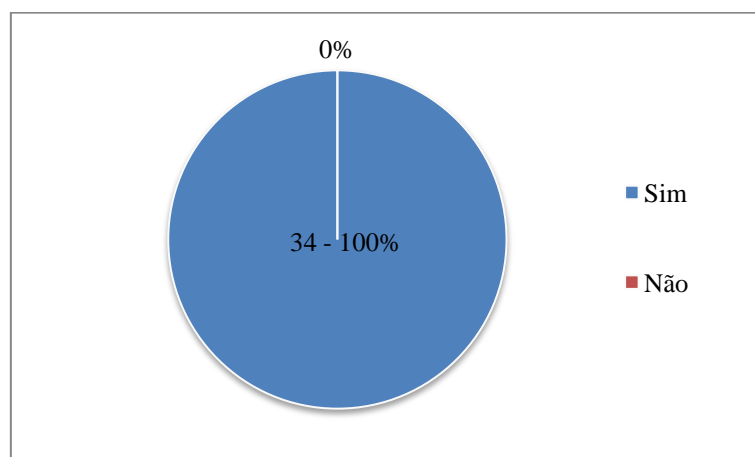
De acordo com o gráfico 6, conclui-se que 47% das inquiridas estiveram uma vez grávidas anteriormente, seguindo-se as que nunca estiveram grávidas anteriormente (29%), denotando-se também no gráfico que 18%, já se encontraram grávidas duas vezes anteriormente. Duas mulheres, ou seja, 6% da amostra, estiveram três vezes grávidas anteriormente a esta gravidez.

Gráfico 7 - Distribuição absoluta e relativa, dos dados relativamente ao nº de partos anteriores



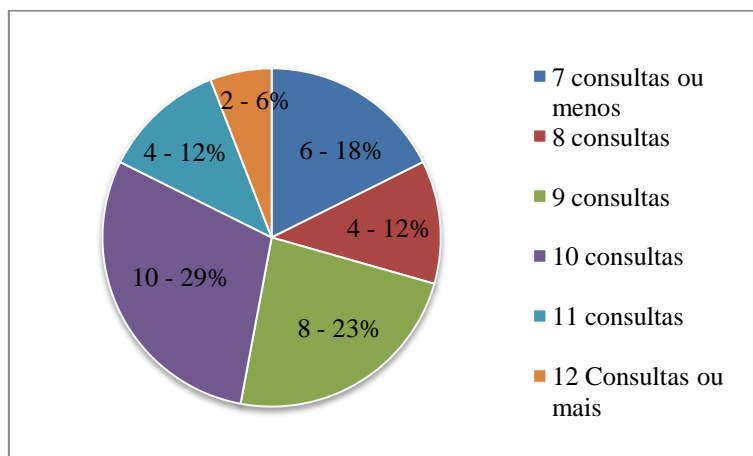
Como se verifica no gráfico 7, a maioria das inquiridas tiveram um parto anteriormente a este (59%), seguindo-se com 29% as mulheres que nunca tiveram partos anteriormente, sendo este o seu primeiro filho. Em minoria, encontram-se as mulheres que já tiveram dois partos anteriormente ao nascimento deste filho.

Gráfico 8 - Distribuição absoluta e relativa, dos dados relativamente à vigilância da gravidez



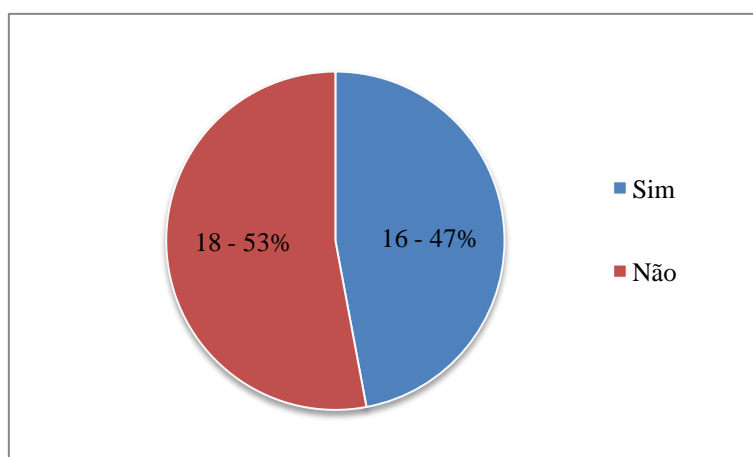
Conforme explicito no gráfico 8, a totalidade das inquiridas (100%) realizaram a vigilância da gravidez.

Gráfico 9 - Distribuição absoluta e relativa, dos dados relativamente ao número de consultas na vigilância pré-natal



Mediante os dados obtidos é possível concluir que, 29% das mulheres realizaram 10 consultas de vigilância pré-natal, seguindo-se com 23% as que realizaram 9 consultas e com 18% as que realizaram 7 ou menos consultas. Com igual percentagem encontram-se as que realizaram 8 e 11 consultas. Em menos percentagem 6%, temos duas mulheres que realizaram 12 ou mais consultas.

Gráfico 10 - Distribuição absoluta e relativa, dos dados relativamente à frequência do curso de preparação para o parto/parentalidade



Como se verifica no gráfico 10, observa-se que 53% das inquiridas não frequentaram o curso de preparação para o parto, no entanto 47% das inquiridas frequentaram-no.

ii. Dados Relativos à EAVDPP

Relativamente à avaliação global da visita domiciliária no puerpério realizada pelas mulheres, os dados relativos à avaliação (através da EAVDPP, de Almeida E., Duarte P. e Nelas J., 2011), visualizam-se de seguida.

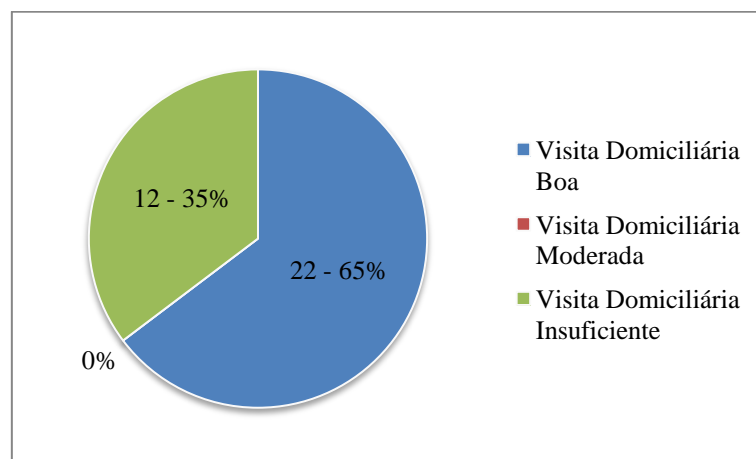
De notar que os critérios de classificação da visita domiciliária estipulados pela autora da EAVDPP são:

Visita domiciliária boa ( $> 90,87$ );

Visita domiciliária moderada ( $> 85,72$  e  $\leq 90,87$ );

Visita domiciliária insuficiente ( $\leq 85,72$ ).

Gráfico 11 – Distribuição absoluta e relativa, dos dados relativamente à avaliação global da visita domiciliária de enfermagem no puerpério



De acordo com os valores obtidos através da EAVDPP, e consoante o observado no gráfico 11, a maioria das mulheres (65%) consideraram a visita domiciliária de enfermagem realizada no puerpério como sendo de classificação boa.

Por outro lado, 35% das inquiridas classificaram a visita domiciliária de insuficiente. Nenhuma das inquiridas classificou a visita domiciliária de moderada.

Num estudo qualitativo realizado por Oliveira J., Quirino G. e Paiva D. (2012), que pretendia avaliar a perceção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerpério, verificou-se uma grande satisfação das participantes em relação aos cuidados oferecidos pelos profissionais de saúde envolvidos neste tipo de assistência, já que a seu ver contribuíram para o sucesso do puerpério.

Tabela 1 - Distribuição dos dados relativos à avaliação da visita domiciliária segundo a EAVDPP

<b>EAVDPP (Domínios)</b>	<b>Média</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Desvio-padrão</b>
Ensino	33,59	24	39	5,08
Importância	24	17	27	4
Empatia e relação	19,65	13	24	3,83
Informação	13,71	10	15	1,59
<b>Global</b>	90,94	68	105	13,31

Analisando a tabela 1 podemos verificar que para o domínio ensino varia entre um valor mínimo de 24 e um máximo de 39 pontos. O domínio importância apresenta um valor mínimo de 17 e um máximo de 27. No domínio empatia e relação os valores encontram-se entre um valor mínimo de 13 e máximo 24 pontos. O domínio informação oscila entre um mínimo de 10 e um máximo de 15 pontos. A visita domiciliária global apresenta um mínimo de 68 e uma pontuação máxima de 105 pontos, a média centra-se nos 90,94, com um desvio padrão de 13,31.

Tabela 2- Distribuição absoluta e relativa da amostra referente à EAVDPP em relação ao domínio “ensino”

Domínio "Ensino"	Sempre		Às vezes		Nunca	
	n	fi (%)	n	fi (%)	n	fi (%)
<b>Pergunta 6</b> – “Fiquei a saber as competências do meu bebé”	28	82,35	6	17,64	2	5,88
<b>Pergunta 7</b> – “Fui informada sobre como evitar acidentes no domicílio”	22	64,71	12	35,30	0	0
<b>Pergunta 8</b> – “Foi informada sobre o esquema vacinal do bebé”	28	82,35	6	17,64	0	0
<b>Pergunta 9</b> – “Foi-me explicado o desenvolvimento infantil considerado normal para a idade do bebé”	24	70,59	10	29,41	0	0
<b>Pergunta 10</b> – “Os meus familiares foram informados sobre o tipo de ajuda que me poderiam dar”	14	41,12	12	35,30	8	23,53
<b>Pergunta 12</b> – “Foi-me feito ensino sobre os cuidados a ter com a minha alimentação”	22	64,71	10	29,41	2	5,88
<b>Pergunta 13</b> – “Recebi orientações quanto ao início da atividade sexual”	24	70,59	10	29,41	0	0
<b>Pergunta 14</b> – “Fui incentivada a manter a amamentação”	28	82,35	6	17,64	0	0
<b>Pergunta 15</b> – “Recebi instruções sobre a técnica de amamentação”	22	64,71	10	29,41	2	5,88
<b>Pergunta 16</b> – “Foi-me feito ensino sobre a técnica de esvaziamento mamário”	24	70,59	8	23,53	2	5,88
<b>Pergunta 17</b> – “Foi-me feito ensino sobre cuidados vulvoperíneais”	16	47,06	12	35,29	6	17,64
<b>Pergunta 20</b> – “Foi-me prestado apoio nos cuidados ao coto umbilical”	22	64,71	8	23,53	4	11,76
<b>Pergunta 22</b> – “Recebi orientações sobre como lidar com o choro do bebé”	18	52,94	10	29,41	6	17,64
<b>Total/Média</b>	22,46	66,06	9,23	27,15	2,46	7,24

Por observação direta da tabela 2, é possível concluir que 66,06% das inquiridas classificaram o domínio “ensino” com pontuação máxima, seguindo-se 27,15% das inquiridas que atribuíram a pontuação razoável, e 7,24% que consideraram insuficiente.

Num estudo realizado por Morais F., Oliveira L. e Oliveira M. (2009), a maioria das puérperas (93,7%) referiram terem recebido orientações quanto ao autocuidado e/ou

cuidados ao recém-nascido, mas 27% das puérperas afirmem estas orientações terem sido insuficientes.

Perante a observação da tabela 2, é possível verificar que o ensino que teve menos incidência por parte dos enfermeiros, foi a informação quanto ao tipo de ajuda que os seus familiares poderiam dar às puérperas. Mendes A. (2012), refere que muitas vezes as puérperas estão a maior parte do tempo sós. Segundo Machado F., Meira D. e Madeira A. (2003, *cit in* Cabral F. e Oliveira D., 2010), a puérpera pode ter dificuldades em cuidar sozinha do bebé, pelo que deve recorrer ao apoio do seu grupo familiar para a realização de cuidados à criança e cuidar da lida da casa.

Uma das áreas de ensino sobre a qual se insiste muito aquando da visita domiciliária é a amamentação, mas segundo os dados obtidos, as puérperas acham que deveriam incidir mais sobre estes. Segundo Levy L. e Bértolo H. (2008, p. 8) do Comité Português para a UNICEF “existe um consenso mundial de que a sua prática exclusiva é a melhor maneira de alimentar as crianças até aos 6 meses de vida”. Como observado no estudo de Terra D. e Okosaki E. (2006), a amamentação é um item onde as mulheres relatam ter mais dificuldades, principalmente as primíparas. Coutinho S., Lima M. e Lira P. (2005), concluíram com o seu estudo que puérperas que receberam visita domiciliária até ao 180 dia pós-parto apresentaram maiores taxas de amamentação exclusiva até ao sexto mês de vida da criança.

O ensino sobre o cuidado ao coto umbilical também foi apontado pelas puérperas como sendo insuficiente. Erna e Ziegel (1985, *cit in* Limão A. e Bonito S., 2009, p. 46) referem que “a mãe deve ser instruída no cuidado do cordão antes do bebé ter alta do hospital.”

Outra dificuldade na fase do puerpério, é a comunicação entre a puérpera e o bebé. As inquiridas referem que o ensino quanto a compreensão do choro do bebé deveria ser maior. “Um recém-nascido exprime-se essencialmente pelo choro, podendo transmitir insegurança aos pais” (Neves A., 2013, p. 92). Pelo que deve ser promovido pelos enfermeiros o ensino sobre a compreensão do choro do bebé.

Tabela 3 - Distribuição absoluta e relativa da amostra referente à EAVDPP em relação ao domínio “importância”

Domínio “Importância”	Sempre		Às vezes		Nunca	
	n	fi (%)	n	fi (%)	n	fi (%)
<b>Pergunta 11</b> – “As minhas dúvidas foram esclarecidas”	24	70,59	10	29,41	0	0
<b>Pergunta 24</b> – “Fui esclarecida sobre as características das dejeções do bebé”	22	64,71	8	23,53	4	11,76
<b>Pergunta 29</b> – “A visita decorreu de acordo com as minhas expectativas”	24	70,59	10	29,41	0	0
<b>Pergunta 30</b> – “A informação transmitida durante a visita foi adequada às minhas necessidades”	24	70,59	10	29,41	0	0
<b>Pergunta 31</b> – “A visita contribuiu para o aumento dos meus conhecimentos”	24	70,59	10	29,41	0	0
<b>Pergunta 32</b> – “A visita proporcionou-me o aumento de confiança nos cuidados com o bebé”	24	70,59	10	29,41	0	0
<b>Pergunta 33</b> – “A visita domiciliária constituiu um ótimo meio de esclarecimento de dúvidas”	24	70,59	10	29,41	0	0
<b>Pergunta 34</b> – “Após a visita senti-me mais confiante”	24	70,59	10	29,41	0	0
<b>Pergunta 35</b> – “Penso que a visita deveria ser efetuada até á 1ª semana após o parto”	20	58,82	12	35,30	2	5,88
<b>Total/Média</b>	23,33	68,63	10	29,41	0,66	1,96

De acordo com a tabela 3, a maioria das inquiridas (68,63%) consideram a visita domiciliária no puerpério de grande importância, 29,41% consideram-na de moderada importância e só 1,96% das inquiridas consideram que a visita domiciliária no puerpério não carece de importância.

As puérperas relatam a importância da visita domiciliária, pois aquando da mesma estas esclarecem suas dúvidas e o apoio recebido por parte dos profissionais transmite segurança. (Morais F., Oliveira L. e Oliveira M., 2009)

Quando o profissional de saúde se coloca à disposição da família e da puérpera, este permite que a mulher coloque as suas dúvidas para que a mesma possa acolher o saber em sua casa.

Segundo Neves A. (2013, p. 108), “este tipo de intervenção é reconhecido como facilitador do papel parental, a maioria das famílias visitadas reconhece a sua importância”. O enfermeiro é visto como uma fonte de apoio/suporte, fornecendo o ensino efetivo de determinadas tarefas de cuidados e aperfeiçoamento de outras. (Rodrigues *et alii*, 2011)

Tabela 4 - Distribuição absoluta e relativa da amostra referente à EAVDPP em relação ao domínio “empatia/relação”

Domínio “Empatia/Relação”	Sempre		Às vezes		Nunca	
	n	fi (%)	n	fi (%)	n	fi (%)
<b>Pergunta 18</b> – “Fui incentivada a expressar os meus sentimentos e dúvidas”	20	58,82	12	35,30	2	5,88
<b>Pergunta 19</b> – “Foi-me prestado apoio no banho ao bebé”	10	29,41	14	41,18	10	29,41
<b>Pergunta 21</b> – “Fui esclarecida sobre o tratamento do eritema da fralda”	20	58,82	8	23,53	6	17,64
<b>Pergunta 23</b> – “Fui esclarecida sobre a icterícia fisiológica do bebé”	20	58,82	6	17,64	8	23,53
<b>Pergunta 25</b> – “Foi solicitada a presença de outros elementos da minha família durante a visita”	12	35,40	12	35,30	10	29,41
<b>Pergunta 26</b> – “A data e o horário da visita foram de acordo com a minha disponibilidade”	26	76,47	6	17,64	2	5,88
<b>Pergunta 27</b> – “A minha privacidade foi sempre respeitada”	28	82,35	6	17,64	0	0
<b>Pergunta 28</b> – “A abordagem no domicílio foi feita de forma agradável”	26	76,47	8	23,53	0	0
<b>Total/Média</b>	20,25	59,57	9	26,47	4,75	13,97

O domínio “empatia/relação” diz respeito ao relacionamento baseado no respeito e compreensão. Como se observa na tabela 4, 59,57% das inquiridas consideraram o

domínio empatia/relação como bom, 26,47% considera esta ser razoável e 13,97% consideram-na má.

Para Pereira M. e Gradim C. (2014, p. 35) a visita domiciliária proporciona:

um momento rico, no qual se estabelece o movimento das relações, ou seja, a escuta qualificada, o vínculo e o acolhimento, fato que favorece ao indivíduo, à família e à comunidade tornarem-se independentes na sua própria produção de saúde.

Almeida E., Duarte P. e Nelas J. (2011, p. 84), refere que na prestação de cuidados de enfermagem à puérpera/família, “o respeito pelas capacidades, crenças e valores e a empatia nas interações estabelecidas constituem elementos importantes para que a visita domiciliária seja bem sucedida.”

Tabela 5 - Distribuição absoluta e relativa da amostra referente à EAVDPP em relação ao domínio “informação”

Domínio “Informação”	Sempre		Às vezes		Nunca	
	n	fi (%)	n	fi (%)	n	fi (%)
<b>Pergunta 1</b> - “Foi-me explicada a razão da visita domiciliária”	28	82,35	6	17,64	0	0
<b>Pergunta 2</b> - “Fui informada dos meus direitos sociais”	24	70,59	8	23,53	2	5,88
<b>Pergunta 3</b> - “Fui informada dos recursos disponíveis na comunidade”	24	70,59	8	23,53	2	5,88
<b>Pergunta 4</b> - “Fui elucidada sobre os métodos contraceptivos que podem ser utilizados no pós-parto”	28	82,35	6	17,64	0	0
<b>Pergunta 5</b> - “Foi-me explicado as alterações que ocorrem no puerpério”	26	76,47	8	23,53	0	0
<b>Total/Média</b>	26	76,47	7,2	21,17	2	5,88

Como se verifica na tabela 5, a maioria das mulheres (76,47%), atribuíram pontuação máxima quanto à qualidade das informações fornecidas pelo enfermeiro, 21,17% atribuíram pontuação razoável, e 5,88% atribuíram a pontuação de insuficiente.

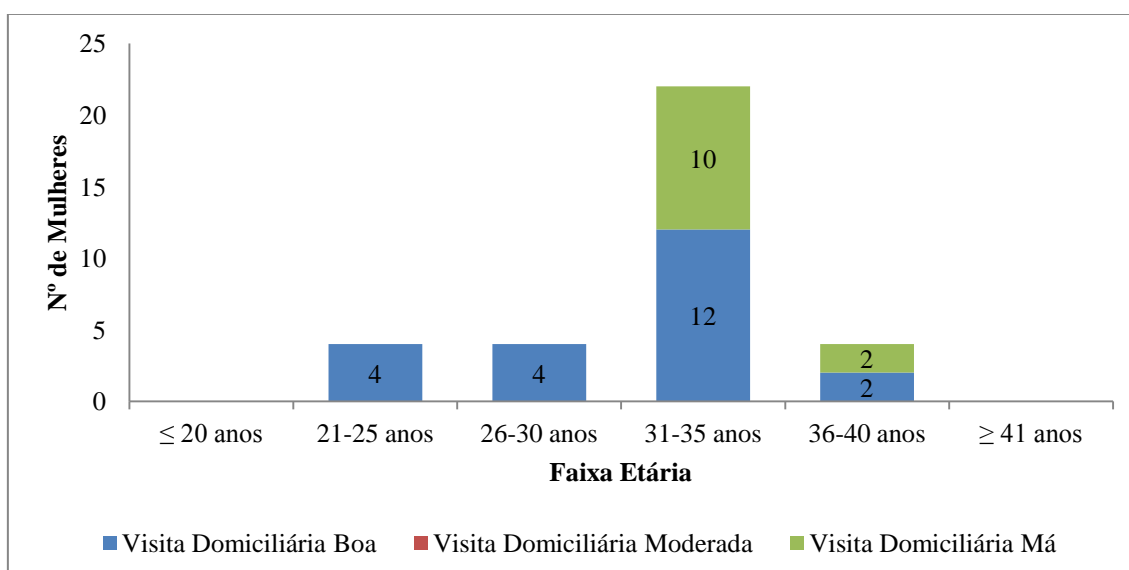
Segundo um estudo realizado por Viana J. C. *et alii* (2010), a maioria das puérperas questionadas (95,8%) referiram que foram bem esclarecidas quando da visita domiciliária.

Pereira M. e Gradim C. (2014, p. 40), refere no seu estudo que “verificou-se que a satisfação das puérperas em relação ao atendimento de consulta puerperal foi maior quando ocorreu no domicílio” (...) além disso, “sentiram-se valorizadas e consideraram importantes as informações fornecidas.”

Como observado na tabela acima, as mulheres inquiridas apontam como pontos menos abordados a informação sobre os recursos existentes na comunidade, nomeadamente os direitos sociais. Terra D. e Okasaki E. (2006), referem que compete à enfermeira responsável pela assistência durante o puerpério informar sobre os recursos que a comunidade dispõe para assistir os pais.

Relativamente à questão de investigação “A idade interfere na perceção das mulheres, em relação à visita domiciliária de enfermagem no puerpério?”, as inquiridas distribuem-se da seguinte forma:

Gráfico 12 - Relação entre a idade e a avaliação global da visita domiciliária no puerpério



Como é possível verificar no gráfico 12, quase metade das mulheres com idades compreendidas entre os 31-35 anos classificam a visita domiciliária como má, e pelo contrário as mulheres que se enquadram na faixa etária dos 21-25 anos e 26-30 anos classificam a visita domiciliária como boa. As mulheres que se encaixam na faixa etária dos 36-40 anos, metade consideraram a visita domiciliária boa e a outra metade considerou-a má. Perante o valor de  $p < 0,05$  podemos afirmar que estas diferenças são estatisticamente significativas.

A idade média da mãe aquando do nascimento de um filho tem vindo a aumentar ao longo do tempo sendo que, em 2002, era de 29 anos e em 2008, de 30,3 anos (INE, 2008). Esta tendência vai de encontro a amostra em estudo, visto que a maioria das puérperas tem entre 31 e 35 anos.

Lowdermilk D. e Perry S. (2008, p. 535) refere que “a maneira de reagir ao nascimento do seu filho é influenciada por vários fatores, entre eles, a idade (...)”.

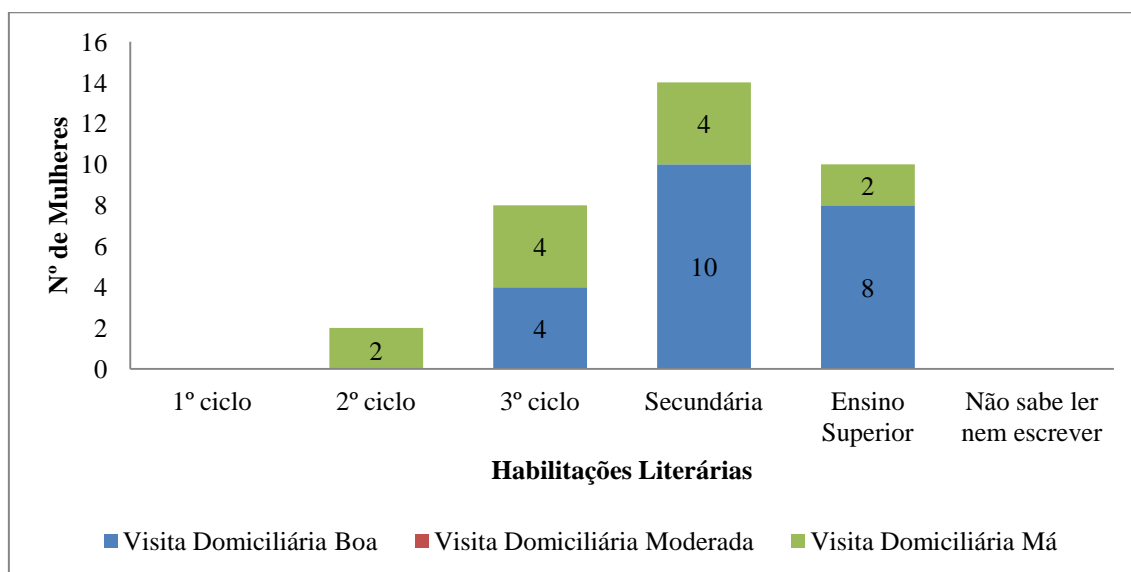
Para Figueiredo (2004), as mães adolescentes estabelecem menos interação do que as mães adultas. As dificuldades das puérperas com menos idade estão relacionadas com a adaptação às tarefas desenvolvimentais referentes à maternidade, estabelecendo-se desde a gravidez e tornando-se mais consistente no pós-parto.

Segundo Martins C. (2012, p. 49), as mulheres com “mais de 35 anos têm, muitas vezes, escolhas mais claras, definidas e maduras face à gravidez e aos cuidados a prestar ao seu filho.”

De encontro com isto, as mulheres que se encontram na faixa etária dos 31 aos 35 anos, tendem a considerar a visita domiciliária no puerpério com uma classificação inferior em comparação com as puérperas mais jovens, isto porque estas são mais exigentes quanto à qualidade das informações e ensinamentos fornecidos.

Relativamente à questão de investigação “As habilitações literárias interferem na perceção das mulheres, em relação à visita domiciliária de enfermagem no puerpério?”, as inquiridas distribuem-se da seguinte forma:

Gráfico 13 - Relação entre as habilitações literárias e a avaliação global da visita domiciliária no puerpério



Conforme é observado no gráfico 13, as mulheres que frequentaram o ensino superior classificam com maior percentagem a visita domiciliária como boa, inversamente as mulheres que classificam maioritariamente a visita domiciliária como má concluíram o 2º CEB. As mulheres que obtiveram o 12º ano classificaram também na sua maioria a visita domiciliária como boa, e metade das mulheres que concluíram o 3º CEB classificaram a visita domiciliária como boa e a outra metade como má. Estas diferenças não são estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ).

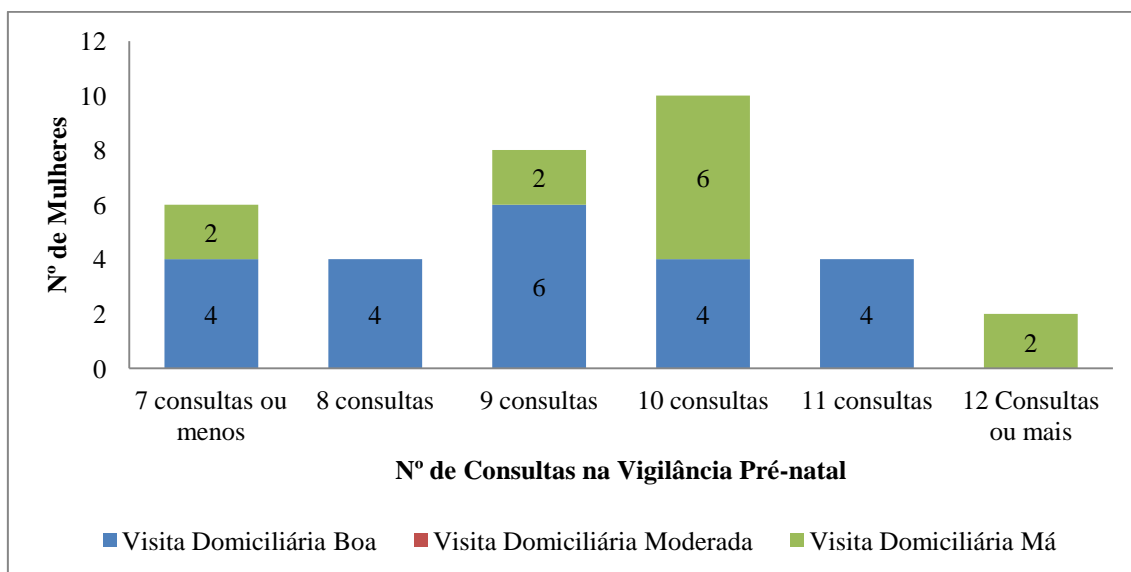
Segundo os dados do INE (2011) o número de mulheres com um curso superior aumentou consideravelmente em 10 anos, em 2001 o número de mulheres detentoras de um curso superior era de 390977, já em 2011 era de 764469.

Comparativamente com o estudo realizado, estudos levados a cabo por Kitzinger (1978, *cit in Santos T., 2011*), revelaram que as mulheres com menos habilitações literárias

eram as que maioritariamente referiam não ter problemas para lidar com as exigências do período pós-parto. De acordo com a mesma autora, as mulheres que frequentaram o secundário, mostram-se mais impotentes para tornar os filhos felizes e obedientes. Por outro lado, as mulheres com cursos superiores preocupavam-se mais com o facto de serem ou não boas mães, não se preocupando com as rotinas diárias e os aspetos práticos, sentindo-se capaz de lidar com os problemas de disciplina mas preocupadas em desenvolver plenamente as aptidões da criança.

Relativamente à questão de investigação “A vigilância pré-natal interfere na perceção das mulheres, em relação à visita domiciliária de enfermagem no puerpério?”, as inquiridas distribuem-se da seguinte forma:

Gráfico 14 - Relação entre o número de consultas na vigilância pré-natal e a avaliação global da visita domiciliária no puerpério



Com base nos resultados do gráfico 14, as mulheres que avaliam a visita domiciliária como sendo boa tendem a ter realizado menos consultas de vigilância pré-natal, enquanto que se verifica uma tendência para a avaliação da visita domiciliária como má quantas maior é o número de consultas de vigilância pré-natal. Diferenças não são estatisticamente significativas sendo o valor de  $p > 0,05$ .

No entanto e considerando a maternidade/paternidade como uma das crises maturacionais da vida adulta, o período pré-natal deve incorporar a preparação física e psicológica dos pais para a mesma. Assim sendo, este é um período de intensa aprendizagem para os pais. O período pré-natal proporciona uma oportunidade única para as enfermeiras e para os outros profissionais da equipa influenciarem a saúde da família.” (Lowdermilk D. e Perry S., 2008)

Segundo as Orientações Técnicas da DGS (1993), a vigilância pré-natal, deve incluir num mínimo seis consultas. A vigilância regular da gravidez, oferece a oportunidade de assegurar a saúde da futura mãe e do seu bebé e permite o diagnóstico e o tratamento de distúrbios maternos que podem ser pré-existentes ou desenvolver-se durante a gestação. (Lowdermilk D. e Perry S., 2008)

Assim, pode concluir-se que o facto de todas as participantes terem vigiado a sua gravidez, constitui um dado extremamente relevante, o que mostra que se preocupam com o seu bem-estar e do embrião/feto, para além de ter sido uma oportunidade de terem desenvolvido competências para cuidar do recém-nascido, tanto mais que 100% (34) efetuaram esta vigilância na USF Lethes.

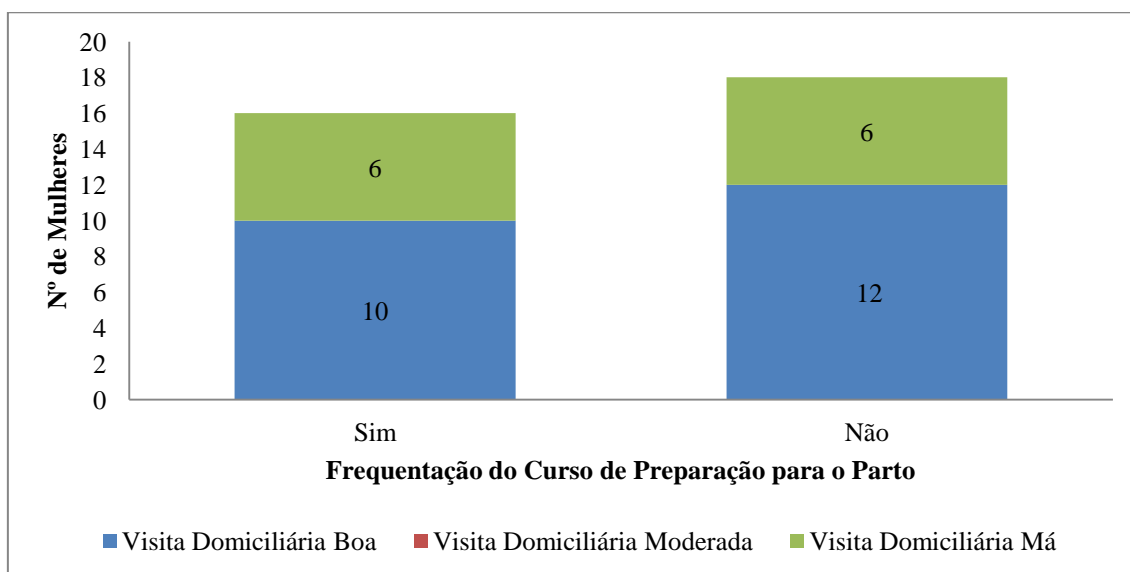
Segundo o estudo realizado por Castro M., Moura M. e Silva L. (2010), a maioria das participantes da sua pesquisa (23 das 33), demonstraram-se satisfeitas com a contribuição da assistência pré-natal para o parto e pós-parto.

No estudo efetuado por Terra D. e Okasaki E. (2006), as mães que receberam maior orientação no período pré-natal apresentaram menos dificuldades no seu autocuidado e nos cuidados ao recém-nascido, que as mães que tiveram orientações em menos momentos.

Porém, não foi observada conexão entre a avaliação da visita domiciliária no puerpério e o nº de consultas pré-natais

Relativamente à questão de investigação “O curso de preparação para o parto interfere na perceção das mulheres, em relação à visita domiciliária de enfermagem no puerpério?”, as inquiridas distribuem-se da seguinte forma:

Gráfico 15 - Relação entre a frequência do curso de preparação para o parto/parentalidade e a avaliação global da visita domiciliária no puerpério



De acordo com o gráfico 15, é possível observar que as mulheres que classificaram maioritariamente a visita domiciliária como boa frequentaram o curso de preparação para o parto/parentalidade. Estas diferenças para a amostra em estudo são estatisticamente significativas uma vez que o valor de  $p < 0,05$ .

Como referido anteriormente 16 das puérperas (47%) frequentou o curso de preparação para o parto/parentalidade e 18 das puérperas (53%) não frequentaram. É possível observar através do quadro acima, que a maioria das mulheres que não frequentaram o curso avaliaram a visita domiciliária como boa, este resultado prende-se devido ao facto de estas não terem tido um tão grande contacto com momentos educativos, pelo que a visita domiciliária para elas mostrou-se ser de grande importância para a adaptação e transição para a parentalidade.

Couto G. (2006, p. 195) refere que:

a participação num reduzido numero de sessões de preparação para o parto/parentalidade poderá influenciar negativamente a aprendizagem e a assimilação de diferentes conhecimentos e técnicas, e portanto, a criação de reflexos condicionados que estão relacionados com repetições sucessivas.

Verifica-se desta forma que a maioria das puérperas integraram a amostra deste estudo, não frequentaram cursos de preparação para o parto/parentalidade, o que poderá de alguma forma ter implicações na falta de conhecimentos relativamente aos cuidados ao recém-nascido, pois a realização de cursos de preparação para o parto/parentalidade pode influenciar os conhecimentos das puérperas relativamente ao autocuidado e aos cuidados ao recém-nascido e assim considerarem relevantes a visita domiciliária durante o puerpério.

#### IV. CONCLUSÃO

Ao concluir este trabalho de investigação pode-se assegurar que este demonstrou-se ser uma grande fonte de aprendizagem em todas as fases que o constituem.

Relativamente ao tema deste trabalho “Visita Domiciliária de Enfermagem no Puerpério”, esta é considerada pela maioria dos autores como um instrumento indispensável para a avaliação da puérpera e da família nesta nova fase do ciclo vital. O puerpério é um momento cheio de peculiaridades e de vulnerabilidades na vida da mulher, pelo que é necessário que os profissionais de saúde a orientam quanto às mudanças que este período impõe.

O investigador considerou o tema abordado pertinente, pois este tem uma importância relevante para a boa prática da enfermagem, principalmente e novel da saúde comunitária, mais propriamente na saúde materna e infantil.

A elaboração deste trabalho de investigação, permitiu colocar em prática os conhecimentos adquiridos acerca da elaboração de trabalhos científicos, e também aprofundar os conhecimentos teóricos através da realização da revisão bibliográfica.

Quanto aos objetivos deste trabalho, estes vieram dar respostas às questões de investigação, e consideram-se que foram atingidos ao obtermos resultados que nos esclarecem quanto à perceção das mulheres quanto à visita domiciliária de enfermagem no puerpério.

Assim apuramos através dos dados obtidos através da EAVDPP, que a maioria das mulheres (65%) atribuem uma boa classificação à visita domiciliária de enfermagem no puerpério em geral, e que estas afirmam que esta carece de uma grande importância para a adaptação a esta fase. O domínio com menor pontuação foi o domínio “empatia/relação”, sendo que 59,57% das inquiridas atribuíram a classificação de bom. O domínio “informação” foi o classificado com maior pontuação, sendo que 76,47% das inquiridas atribuíram a classificação de bom ao domínio. Porém existe ainda uma

grande percentagem de puérperas que a considera a visita domiciliária de enfermagem no puerpério de insuficiente (35%) e considera que é necessário melhorar alguns domínios, nomeadamente os ensinamentos realizados aquando da visita domiciliária.

Face à pertinência desta temática e devido à escassez de instrumentos válidos e específicos a nível deste âmbito, considera-se que o presente estudo possa auxiliar novas investigações.

Visto os resultados deste estudo serem pertinentes para a prática de bons cuidados de enfermagem, demonstra-se ser pertinente a comunicação dos mesmos aos enfermeiros da USF onde o estudo se realizou, de forma a sensibiliza-los à necessidade de adotar estratégias com vista a melhorar as visitas domiciliárias.

No que diz respeito às limitações do estudo, refere-se que a amostra não é representativa da população. Este facto deve-se dos limites temporais impostos para a realização do trabalho de investigação., visto que este é realizado no âmbito de uma licenciatura. Assim sendo, propõe-se que posteriormente se desenvolva o mesmo tema optando por uma amostra mais alargada relativamente à população e alarga-la às outras USF's existentes em Ponte de Lima.

## BIBLIOGRAFIA

Administração Central do Sistema de Saúde. (2010). *Análise da atividade realizada em 2010 - Unidades de Saúde Familiar*. Porto. Administração Central do Sistema de Saúde.

Administração Regional de Saúde do Norte. (2012). *Avaliação da Atividade Contratualizada em Cuidados de Saúde Primários*. Porto. Administração Regional de Saúde do Norte.

Almeida E., Duarte P. e Nelas J. (2011). *Visita Domiciliária no Pós-Parto*. Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu

Almeida E., Duarte P. e Nelas J. (2011). Visita Domiciliária no Pós-Parto. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. (Nº12) [pp. 34-38]

Amorim, Sónia. (2010) *Tristeza pós-parto – importância do diagnóstico precoce*. Ponte de Lima. Universidade Fernando Pessoa.

Branden Pennie. (2000). *Enfermagem Materno-infantil*. Rio de Janeiro. Reichmann & Affonso Editores

Cabral F. e Oliveira D. (2010). Vulnerabilidade de puérperas na visão de Equipes de Saúde da Família: ênfase em aspectos geracionais e adolescência. *Revista Escola Enfermagem USP*. (Nº 44) [pp. 368-375]

Camacho, R. (2006). Transtornos Psiquiátricos na Gestação e no Puerpério: Classificação, Diagnóstico e Tratamento. *Revista Psiquiatria Clínica* (Nº33) [pp. 92-102]

Canavarro, M. (2001). *Psicologia da gravidez e na maternidade*. Coimbra. Quarteto Editora.

Carvalho G. (2007). *Enfermagem em obstetrícia*. São Paulo. Editora Pedagógica e Universitária LTDA.

Castro M., Moura M. e Silva L. (2010). Qualidade da Assistência Pré-natal: uma perspetiva das puérperas egressas. *Revista Rene*. (Vol. 11) [pp. 72-81]

CIPE Versão 2. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Santa Maria da Feira. Ordem dos Enfermeiros

Coutinho S. B., Lima M. C. e Lira P. (2005). Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding. *Lancet*. (Vol. 366/Setembro) [pp. 1094 - 1100]

Couto G. (2006). Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto. *Revista Latino - Americana de Enfermagem*. (Vol. 14) [pp. 190-198]

Direção Geral de Saúde (1993). *Vigilância Pré-natal e Revisão do Puerpério*. Lisboa. Direção Geral de Saúde.

Direção geral de Saúde. (2005). *Saúde Infantil e Juvenil, Programa-tipo de atuação*. Lisboa. DGS. Disponível em <<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008188.pdf>> [Consulta a: 23/05/2014]

Figueiredo, B. (2004). Psicopatologia da Maternidade e Paternidade. *Revista do Centro de Estudos Populações e Sociedade*. (Nº11 ) [pp. 79-98]

Fortin M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures. Lusodidacta

Gonçalves, Joana. (2008) *Depressão pós-parto da mãe e retraimento social do bebé*. Braga. Universidade do Minho

Hanson Shirley. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde á família*. USA. Lusociência

Hawkins J. (2010). Broadening Understanding of the Long-term Effects of Risk and Protection-Focused Prevention on the Public Health – Lessons from Nurse-Family Partnerships. *Formerly Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* (Nº164) [pp. 92-94]

Hill M. e Hill A. (2012). *Investigação por questionário*. Lisboa. Sílabo

Hulley S. *et alli*. (2008). *Delineando a Pesquisa Clínica, uma abordagem epidemiológica*. Porto Alegre. Artmed

Instituto Nacional de Estatística (2008). *Estatísticas Demográficas*. Lisboa. Instituto Nacional de Estatística.

Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos 2011 - Resultados Provisórios*. Lisboa. Instituto Nacional de Estatística.

Lancaster e Stanhope. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública*. Loures. Lusociência

Leifer, Gloria. (2013) *Enfermagem obstétrica*. Rio de Janeiro. Elsevier Editora.

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

Limão A. e Bonito S. (2009). *Puérpera Primípara nas 48 horas Pós-parto: Dificuldades nos Cuidados ao Recém-nascido*. Barcarena. Universidade Atlântica.

Lowdermilk D. e Perry S. (2008). *Enfermagem na maternidade*. USA. Lusodidacta

Manual de estilo. Disponível em: <<http://www.ufp.pt/docs/Manual-Estilo-Elabora%C3%A7%C3%A3o-trabalhos-cient%C3%ADficos.pdf>>. [Consultado em 07/04/2014]

Marconi e Lakatos. (2007) *Técnicas de pesquisa*. São Paulo. Editora Atlas S.A.

Marconi e Lakatos. (2008) *Metodologia científica*. São Paulo. Editora Atlas S.A.

Martins C. (2012). *Impacto da Idade Materna na Relação que a Mãe estabelece com o seu Bebê*. Lisboa. Universidade de Lisboa.

Mendes A. (2012). *A Visita Domiciliária no Puerpério e as Dificuldades da Puérpera*. Castelo Branco. Instituto Superior de Castelo Branco.

Morais F., Oliveira L. e Oliveira M. (2009) *Visita puerperal: Valorizando as experiências concretas*. Brasil. 2º Seminário Nacional de Diretrizes para Enfermagem na Atenção Básica em Saúde.

Neves A. (2013). *Visitação Domiciliária no Pós-Parto: Expectativas e necessidades de ambos os pais na transição para a parentalidade*. Coimbra. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Oliveira J., Quirino G. e Paiva D. (2012). Perceção das Puérperas quanto aos Cuidados Prestados pela Equipe de Saúde no Puerpério. *Revista da Rede de Enfermagem Nordeste*. (Vol. 13) [pp. 74-84]

Ordem dos enfermeiros. (2011). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa. Ordem dos enfermeiros.

Ordem dos enfermeiros. (2013). *Quinze Propostas para Melhorar a Eficiência no Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa. Ordem dos enfermeiros.

Organização Mundial da Saúde. (2005). *Relatório Mundial da Saúde 2005 - para que todas as mães contam*. Disponível em <[http://www.who.int/whr/2005/media\\_centre/overview\\_pt.pdf](http://www.who.int/whr/2005/media_centre/overview_pt.pdf)> [Consulta a: 22/05/2014]

Pereira M. e Gradim C. (2014). Consulta Puerperal: A Visão do Enfermeiro e da Puérpera. *Ciência Cuidado Saúde*. (13/Jan/Mar) [pp. 35-42]

Polit, D. *et alii*. (2007). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre. Artmed

Quivy e Campenhoudt. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa. Gradiva

Ribeiro J. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto. Legis Editora

Rice Robin. (2004). *Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários*. Loures. Lusociência

Rodrigues T. *et alii* (2011). A visita domiciliar do enfermeiro à puérpera e ao recém-nascido. *Revista Interdisciplinar NOVAFAP*. (Vol. 4/Abr/Mai/Jun) [pp.21-26]

Santos T. (2011). *Preocupações Maternas no Pós-parto: Estudo em puérperas às três semanas após a alta da maternidade*. Coimbra. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Saraiva, E. e Coutinho, M. (2008). O sofrimento psíquico no puerpério: um estudo psicossociológico. *Revista mal-estar e subjetividade*. (Volume VIII/Nº 002/Junho) [pp. 508-509]

Silva E. e Botti N. (2005). Depressão puerperal: uma revisão da literatura. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. (Vol. 7) [pp. 231 - 238]

Silva, A. G. *et alii*. (2012). Saúde Mental da Mulher: transtornos psiquiátricos relacionados ao ciclo reprodutivo. *Revista Debates em Psiquiatria*. (Nº 6 Nov/Dez 2012)

Sousa, V. (2008). *A depressão no ciclo gravídico - Puerperal de mulheres atendidas em um ambulatório de Hospital Geral*. Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

Terra D. e Okasaki E. (2006) Compreensão de puérperas primíparas sobre os cuidados domiciliares com o recém-nascido. *Revista Enfermagem UNISA*. (Nº7) [pp. 15-20]

Viana J. C. *et alii* (2010). *Percepção das Puérperas em Relação à Assisistência de Enfermagem do Programa Saúde da Família*. XIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IX Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba

Wright L. e Leahey M. (2009). *Enfermeiras e Famílias - Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família*. São Paulo. Roca

ANEXOS

Anexo I: Autorização de aplicação do instrumento de colheita de dados na USF Lethes



Exma. Sr.ª

Marisa Fernandes Claro

Em resposta ao pedido colaboração no trabalho de investigação "Visita Domiciliária de Enfermagem no Puerpério" solicitada a esta Unidade de saúde Familiar – USF LETHES, aprez-me dar resposta positiva a esse pedido, esperando que o nosso contributo seja útil.

Ficamos a aguardar a conclusão desse trabalho

Atenciosamente

A coordenadora,

  
Med. Geral e Familiar  
209 280  
(Maria Cecília Abreu)

Anexo II: Instrumento de Colheita de Dados

## QUESTIONÁRIO

A Marisa Fernandes Claro, a frequentar o 4º ano da Licenciatura de Enfermagem, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, encontra-se a realizar uma investigação, intitulada “Visita Domiciliária de Enfermagem no Puerpério.”

Esta investigação tem como principal objetivo: “Avaliar a Perceção das Mulheres quanto á Visita Domiciliária de Enfermagem no Puerpério.”

Neste sentido, vem solicitar a sua participação no preenchimento deste questionário.

O tratamento de dados é anónimo e confidencial, pelo que não deverá escrever o seu nome em nenhuma parte do questionário.

O questionário é constituído por 2 grupos de questões de resposta fechada.

Para o preenchimento deste questionário apenas deverá assinalar com uma cruz (X), conforme a resposta desejada.

O preenchimento deste questionário demora em média 10 minutos.

Antecipadamente se agradece a sua preciosa colaboração.

Obrigada pela sua colaboração.

A Aluna:

---

(Marisa Fernandes Claro)

## Grupo I – Caracterização da Amostra

### Caracterização Demográfica

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Estado Civil:

Solteira

União de facto

Casada

Divorciada

Viúva

Outro. Qual? \_\_\_\_\_

Nacionalidade Portuguesa: Sim  Não

Habilitações Literárias:

1º Ciclo (até ao 4ºano)

Secundária (até ao 12ºano)

2º Ciclo (até ao 6ºano)

Ensino Superior

3º Ciclo (até ao 9ºano)

Não sabe ler nem escrever

Situação Profissional:

Empregada a tempo inteiro

Empregada a tempo parcial

Qual a profissão? \_\_\_\_\_

Desempregada

Em formação

Qual formação? \_\_\_\_\_

História da Gravidez

Número de Gravidezes Anteriores: \_\_\_\_\_

Número de Partos Anteriores: \_\_\_\_\_

Efetuiu a Vigilância da Gravidez: Sim  Não

Se sim, quantas consultas efetuou: \_\_\_\_\_

Frequentou o Curso de Preparação para o Parto/Parentalidade: Sim  Não

Se sim, onde? \_\_\_\_\_

## Grupo II - Escala de Avaliação da Visita Domiciliária no Pós-Parto (EAVDPP)

As afirmações que se seguem dizem respeito à visita domiciliária que lhe foi efetuada após o parto pela Enfermeira de Família.

Por favor, assinale com uma cruz a quadrícula correspondente.

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

Adaptado de Almeida E., Duarte P. e Nelas J. (2011). *“Visita Domiciliária no Pós-Parto”*, Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu