



Escola de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Psicologia Social e das Organizações

Percepções de Mães Primíparas Sobre a Visita Domiciliária do Enfermeiro na Adaptação à Maternidade: Um estudo Qualitativo

Natália Alves Rodrigues

Trabalho de projecto submetido como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia Comunitária e Protecção de Menores

Orientador:

Doutora Joana Dias Alexandre, Professora Auxiliar,
ISCTE-IUL

Outubro, 2011

Agradecimentos

Este é o desafio final deste longo percurso cheio de dificuldades e muitas satisfações. Chegada aqui, sinto ter valido o esforço de todos os que me acompanharam e me ajudaram a trilhar este percurso, dando-me alento e força nos momentos mais frágeis e partilhando comigo os momentos de maior alegria.

Quero deixar aqui, o reconhecimento e o agradecimento a todos os que participaram nesta construção, por vezes com palavras, gestos, silêncios, amor e muita paciência.

Agradeço à Doutora Joana Dias Alexandre, pelo seu conhecimento, competência, disponibilidade e amizade, com que orientou a respectiva dissertação. Foi fundamental o seu reforço, a sua persistência, as suas críticas, correcções, reflexões e o seu apoio na construção deste estudo tornando-o ainda mais rico e interessante.

Um obrigado à equipa de enfermeiras da Unidade de Saúde Familiar Andreas, pela colaboração preciosa, no processo de selecção das participantes, e pelo excelente trabalho que desenvolvem na área da saúde materna.

Um grandioso agradecimento às mães que participaram neste estudo abrindo-me as portas das suas casas e das suas novas vidas como mães. Obrigado, pelas deliciosas e ricas experiências que partilharam comigo de forma tão espontânea e verdadeira, num ambiente sempre tão acolhedor. Contribuíram decisivamente para o crescimento dos meus conhecimentos.

À minha família, especialmente à Bárbara ao Duarte e ao Renato que souberam esperar nas minhas ausências, que neste ano tão sobrecarregado, conseguiram dar-me o amor e a tranquilidade que precisei para tornar tudo mais fácil. Às minhas irmãs, que são uma referência, especialmente à Manuela, que me mostrou que viver é nunca desistir de nada. Aos meus pais, que sempre me ensinaram que é com o conhecimento que crescemos. A todos os meus amigos, pela presença, boa disposição e amizade.

Obrigado a todos, sem vós não teria sido possível!

Resumo

O nascimento de um filho implica um processo de adaptação à maternidade. A fase do puerpério é uma fase particularmente crítica dado que implica um conjunto de mudanças significativas nas mães, nomeadamente a nível físico e emocional. A visita domiciliária realizada por um enfermeiro não é ainda uma prática sistemática no nosso país, mas vários estudos têm evidenciado que o mesmo tem um papel fundamental ao nível do desenvolvimento de competências parentais nos cuidados às crianças e com importantes implicações a longo prazo. É neste sentido que o objectivo do presente estudo consistiu não só em explorar a experiência vivida pelas mães após o nascimento do bebé (e.g. mudanças sentidas), mas também em explorar o modo como estas percebem a visita domiciliária e particularmente o papel do enfermeiro na fase do puerpério. Para responder a estes objectivos foram conduzidas dez entrevistas individuais com mães primíparas, na fase do puerpério, e que tiveram a visita domiciliária do enfermeiro na primeira semana de vida do bebé. De uma maneira geral, os resultados indicam que as mães revelam como principais mudanças as físicas. Todas as mães entrevistadas expressaram uma atitude positiva face à visita domiciliária. Os resultados do presente estudo puseram, igualmente, em evidência o papel do enfermeiro enquanto fonte de suporte social formal pelas actividades que desenvolve na visita domiciliária (e.g. prestação de cuidados de saúde), e neste sentido como fonte de informação relevante sobre a prestação de cuidados ao bebé, e ainda, no bem-estar geral da mãe. Os resultados serão discutidos à luz das abordagens existentes sobre esta temática.

Palavras-chave: maternidade, puerpério, suporte social, visita domiciliária

PsycINFO Classification Categories and Codes da Associação Americana de Psicologia:

3373 Community & Social Services

3365 Promotion & Maintenance of Health & Wellness

Abstract

Childbirth implies an adaptation process particularly for mothers with a set of important changes (physical and emotional). Nurse home visiting is not yet a systematic service in Portugal, but several studies showed its role in the development of parental skills for childcare and with important long-term consequences. In this sense, the aim of the current study was to explore the subjective experience of mothers after childbirth (e.g., perception of changes), and to explore how they perceive nurse home visiting and particularly the role of the nurse during puerperium. In order to achieve these goals ten individual interviews were conducted. Overall, results showed that mothers perceived physical changes in particular. Also, all mothers showed a positive attitude towards home visiting. The nurse was perceived as an important resource of formal social support due to his/her role in the activities that he/she conducted during home visiting, and in this sense, as an important source of information related to childcare issues. Perception of social support is also related with his/her role for mother's well-being. Results will be discussed in accordance with the literature related to this issue.

Índice

Introdução	1
Capítulo 1 – Enquadramento Teórico	3
Da Gravidez à Maternidade	3
A transição para a maternidade: principais processos e mudanças	4
A adaptação à maternidade e a fase do puerpério	6
Maternidade e Suporte Social	8
Definições, componentes e tipos de suporte social	8
Os enfermeiros como suporte social na maternidade	11
A Visita Domiciliária: Contributos	13
Objectivos	17
Capítulo 2 – Metodologia	19
Metodologia e Instrumento	19
Participantes	20
Procedimento	20
Análise de Dados	22
Capítulo 3 – Resultados	25
Adaptação à Maternidade	25
Figura do Enfermeiro	31
Visita Domiciliária	38
Capítulo 4 – Discussão	41
Capítulo 5 – Conclusões	43
Referências	45
Anexos	49
Anexo A – Protocolo de visita domiciliária	50
Anexo B – Pedido de autorização para realização do estudo	52
Anexo C – Consentimento informado para colaboração no estudo	54
Anexo D – Dicionário de categorias	55

Índice de Quadros

Quadro 1 - <i>Estrutura do guião da entrevista</i>	20
Quadro 2	26
<i>Sub-categorias englobadas na categoria mudanças com o nascimento do bebé, com o número de unidades de registo (UR) e número de participantes (N) por subcategoria</i>	
Quadro 3	29
<i>Subcategorias englobadas na categoria suporte informal percebido, com o número de unidades de registo (UR) e número de participantes (N) por subcategoria</i>	
Quadro 4	30
<i>Categorias associadas à categoria suporte formal percebido distribuídas pelo número de entrevistas (N)</i>	
Quadro 5	33
<i>Subcategorias englobadas na categoria Actividades desenvolvidas pelo enfermeiro na visita domiciliária, com o número de unidades de registo (UR) e número de participantes (N) por subcategoria</i>	
Quadro 6	35
<i>Subcategorias englobadas na categoria Contributo do enfermeiro na prestação de cuidados maternos, com o número de unidades de registo (UR) e número de participantes (N) por subcategoria</i>	
Quadro 7	37
<i>Subcategorias englobadas na categoria Contributo do enfermeiro no bem-estar, com o número de unidades de registo (UR) e número de participantes (N) por subcategoria</i>	
Quadro 8	40
<i>Co-ocorrências da categoria Atitude face à visita domiciliária</i>	

Glossário de Siglas

CS – Centro de Saúde

CSP- Cuidados de Saúde Primários

PNS – Plano Nacional de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

Introdução

O papel que o enfermeiro tem no processo de adaptação à maternidade parece ser cada vez mais reconhecido (e.g. Ball, 1994; Olds, Robinson, Luckey, & Holmberg, 2004; US Department of Health and Human Services, 2011). Na verdade, o nascimento de um filho requer o desenvolvimento de competências e capacidades específicas por parte dos pais, para poderem dar resposta às necessidades essenciais do bebé, nomeadamente, não só as relativas à prestação de cuidados (e.g. alimentação, higiene e conforto e gestão do repouso e sono do bebé), mas também as necessidades que se prendem com a estimulação cognitiva e sócio-afectiva (e.g. Olds et al., 2004). É neste processo de aprendizagem e de adaptação dos pais, que alguns estudos evidenciam que o enfermeiro pode assumir um importante papel, estimulando nestes, práticas e atitudes positivas que promovam o bem-estar do bebé e o seu próprio bem-estar (físico e emocional). O enfermeiro, no âmbito das suas actividades na área da saúde materna, acompanha os pais ao longo da gravidez e do nascimento do bebé, tornando-se um suporte formal que transmite informação, aconselha, apoia e promove o desenvolvimento de novas competências assim como ajuda os pais a melhor utilizarem os seus recursos (e.g. Council on Child and Adolescent Health, 1998).

Apesar da sua pertinência, em Portugal esta questão não tem sido alvo de investigação sistemática, uma vez que, pelo que conhecemos, não existem publicações a este respeito.

Face ao exposto, o principal objectivo deste trabalho centra-se na compreensão sobre o contributo que os enfermeiros podem dar no processo de adaptação à maternidade, a partir das percepções de mães primíparas¹.

Em termos da estrutura deste trabalho apresentaremos, em primeiro lugar, uma revisão da literatura que, e tendo em conta, os objectivos do presente estudo, se debruçará sobre o processo de adaptação à maternidade², bem como em algumas variáveis importantes no decorrer deste processo, nomeadamente o papel do suporte social (formal e informal); por último concluiremos o enquadramento teórico com a revisão da literatura acerca da visita domiciliária e o papel do enfermeiro na mesma.

Seguidamente, será apresentada a parte empírica do trabalho, descrevendo-se toda a metodologia. De seguida serão apresentados os resultados e será feita a sua discussão. Após a

¹ Mães que tiveram o primeiro filho.

² Uma vez que nos focamos em mães primíparas, no presente trabalho optámos por falar em *Maternidade*, como um conceito intrinsecamente relacionado ao de parentalidade, mas focalizado, essencialmente, nas vivências das mães.

discussão dos resultados serão apresentadas as principais conclusões, limitações e sugestões para futuras pesquisas nesta área.

Capítulo 1 – Enquadramento Teórico

A parentalidade pode ser definida como um processo, que conduz os indivíduos (i.e. ambos os pais), a tornarem-se pais (e.g. Houzel, 1997, citado por Algarvio & Leal, 2007). A parentalidade pode ser também definida, de acordo com Dayan (1999, citado por Bayle, 2006) como o processo que vai levar ao estado (do latim parentale) dos pais que, numa perspectiva antropológica, corresponde aos laços de aliança, filiação e de consanguinidade que organizam a estrutura familiar e por extensão a estrutura social.

Outros autores, Levitt, Weber e Clark, (1986, citados por Canavarro & Pedrosa, 2005) salientam que o conceito de parentalidade deve ser visto de forma mais abrangente uma vez que implica um conjunto de tarefas sistemáticas e a longo prazo, dirigidas à satisfação das necessidades físicas, materiais, sociais e relacionais da criança. A parentalidade, é pois, um processo que configura um projecto de vida a longo prazo ou mesmo vitalício, também ele sujeito a sucessivas mudanças e tarefas de adaptação desenvolvimental, que envolve a necessidade de prestação de cuidados e partilha de afectos necessários para que a criança possa realizar um desenvolvimento óptimo das suas capacidades, dentro e fora da família (Cowan & Cowan, 1988). A parentalidade é nesta óptica, um processo maturativo que leva a uma reestruturação psico-afectiva permitindo a dois adultos tornarem-se pais, isto é, responderem às necessidades físicas, afectivas e psíquicas do (s) seu (s) filho (s) (Bayle, 2006).

Da Gravidez à Maternidade

A gravidez tem sido conceptualizada como o período que vai da concepção até ao parto, correspondente a, aproximadamente, quarenta semanas (Bobak, 1991/1999). Em 2005, Leal, considera que nesta fase a mulher está, sobretudo, centrada nas suas alterações físicas; na verdade, trata-se de um estado físico e emocional que se traduz em alterações físicas marcantes e visíveis, acompanhadas de profundas mudanças psicológicas que permitem o crescimento e o desenvolvimento de um novo ser, culminando com o nascimento do mesmo. É, por isso, uma experiência dinâmica que não sendo breve, corresponde a um período de crescimento e mudança, enriquecimento e desafio. Segundo Bayle (2006), a gravidez é um processo pelo qual a mulher dá vida a um ser, promovendo o seu crescimento num tempo limitado; a gravidez torna-se, assim, um processo temporário no qual se inicia um outro, mais definitivo: o de ser mãe.

Ainda, e segundo Colman e Colman (1994) a gravidez gera um conjunto de expectativas, pessoais e culturais, medos e receios. Neste novo contexto, a gravidez dimensiona os papéis e

as relações da mulher com o meio envolvente, podendo torná-la mais dependente de apoios circundantes (e.g. enfermeiro, médico, assistente social, vizinhos, família e outros intervenientes da comunidade).

Pelo referido anteriormente, a gravidez é, pelas suas características, um acontecimento pessoal, conjugal, familiar e social, assumindo na maioria das culturas e em quase todas as épocas, um lugar central. Trata-se de um fenómeno ímpar que à escala global representa a continuidade da espécie e das suas culturas (Kitzinger, 1978/ 1996).

De uma maneira geral, pode dizer-se que o nascimento de um filho, e particularmente do primeiro filho, inaugura o processo de ser mãe: a maternidade.

O nascimento de um filho sempre foi perspectivado como um acontecimento natural e quase universal, assumindo diferentes significados ao longo dos tempos e em diferentes sociedades. Neste seguimento, a maternidade pode ser vista como um construto social e cultural, associada a concepções diferentes sobre o conceito de família (e.g. Kitzinger, 1978/1996).

Para além da determinante cultural, contextual e familiar da maternidade a literatura (para uma revisão (cf. Ball, 1994) enfatiza ainda, a importância de características pessoais intrínsecas a cada mulher, efectivamente, o processo da maternidade varia de mulher para mulher e prende-se com as suas características físicas emocionais e de personalidade. Aponta ainda, outros factores ligados ao bebé e às características do meio envolvente.

Apesar de ser difícil separar os conceitos de gravidez e maternidade, Leal (2005), por exemplo, faz uma distinção entre ambos: a maternidade relaciona-se com a dinâmica da sociedade num certo momento, historicamente determinado, enquanto que, a gravidez refere-se a um período de aproximadamente 40 semanas, que se inicia com a concepção e culmina com o nascimento.

A transição para a maternidade: principais processos e mudanças.

Segundo Moura-Ramos e Canavarro (2007), o nascimento de um filho é frequentemente considerado como um dos acontecimentos mais marcantes na vida dos pais e das famílias e foi conceptualizado ao longo do tempo de diferentes formas, ora como um momento de crise, ora como uma circunstância indutora de stress, ou uma transição. É sobre esta distinção que nos debruçaremos agora.

Conotar a vivência da maternidade como um momento de crise, prende-se, por um lado, com o poder considerar-se uma perturbação de um estado anterior de equilíbrio. Pode dizer-se que uma crise ocorre se um acontecimento desencadeia mudanças nas assunções (básicas)

acerca de si mesmo e do mundo, o que conseqüentemente exige uma mudança correspondente ao nível comportamental e relacional (Serra, 2005).

Segundo Lowdermilk, Perry e Bobak (1999/2002) tornar-se mãe gera um período de mudança e instabilidade nas mulheres que decidem ter filhos. No sentido de se promover a adaptação à maternidade, as mães precisam de assumir comportamentos e competências de como lidar com esta fase de desequilíbrio, devem explorar o seu relacionamento com o filho e redefinir as relações entre eles mesmos.

Efectivamente, as exigências que envolvem o nascimento de um filho, no que concerne à prestação de cuidados, e à reorganização pessoal e familiar, fazem com que este acontecimento possa também ser, uma fonte de stress (Canavarro & Pedrosa, 2005).

Por outro lado, alguns autores referem que se trata de uma das transições mais significativas que ocorre durante a idade adulta (e.g. Arnett, 2000; Ball, 1987; Caplan, Mason, & Caplan, 2000; Deutsch, Ruble, Fleming, Brooks-Gunn, & Stangor, 1988; Levy-Shiff, 1994). A transição para a maternidade é marcada por mudanças significativas e fundamentais nos estilos de vida e nos papéis sociais: tal como Oliveira, Canavarro e Pedrosa (2005) referem, o processo de transição para a maternidade implica perdas e ganhos, associados às representações que cada um faz da gravidez e parentalidade e requerem também, respostas que habitualmente não integram o repertório comportamental dos pais, exigindo uma adaptação específica. São estas readaptações que estas mesmas autoras consideram ser causadoras de stress, vivido e percebido por cada família, de forma particular e única atendendo também às suas características pessoais, ambientais e culturais. Neste seguimento, Brazelton e Cramer (1989/2004), referem que a maternidade gera um conjunto de mudanças nomeadamente na mulher: esta adquire o estatuto social de ser mãe e, conseqüentemente, a pressão social subjacente ao desempenho desse papel. Apesar desta nova identidade da mulher poder surgir a determinada altura da gravidez, torna-se mais consistente após o nascimento do bebé e, finalmente, afirmar-se em pleno depois de já estar a cuidar do bebé (e.g. Stern, 2000).

Tornar-se mãe pode, assim, ser uma transição particularmente crítica, não só pelo seu carácter permanente, mas também pelas implicações que o ajustamento conseguido face à maternidade poderá ter sobre a saúde, bem-estar e até no desenvolvimento da criança, dos pais e da família (Oliveira et al., 2005). Na verdade, com o nascimento de um filho, ocorrem invariavelmente alterações profundas nas dinâmicas familiares (rotinas e comportamentos), que exigem uma reorganização e uma redefinição de papéis no seio do casal e até mesmo da família. De um ponto de vista desenvolvimental, o nascimento de um filho marca a passagem

para uma nova fase do ciclo de vida individual e familiar; as mudanças não se colocam com a chegada de um filho, mas essa chegada envolverá a complexificação do sistema familiar, e a consequente redefinição de papéis, tarefas e rotinas Relvas (1996, citado por Alarcão, 2006). Este conjunto de transformações na organização familiar, em função de tarefas bem definidas, e a essa sequência dá-se o nome de ciclo vital e a essas tarefas dá-se o nome de etapas. São várias as etapas referidas pelo mesmo autor, nomeadamente, a família com filhos pequenos. Deste ponto de vista, o stress pode desencadear-se nos períodos de transição do ciclo vital da família, no entanto, é esperado e normativo.

Em suma e ao considerar a transição para a maternidade numa perspectiva desenvolvimental, podemos encontrar indutores de stress específicos em três áreas principais: indutores de stress físicos (modificação de rotinas, ritmos de sono, cansaço devido à prestação de cuidados ao bebé); Indutores de stress psicológico: características da mãe, preocupações com a segurança e bem-estar do bebé, características do bebé, diminuição da satisfação conjugal e falta de suporte social) e ainda, indutores de stress financeiro.

A adaptação à maternidade e a fase do puerpério.

Segundo Canavarro (2006) a adaptação à maternidade pode traduzir-se pela capacidade para superar as tarefas desenvolvimentais, sendo elas: 1. aceitar a gravidez; 2. aceitar a realidade do feto; 3. reavaliar e reestruturar a relação com os pais; 4. reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge; 5. aceitar o bebé como pessoa separada; 6. reavaliar e reestruturar a sua própria identidade; 7. reavaliar e reestrutura a relação com o outro filho. Estas tarefas desenvolvimentais, fundem-se na capacidade de cuidar e educar uma criança contribuindo para o seu desenvolvimento harmonioso.

A adaptação à maternidade não implica contudo, apenas factores ligados à mulher/mãe, trata-se de um processo mais complexo onde interferem vários factores como: factores ligados à mãe (decorso obstétrico da gravidez e do parto, paridade, idade, tipo de relacionamento passado com a mãe), factores ligados ao bebé (peso à nascença, saúde física e temperamento) e ainda, características do meio envolvente (relacionamento conjugal, apoio por parte do meio relacional, e apoio institucional: na maternidade pré e pós parto, pediátrico após a saída da maternidade) Canavarro (2006). Analisando numa perspectiva ecológica, são vários os contextos que influenciam a adaptação à maternidade, desde a família nuclear à alargada, os contornos profissionais e o ambiente social em que a mãe/família está inserida. Seguidamente e tendo em conta o objectivo geral do nosso trabalho iremos debruçar-nos sobre a adaptação à maternidade, sobretudo na fase do puerpério.

O puerpério, segundo Centeno (2005), é definido como sendo o período de seis semanas após o parto, no qual ocorre uma regressão das alterações anatómicas e fisiológicas inerentes à gravidez. Pode ser dividido em três períodos: puerpério imediato, que corresponde às primeiras vinte e quatro horas; puerpério precoce, que vai até ao final da primeira semana; Puerpério tardio, que corresponde ao período até ao final da sexta semana. Também Lowdermilk et al. (1999/2002) refere o puerpério como o período pós parto de seis semanas entre o nascimento e o retorno dos órgãos reprodutores ao estado não-gravídico, denominando-o também de quarto trimestre da gestação. Este período é marcado por uma sucessão de mudanças a diferentes níveis: nível físico, psicológico, emocional e familiar. Os três meses que se seguem imediatamente ao parto são particularmente difíceis, exigindo uma adaptação às necessidades do bebé.

O pós-parto marca o início de uma nova etapa desenvolvimental, sendo premente a integração da nova identidade materna. Há nesta fase, a necessidade de fazer uma auto avaliação sobre as perdas e os ganhos que a maternidade introduziu e aceitar as mudanças envolventes. É neste contexto de puerpério que se distinguem as últimas tarefas desenvolvimentais descritas anteriormente por Canavarro (2006).

De acordo com Rubin (1961, citado por Williams, 1991/1999) a mulher passa por um processo de ajustamento materno nesta fase do puerpério que se podem distinguir em três fases: 1. Fase de incorporação; 2. fase de posse; 3. fase de desprendimento. A primeira fase de incorporação, acontece durante o primeiro e o segundo dia de nascimento. Nesta fase há uma maior dependência física da mãe. Nesta altura necessita do apoio dos profissionais de saúde no que se refere às suas próprias necessidades físicas; este apoio dá a possibilidade à mãe para canalizar a sua energia psicológica para o bebé. É também nesta fase que os pais e especialmente a mãe tem necessidade de falar sobre as suas vivências da experiência do parto e do nascimento. Normalmente após o segundo ou terceiro dia, a mulher deseja tornar-se independente, inicia-se então a segunda fase, em que a mãe demonstra vontade de aprender e praticar os cuidados ao bebé de modo a tornar-se independente. Este processo corresponde à fase de posse, que dura aproximadamente dez dias. A última fase, a de desprendimento, prolonga-se até ao final do puerpério, onde já se espera que os pais tenham criado um padrão de rotinas diárias adequado às novas responsabilidades, papéis e exigências do bebé.

Estas três fases correspondem à sexta tarefa desenvolvimental (reavaliar e reestruturar a sua própria identidade) referida por Canavarro (2006) e que salientamos anteriormente. Se for uma multípara (mulher que tem dois ou mais filhos) ainda pode haver a sétima tarefa desenvolvimental relacionada com o reajustamento com os vários filhos.

Outros autores (e.g., Moldonato, 2000) salientam, ainda, que o puerpério pode ser caracterizado por sentimentos ambivalentes tais como euforia e alívio pela experiência do parto e o nascimento de um filho, quando saudável, o que aumenta a auto confiança), mas também o desconforto físico, medo de não conseguir amamentar, medo de não ser capaz de cuidar do bebé e não ser uma boa mãe.

Maternidade e Suporte Social

Definições, componentes e tipos de suporte social.

O suporte social tem sido considerada como uma variável de extrema importância na área da saúde em geral, e nos cuidados de saúde maternos em particular (e.g., McCourt, 2009).

Segundo Ornelas (2008), o suporte social pode ser definido, “ em termos da existência ou quantidade de relações sociais em geral ou, em particular, quando incide sobre relações conjugais, de amizade ou organizacionais e, por vezes pode ser medido em termos das estruturas das relações sociais do indivíduo” (p.192).

Por sua vez, para Caplan (1974), um sistema de suporte é constituído não só pelo núcleo de amigos e familiares de um indivíduo, mas engloba também os serviços informais formados pela vizinhança, e toda a ajuda proporcionada por serviços prestadores de cuidados ou serviços comunitários. O mesmo autor propõe que os prestadores de serviços formais e informais que actuam ao nível emocional, na partilha de actividades e na ajuda material, possam ser englobados nestes sistemas de suporte. Nesta linha a literatura tem distinguido duas fontes de suporte social: a informal e a formal (e.g. Dunst & Trivette, 1990, citado por Ribeiro, 1999) a primeira inclui os familiares, amigos, vizinhos, padre, entre outros, que fornecem apoio nas actividades diárias em resposta a acontecimentos de vida normativos e não normativos. As redes de suporte social formal, por sua vez, abrangem tanto as organizações sociais formais como os hospitais, unidades de saúde, programas governamentais, e outros, assim como os profissionais (e.g. enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos, etc.) que estão organizados para fornecer assistência ou ajuda às pessoas que dela necessitam. A este propósito Wellman (1992, citado por Ornelas, 2008), por exemplo, refere que os membros de uma família encontram-se no topo em termos de significado e em quantidade de laços existentes, estabelecendo laços activos e participativos no que concerne ao apoio. A primeira rede social natural e básica é a família e surge a partir do momento em que nascemos. Poderemos, então, considerar que a primeira interacção social se constrói com a família no contexto ambiental onde nascemos. Este início marca o primeiro passo para a construção de redes sociais, que se podem traduzir em suporte social,

fundamentais ao adequado desenvolvimento humano e à promoção do bem-estar e da saúde física e mental dos indivíduos. Para além de constituir a primeira rede social, a família pode funcionar como rede de apoio nas diferentes etapas do ciclo de vida familiar, e nomeadamente aquando do nascimento de um filho. No entanto, nos países ocidentais a família vive mais isolada, uma vez que a mobilidade crescente destas tem como consequência o facto de os familiares estarem menos disponíveis como fonte de apoio parental (Gomes-Pedro, Nugent, Young, & Brazelton, 2005). Neste sentido, muitas vezes os amigos e os vizinhos ocupam posições privilegiadas pela sua grande proximidade com os indivíduos. As redes de ajuda que se formam na sociedade são, assim, um dos componentes essenciais da vivência em comunidade. São estas redes de ajuda que se encontram não só na família, mas também na vizinhança e nos amigos que garantem a transmissão de saberes e de práticas.

Serra (2005) sugere que suporte social engloba três aspectos principais: 1) os recursos da rede social (rede formal ou informal) que fornece ajuda; 2) o comportamento de apoio e 3) a avaliação subjectiva do apoio (i.e. a percepção que o indivíduo possui e o significado atribuído, do apoio prestado por outrem).

Barrera (1986), por sua vez, subdivide o suporte social em: 1) *envolvimento social*, que remete para as ligações que os indivíduos mantêm com os membros de uma comunidade e está fortemente relacionado com a pertença a uma comunidade. 2) *suporte social percebido*, que é caracterizado através da satisfação que os indivíduos, receptores do suporte social, obtêm na interacção de ajuda estabelecida, e baseia-se na confiança sentida relativamente ao suporte; e 3) *suporte activo*, que se refere às acções desenvolvidas pelos indivíduos que prestam apoio a outros. Esta prestação de acções de suporte acontece normalmente numa situação aguda de stress ou crise.

Ainda, Rodriguez e Cohen (1998, citado por Siqueira, 2008), distinguem entre suporte afectivo, suporte instrumental e suporte informacional. O primeiro reuniria os apoios que levam o indivíduo a acreditar ser possível encontrar, entre as pessoas da sua rede social, alento para reagir e superar os possíveis transtornos no âmbito afectivo, ou para dividir e partilhar as alegrias advindas de suas realizações. O suporte prático ou instrumental, por seu turno, representa segurança e tranquilidade para o indivíduo ao acreditar que existam pessoas com disposição para suprir alguma necessidade de ordem prática. Quanto ao suporte informacional, refere-se às informações obtidas junto dos indivíduos da comunidade, que ajudam na resolução de problemas e situações práticas da vida diária.

Também Ornelas (2008) refere, ainda, que na literatura são apontados diversos tipos de suporte social, utilizando terminologias diversificadas como: suporte instrumental e

emocional, aconselhamento, interacção positiva, confiança, orientação, socialização, sentimento de pertença, assistência material, informação e outros.

Em termos gerais, parecem existir, entre os diferentes autores citados, aspectos em comum acerca daquilo que é o suporte social, e que se traduzem essencialmente na satisfação que os indivíduos obtêm com um conjunto de interacções a nível emocional, instrumental, de informação e aconselhamento.

Alguns autores (e.g. Ornelas, 2008) fazem referência às funções que o suporte social pode desempenhar, nomeadamente ao nível da auto-estima, ao nível do estatuto, de informação, de assistência, ao nível das relações de amizade e da satisfação.

No que diz respeito à auto-estima, o suporte aparece relacionado com a partilha de problemas e com a escuta atenta do outro, promovendo relações de empatia e a segurança, o que contribui para superar, por exemplo, as consequências negativas do stress.

Quanto ao estatuto e relações de amizade, é consensual, que as relações sociais por si só são um suporte social, e é nesta óptica que se torna uma das suas funções básicas, actuando directamente no bem-estar da pessoa.

A informação, o aconselhamento e a orientação, nas diferentes etapas do ciclo de vida da pessoa, são, por sua vez, funções básicas do suporte social e estão intimamente relacionadas com o desenvolvimento da auto-estima. É também, perante situações de crise e/ou stress, que as redes de interacções ajudam na resolução dos problemas ou das mudanças no ciclo de vida das pessoas.

O suporte material também denominado de instrumental corresponde a actividades ou à prestação de serviços, na área dos cuidados e das tarefas mais práticas do dia-a-dia, nomeadamente, limpezas domésticas, compras, pequenas reparações nas habitações, entre outras.

No que diz respeito ao seu impacto, tem sido demonstrado que a satisfação com o suporte social disponível é uma dimensão cognitiva com um importante papel na redução do mal-estar (e.g. Ribeiro, 1999) e no aumento da satisfação com a vida (e.g. Hohaus & Berah, 1996).

Na área da saúde, Singer e Lord (1984, citados por Ribeiro, 1999) por exemplo, referem que o suporte social é benéfico, tornando as pessoas mais fortes e em melhor condição para enfrentar as vicissitudes da vida; ou seja suporte social é um factor de protecção contra o stress/perturbações induzidas pelo stress (e.g. Cobb, 1976, citado por Ornelas, 2008), quer ao nível físico, quer ao nível psicológico, considerando-o como uma ferramenta para a adaptação e protecção em situações de crise.

Os efeitos positivos do suporte social parecem, ainda, depender de algumas variáveis, tais como: o tamanho da rede social, a qualidade das interações, a existência de relações íntimas, a frequência de contactos, a necessidade intrínseca de suporte, o tipo e quantidade de suporte expressa pelo indivíduo, a congruência para referir a extensão em que o suporte social disponível se adequa com a que o indivíduo necessita, reciprocidade na relação entre o suporte social recebido e fornecido, proximidade e satisfação que traduz a utilidade ao nível da ajuda sentida pelo indivíduo mediante o suporte social (e.g. Dunst & Trivette, 1990, citados por Ribeiro, 1999). O mesmo autor, citando Cramer, Hederson e Scott (1997) distingue suporte social percebido e suporte social recebido. O primeiro, refere-se ao suporte que o indivíduo entende como disponível quando necessitar dele, o segundo descreve o suporte social que foi recebido por alguém.

Os enfermeiros como suporte social na maternidade.

Os enfermeiros são profissionais, que pelas funções inerentes à sua actividade profissional, apresentam uma posição privilegiada no apoio e acompanhamento das famílias. Numa primeira abordagem, poderia pensar-se que os enfermeiros actuam maioritariamente em instituições hospitalares ou serviços de saúde fechados. No entanto os cuidados prestados na comunidade acontecem essencialmente fora das instituições, nomeadamente, em contexto domiciliário.

O aparecimento de ameaças à saúde, como a cólera, varíola, febre tifóide, entre outros, em 1800 nos Estados Unidos, impulsionou as reformas dos cuidados de saúde comunitários o que fez com que se sentissem as necessidades de cuidados de saúde primários. Neste sentido, criaram-se e organizaram-se estruturas que fossem ao encontro das necessidades de cuidados de saúde urbanos numa perspectiva de tratar e sobretudo evitar a doença (preventiva).

Os cuidados de saúde primários (CSP) são definidos por Hassmiller (1996/1999) “como um conjunto de serviços globais, tais como serviços de saúde pública, prevenção, diagnóstico, terapêutica e de reabilitação. São cuidados essenciais e universalmente acessíveis a indivíduos e família da comunidade “ (p.40). Ainda segundo o mesmo autor, os CSP fomentam o auto-cuidado e o auto-controlo, as pessoas são educadas para usarem os seus conhecimentos, atitudes e capacidades em actividades que melhorem a saúde.

Em 2008, Biscaia vem reforçar o conceito actual dos CSP como os cuidados de saúde básicos e universalmente alcançáveis a todos os indivíduos e as todas as famílias da comunidade, tendo por vocação tratar dos principais problemas de saúde dessa comunidade e englobando actividades de promoção da saúde, de prevenção, de cuidados curativos, de

reabilitação ou de fim de vida. Exigem e estimulam a auto-responsabilização, a autonomia e a participação activa da comunidade e do indivíduo no planeamento, organização, funcionamento e verificação dos cuidados de saúde, retirando o maior partido possível dos recursos locais, nacionais e internacionais e desenvolvendo a capacidade participativa das comunidades. Biscaia (2008), refere ainda, a propósito dos CSP, que a enfermagem nesta área contempla o processo de promoção de saúde e prevenção da doença, realçando as actividades de educação em saúde, manutenção, estabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que façam parte de uma determinada comunidade

Em Portugal os CSP estão desde sempre intimamente associados aos centros de saúde (CS) como se verifica em outras partes do mundo. Mais recentemente, e ligadas ao contexto português, em 1999, o Ministério da Saúde lançou estratégias de saúde para o virar do século (1998-2002) considerando as mesmas como um compromisso colectivo para melhorar a saúde no contexto Português e Europeu. Mais tarde, em 2004 o Ministério da Saúde vigente o plano nacional de saúde pública (PNS) e nele refere que a saúde potencial pode ser percebida como uma possibilidade para uma maior ausência de doença, para um maior bem-estar ou para uma maior aptidão funcional. No sentido de obter mais e melhor saúde para todos o PNS (2004) tem um papel importante desde o início de vida uma vez que faz uma abordagem centrada na família e no ciclo de vida. O referido PNS dava grande ênfase à promoção de saúde e ao papel dos agentes de educação para a saúde, que beneficiam dos conhecimentos relacionados com o desenvolvimento humano, aplicados ao contexto comunitário em que actuam. Também o PNS para 2011-2016, que se encontra em execução e discussão, dá continuidade aos princípios anteriores, considerando que as unidades de saúde constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, sendo objectivo do sistema de saúde: promover um contexto favorável à saúde, ao longo do ciclo de vida, Direcção Geral de Saúde (2011).

Neste contexto de saúde e com vista à sua promoção foi implementado nas Unidades de saúde o Programa de Saúde Reprodutiva. De acordo com as Orientações Técnicas publicadas pela Direcção Geral de Saúde, e mais particularmente, pela Divisão de Saúde Materna infantil e dos Adolescentes (2001), o conceito de saúde reprodutiva implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura com capacidade de se reproduzirem quando for essa a sua decisão. Assistimos a um esforço institucional cada vez maior no sentido de adequar cada vez mais as necessidades manifestas pelos futuros pais. É neste contexto que surge a implementação do programa de visitas domiciliárias à puérpera e recém-nascido na primeira

semana de vida. O programa consiste na realização de visitas domiciliárias às mães, seus filhos e família no período de puerpério, ou seja até à sexta semana de vida do bebé, fase em que a mulher é considerada puérpera. Este programa tem como principal objectivo a facilitação da transição e a promoção da adaptação à parentalidade, tanto em populações de alto como de baixo risco. Pretendem ser um instrumento de suporte para os pais, ajudando-os a desenvolver a sensibilidade e competências de prestação de cuidados.

A vigilância da saúde prende-se, segundo Lowdermilk et al. (1999/2002), com a intervenção de enfermagem que deve fazer com que os pais inexperientes se tornem competentes e confiantes nas suas capacidades. Face ao que já referimos em termos das implicações do nascimento de um filho para os pais, as abordagens e as estratégias de enfermagem que são transmitidas a estes, devem fortalecer o seu auto-conceito, ajudando-os a ficar mais confiantes neste papel.

De acordo com Cashion e Jonhston (1991/1999), os cuidados devem centrar-se na recuperação física e no bem-estar da mulher e ainda nos cuidados que ela deve ter consigo e com o bebé. Os enfermeiros que acompanham o casal no puerpério assumem a continuidade dos cuidados através do aconselhamento, informação e encaminhamento baseados numa recolha de dados feita anteriormente (vigilância pré natal e hospitalização) e completada na visita domiciliária, permitindo-lhe despistar qualquer complicação que possa estar presente ou eminente. A intervenção de enfermagem tem como grande objectivo a prevenção de complicações, relacionadas com a saúde física e afectiva do bebé, assim como o seu adequado desenvolvimento e crescimento. Pretende melhorar as habilidades parentais e estimular a interacção entre os pais e o bebé, ou seja, tem como fim, o desenvolvimento de competências parentais, ao nível dos cuidados e da relação com o bebé.

A maioria destas intervenções acontecem em ambiente domiciliário e representam claramente, como já referimos, um tipo de apoio formal a vários níveis, do aconselhamento à prestação de cuidados, à informação, e todo o tipo de apoio percebido pelo enfermeiro e manifestado como necessário pelas mães. A interacção estabelecida entre o enfermeiro e a mãe, tem como principal objectivo o bem-estar da mesma e tem como base a qualidade dessa mesma interacção para melhor responder às necessidades da mãe e do bebé tornando-se o enfermeiro, num suporte efectivo.

A Visita Domiciliária: Contributos

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2002) considera como pilar da saúde do adulto o investimento na vida pré-natal e na infância que será compensado mais tarde no decurso da

vida. Para alcançar uma das metas preconizadas pela OMS (2002), um bom início de vida passa por serem implementadas políticas que contribuam para uma vida familiar saudável.

Segundo Egry e Fonseca (2000), a visita domiciliária tem sido uma medida utilizada no âmbito da intervenção de enfermagem de saúde pública. Os programas de visita domiciliária, existem nos Estados Unidos há mais de um século, tendo como principal fim a prestação de serviços às famílias com crianças, uma vez que estas são consideradas o centro da intervenção. A primeira documentação publicada remonta à década de 1880 pela Charity Organization Society (1883, citado por Sweet & Appelbaum, 2004)

Os programas de visita domiciliária são, contudo, uma realidade muito restrita em Portugal. Apesar de estar presente no PNS como sendo uma estratégia de intervenção nas famílias, no âmbito dos CSP, a realizar pelos enfermeiros, são poucos os CS que têm este programa implementado. Do levantamento de dados efectuado no ano de 2007, relativamente às razões pelas quais estes não estão efectivamente implementados, ressalta a pouco conhecimento que os técnicos têm dos benefícios desta intervenção. Efectivamente, não existem em Portugal estudos sistemáticos que permitam avaliar estes programas e dar a conhecer os seus efeitos, assim como não estão claramente delineados. Contudo, da prática das visitas domiciliárias, existe o sentimento de que as famílias e as crianças têm benefícios ao nível do seu bem-estar, com este tipo de intervenção.

Sweet e Appelbaum (2004) realizaram uma meta-análise, em que foram avaliados 60 programas de visita domiciliária, e diferentes dimensões: constituição das equipas, tipo de famílias abrangidas, duração do programa e tipo de serviços prestados. Esta meta-análise assume um carácter relevante, uma vez que se trata de um esforço pioneiro e abrangente, no sentido de quantificar a utilidade das visitas domiciliárias como uma estratégia para ajudar as famílias em diferentes áreas. Dos principais resultados dos programas envolvidos nesta meta-análise ressaltam: A educação parental, o desenvolvimento da criança, a prestação directa de cuidados de saúde, o suporte social, a prevenção do abuso infantil, auto-ajuda parental e autonomia. Em termos gerais, neste trabalho os autores mostram o benefício que as famílias retiram dos programas de visita domiciliária, com resultados notáveis na alteração do comportamento parental e um aumento das suas competências pessoais, sociais e até profissionais. As crianças beneficiam destas alterações, e nestas são também notáveis evoluções positivas a nível da cognição e a nível sócio-emocional. Verificou-se, mais especificamente, que as mães faziam um melhor planeamento das suas gravidezes, tinham melhor empregabilidade e melhoravam as suas relações com a família nuclear e alargada.

Também Olds et al. (2004) realizou um estudo que teve como objectivo analisar os efeitos da visita domiciliária realizada no período pré-natal e infância, estabelecendo a comparação entre as visitas domiciliárias realizadas por enfermeiros e por paraprofissionais. Os resultados obtidos evidenciam os efeitos consistentes e duradouros que se obtêm nas mães, crianças e famílias que foram visitadas por enfermeiros, sendo, segundo o autor, evidências e conhecimentos já encontrados noutros estudos validando a sua eficácia em diferentes contextos sociais, económicos e culturais. O mesmo autor realça ainda, que o trabalho que se desenvolve, durante as visitas domiciliárias com mães primíparas, promove comportamentos positivos, evitando desta forma, os comportamentos negativos. Enaltece a importância do contexto domiciliário, uma vez que a prestação de cuidados no domicílio favorecem uma maior compreensão das dinâmicas familiares e das vivências, aumentando assim, uma maior compreensão das mães e famílias e promovendo uma maior proximidade. Reforça ainda, que a visita domiciliária deve ser realizada por enfermeiros porque as mães confiam nos mesmos, sobretudo nos conhecimentos que têm sobre gravidez e cuidados aos bebés.

O enfermeiro é um dos profissionais que assume um papel basilar na promoção da saúde implementando estratégias de intervenção no âmbito da saúde das famílias em construção, assegurando actividades relacionadas com a informação, aconselhamento desenvolvimento de competências na prestação de cuidados aos recém-nascidos, vinculação e no bem-estar das famílias. Também actua na área da prevenção e diagnóstico de situações problemáticas assim como o encaminhamento para os recursos da comunidade.

Os estudos realizados nesta área (e.g. Ball, 1994; Egry & Fonseca, 2000; Olds et al, 2004) têm mostrado que a intervenção dos enfermeiros na visita domiciliária tem sido impulsionadora para o desenvolvimento de competências parentais, na área dos cuidados às crianças, no desenvolvimento da mesma e também com benefícios no bem-estar da mãe, em diferentes dimensões (física e psicológica). Estes estudos têm realçado os benefícios a longo prazo, nomeadamente no planeamento das gravidezes e na autonomia materna, no que concerne ao proporcionar ambientes favoráveis ao adequado desenvolvimento do bebé.

De acordo com uma visão ecológica (Bronfenbrenner, 1994/2002), esta insere-se, e está em ligação com vários contextos e sistemas, por isso a assistência familiar desenvolvida pelo enfermeiro no domicílio, tem o objectivo de assegurar a continuidade e qualidade dos cuidados, usufruindo das vantagens de conhecer o ambiente em que esta se insere.

A visita domiciliária permite, assim, uma perspectiva mais ampla para a compreensão da família, além de que os seus elementos ficam mais descontraídos e receptivos no seu contexto familiar do que numa instituição, promovendo o estabelecimento de laços mútuos de

confiança mais facilmente, conforme defendido por Branden (1998/2000). Refere a mesma autora que uma das estratégias desenvolvidas no sentido de reduzir os riscos de saúde e a promoção da mesma é a prestação de cuidados às famílias individualmente nas suas casas.

Ainda, e segundo Lowdermilk (1991/1999) é fundamental assegurar a continuidade dos cuidados, face à alta precoce das maternidades, o que conseqüentemente implica uma necessidade de articulação entre as várias entidades envolvidas de forma a acompanhar as alterações físicas e psicológicas que caracterizam o puerpério e prestar o apoio necessário. Segundo McNamara (1994/1998) “A enfermagem no domicílio é de âmbito global, isto é, centrada holisticamente, tanto no indivíduo que requer o cuidado, como na família ou no sistema de suporte” (p.494). Segundo a mesma autora, os cuidados domiciliares são definidos como cuidados prestados ao indivíduo/família na sua própria residência, com a finalidade de tratar a doença, recuperar ou promover a saúde. Esta ideia é reforçada por Loveland-Cherry (1996/1999) o qual refere que a visita domiciliária proporcionam oportunidade de realizar uma avaliação mais correcta das necessidades da família, uma vez que visitamos e estamos com as mesmas nos seus contextos naturais.

A visita domiciliária permite a avaliação da puérpera na sua casa, incluindo a história, o exame físico, a avaliação psicossocial, a observação da mãe, do recém-nascido e da sua relação e a avaliação do lar, mediante um protocolo de visita domiciliárias (Anexo A). Branden (1998/2000) reforça que a visita domiciliária permite uma avaliação detalhada, importante para detecção precoce de complicações no puerpério, proporciona informação completa sobre o papel da mãe na família e o papel da própria família, suas relações, o seu estilo de vida, crenças, valores, costumes e interesses.

Segundo Loveland-Cherry (1996/1999) o processo da visita domiciliária passa por diferentes fases e actividades: 1) *Fase de iniciação* - constitui o primeiro contacto entre o enfermeiro e a família. É nesta fase que se recebe a fonte para a visita domiciliária e que se contacta com os primeiros dados das famílias. Normalmente acontece nos primeiros três dias que se seguem ao parto e o contacto pode ser efectuado pela mãe, o pai, outro familiar, amigo ou vizinho, ou ainda pode ser feito por um profissional da maternidade ou através de um documento (notícia de nascimento) enviado pela maternidade, que dá conta dos dados da mãe, do parto e do bebé. Por vezes, este contacto não é o primeiro que o enfermeiro estabelece com a família, uma vez que uma boa parte das mães fazem a vigilância da gravidez com o próprio enfermeiro no centro de saúde, já existindo uma ligação. Nestes casos, o enfermeiro funciona como um suporte social desde a gravidez. As outras fases são: 2) *Fase de pré-visita* comporta vários passos que se iniciam com o contacto telefónico com a família permitindo ao enfermeiro

apresentar-se e transmitir o objectivo da visita domiciliária. A forma como o enfermeiro teve conhecimento do nascimento deve ser explicado. A hora e a data da visita domiciliária devem ser negociadas com a família de acordo com os seus ritmos de vida actuais. Deve realizar-se idealmente na primeira semana do puerpério e com a presença do casal e dos membros da família mais significativos. 3) *Fase no domicílio* - constitui a fase efectiva da visita. O investimento da visita deve ser feito na relação, no apoio e na colheita de dados. A intervenção e a avaliação são processos contínuos. 4) *Fase do terminus* - dá a possibilidade ao enfermeiro e à família rever os objectivos da visita domiciliária, as necessidades de apoio e planear posteriores visitas se assim em conjunto, acharem necessário. Por último, 5) a *Fase de pós visita* - após se ter concluído a visita domiciliária segue-se a fase de conclusão e consulta dos registos, avaliação da intervenção e planeamento de estratégias de intervenção.

As cinco fases que caracterizam a visita domiciliária acontecem na primeira semana de vida do bebé e correspondem a um processo contínuo de ligação com a mãe, procurando em cada contacto, seja telefónico ou pessoal, vincar a disponibilidade do enfermeiro para o apoio, tornando-se num suporte efectivo.

Em suma, a visita domiciliária proporciona a criação de um momento único de interacção enfermeiro /família/meio ambiente que dá a possibilidade de atender de forma holística e única as necessidades dos casais/famílias durante o puerpério. Permite também um conhecimento aprofundado da realidade sentida e vivida pelas famílias promovendo a integração das mesmas nos cuidados, e o desenvolvimento dos seus conhecimentos e das suas potencialidades tendo em conta os seus recursos. Assim, mais do que uma actividade de enfermagem, a visita domiciliária, é um momento ímpar de partilha que promove e desenvolve as famílias em formação, num ambiente de proximidade.

Objectivos

Tal como referido anteriormente, a literatura sobre a visita domiciliária sugere, assim, que os enfermeiros podem ter um papel importante como rede de apoio na adaptação à maternidade.

- 1) Tal como referido, o principal objectivo deste trabalho centra-se, assim, na compreensão sobre o contributo que os enfermeiros podem dar no processo de adaptação à maternidade, a partir das percepções de mães primíparas. Mais especificamente: explorar a percepção que as mães têm da intervenção dos enfermeiros no domicílio.

- 2) Compreender quais os principais contributos da visita domiciliária nos cuidados prestados pela mãe ao bebé.
- 3) Explorar em que medida o enfermeiro é visto como um suporte na adaptação à maternidade.

Capítulo 2 – Metodologia

Metodologia e Instrumento

Bloomberg e Volpe (2008) mostraram que a pesquisa qualitativa é uma forma de compreender profundamente um fenómeno ou actividade perspectivada pelos participantes da pesquisa, directamente envolvidos no fenómeno em estudo, adequando-se portanto, aos objectivos deste trabalho.

A intenção da pesquisa qualitativa centra-se, então, na análise de um fenómeno e das suas interacções com o meio de forma a obter uma visão mais profunda e holística do fenómeno em estudo. Poderá fazer-se uma associação entre a pesquisa qualitativa e o estudo das relações sociais, pelo facto de estas estarem em permanente dinâmica devido à pluralidade dos universos de vida. Esta abordagem parte da ideia de que se pode deixar o fenómeno falar por si, com o objectivo de alcançar o sentido da experiência, ou seja, o que a experiência significa para as pessoas que tiveram a experiência em questão e que estão portanto aptas a dar uma descrição compreensiva desta (Flick, 2005; Holanda, 2006; Vilelas, 2009).

Ribeiro (2010) acrescenta, ainda, que para interpretarmos um dado fenómeno, temos ao nosso dispor técnicas e métodos de observação, documentação, análise e interpretação de atributos, características e significados de fenómenos contextuais.

A pesquisa qualitativa tem, deste modo, a vantagem de aproximar o investigador das pessoas em estudo e permite compreendê-las nas suas diferentes dimensões. É desta aproximação que ressalta a riqueza deste tipo de abordagem, muito centrada na pessoa e nas suas vivências, sentimentos e interacções com o contexto circundante pautado por um tempo determinado. Esta capacidade dá à pesquisa qualitativa uma importância particular uma vez que assistimos hoje, a uma acelerada mudança social marcada por uma diversidade de contextos, que importa explorar e compreender.

Tendo em consideração o âmbito qualitativo do estudo e os objectivos do mesmo, optou-se pela realização de entrevistas individuais, semi-estruturadas. Para a condução das entrevistas foi elaborado um guião de acordo com os objectivos do estudo, e com a revisão de literatura efectuada (Quadro 1).

Quadro 1

Estrutura do guião da entrevista

Perguntas

- Que mudanças se deram com o nascimento do bebé?
 - Quais as principais mudanças que sentiu?
 - Como foi o dia da visita?
 - Como avalia a visita, aspectos positivos e aspectos a melhorar?
 - Recomendaria a outra pessoa?
 - Gostaria de receber mais visitas?
 - Com a visita alterou a forma como cuida do seu bebé? (sem sim, o que alterou?)
 - A visita acrescentou informação/conhecimento acerca da forma como cuida do seu bebé?
 - Considera ter recebido informação útil para cuidar do seu bebé?
 - Recebeu algum encaminhamento? Que encaminhamento?
-

Participantes.

Participaram neste estudo dez mães, com idades compreendidas entre os 20 e os 45 anos de idade ($M = 27,1$; $DP = 4,25$). As participantes encontram-se inscritas na Unidade de Saúde Familiar do Agrupamento de Centros de saúde VIII Sintra-Mafra e efectuam consultas de vigilância de saúde infantil na respectiva unidade. Na sua grande maioria, as participantes são de nacionalidade Portuguesa (70%), e apenas 30% têm outra nacionalidade (Brasileira). No que diz respeito à situação profissional, três das participantes encontram-se desempregadas, sendo que as restantes desempenham diferentes profissões (uma arquitecta, uma empregada de balcão, uma nutricionista, duas assistentes administrativas, uma técnica informática, e uma educadora de infância). No que diz respeito ao tipo de parto que experienciaram, na sua grande maioria (70%) teve um parto eutócico, duas fizeram uma cesariana, e uma das participantes do estudo teve um parto com ventosa e fórceps.

Os critérios para a selecção das participantes foram: mães primíparas; mães que estiveram abrangidas pelo programa de visita ao recém-nascido e puérpera, na primeira semana de vida

e, como tal, receberam a visita da enfermeira da unidade de saúde na primeira semana de vida dos seus bebés.

Procedimento.

O estudo desenvolveu-se no centro de saúde de Mafra que pertence ao agrupamento de centros de saúde da grande Lisboa VIII Sintra -Mafra. Efectuou-se um contacto telefónico com o Presidente Executivo deste agrupamento, com o fim de apresentar o projecto e solicitar a colaboração e respectiva autorização para operacionalização das entrevistas. O pedido foi formalizado por escrito imediatamente após o contacto telefónico (Anexo B). Paralelamente, e após confirmação da autorização pelo presidente executivo, foi marcada uma reunião informal com a enfermeira responsável pela aplicação do programa de visitas domiciliárias às puérperas e recém-nascidos, com o objectivo de informar e clarificar a colaboração pretendida.

No sentido de facilitar a adesão e colaboração da equipa de enfermagem da mesma unidade foi programada uma reunião informal com a mesma e a investigadora, apresentando-se sumariamente os objectivos da pesquisa. Ficou estabelecido, na mesma reunião, que haveria uma enfermeira de ligação, a qual foi apelidada de colaboradora. Esta responsabilizou-se pela selecção, de acordo com os critérios já mencionados, das potenciais participantes e respectiva marcação de consulta de vigilância de saúde infantil. Esta consulta intencional serviu de ponte para apresentar e esclarecer as potenciais participantes do estudo, sendo dado o seu consentimento de forma informal para o passo seguinte. Este consistiu no contacto telefónico às participantes pela investigadora. A investigadora manteve com a enfermeira colaboradora um estreito contacto que permitiu acompanhar e elucidar todo o processo de selecção e primeiro contacto com as potenciais participantes.

No período em que decorreram as entrevistas existiam 13 mães que apresentavam os critérios exigidos, pelo que todas foram contactadas. Das 13 potenciais participantes, foram contactadas doze; a décima terceira não foi contactada por estar por tempo indeterminado deslocada no estrangeiro. Ainda, duas das potenciais participantes contactadas não aceitaram participar, pelo que a amostra final foi de 10 mães. Após consentirem a sua participação livre e esclarecida e de assinarem o respectivo consentimento informado (Anexo C), as participantes foram contactadas pela investigadora telefonicamente. O contacto foi efectuado uma semana após o primeiro contacto com a enfermeira da Unidade de Saúde. O contacto telefónico efectuado pela investigadora reforçou a informação prestada na Unidade de saúde e possibilitou a apresentação primária da investigadora. Foram ainda estabelecidas, neste

contacto, os horários e a datas das entrevistas, tendo sempre em consideração a disponibilidade das participantes. Após confirmação com as participantes da data e horário da entrevista foi validada a morada das mesmas e contacto telefónico.

Antes de se proceder à condução das entrevistas foi feito um pré-teste do guião junto de duas mães escolhidas aleatoriamente, para averiguar o grau de adequabilidade e compreensão das questões que dele fazem parte, o que resultou em alguns ajustamentos ao guião. A recolha de dados realizou-se nos meses de Fevereiro, Março e Abril de 2011, tendo por base, como já referido, a entrevista semi-estruturada individual, conduzida na residência das participantes, facto que se tornou facilitador para a condução das mesmas. As entrevistas tiveram a duração mínima de 70 minutos e a duração máxima de 100 minutos e foram gravadas em fita magnética.

No final das entrevistas foram colocadas algumas questões, no sentido, de obter alguns dados demográficos e relativos ao parto. As entrevistas foram integralmente transcritas tendo respeitado em absoluto a forma como foram produzidas.

Análise de Dados

A análise de dados foi feita recorrendo ao software de análise de dados qualitativos Atlas.Ti (versão 6.2.23).

A organização da análise teve como orientação os procedimentos definidos por Bardin (2004): pré análise, exploração dos dados e tratamento e interpretação dos resultados. Assim, num primeiro momento foi feita uma pré análise, que consistiu na organização dos dados recolhidos. Neste estudo o universo de documentos em análise (i.e. o corpus) foram 10 entrevistas, que descreveremos no Método. Posteriormente procedemos à leitura flutuante das mesmas iniciando-se um processo de análise de conteúdo temática, identificando nesta fase, as primeiras frases com significado. Este processo foi orientado em função dos objectivos do estudo e do enquadramento teórico. Definiram-se, de seguida, as unidades de análise ou unidades de registo, correspondendo neste estudo à frase. Segundo o mesmo autor, a frase é, de facto, geralmente utilizada como unidade de registo para estudar motivações de opiniões, de atitudes e de valores.

Depois de considerar todas as unidades de registo estas foram agrupadas por analogias de significado, sendo distribuídas por categorias e sub-categorias.

Na nossa pesquisa existem três dimensões de análise: a adaptação à maternidade, a figura do enfermeiro, e a visita domiciliária. Cada uma destas dimensões engloba um sistema de categorias misto; com base na revisão teórica efectuada (*theory-driven*) foram criadas seis

categorias a priori: mudanças com o nascimento do bebé, contributos do enfermeiro na prestação de cuidados, contributos do enfermeiro para o bem-estar da mãe, e atitudes face à visita domiciliária, suporte informal percebido e suporte formal percebido. Com base nos dados (data-driven) foram criadas duas categorias a posteriori: actividades desenvolvidas pelo enfermeiro na visita domiciliária e importância da visita domiciliária, bem como 60 sub-categorias. Dado o seu número elevado, as mesmas encontram-se descritas e agrupadas por categoria (Anexo D).

De forma a aumentar a validade interna do sistema de categorias, foi criado um dicionário de categorias (Anexo D); ainda e tendo em conta os critério de exclusividade Bardin (2004), as categorias foram construídas de modo a que cada unidade de registo não seja susceptível de ser classificável em duas ou mais categorias. Consideramos também a homogeneidade cuja regra anterior depende desta, ou seja, numa mesma categoria apenas se pode funcionar com um registo e com uma dimensão de análise; diferentes níveis de análise são separados em outras análises sucessivas. A pertinência foi considerada, partindo do princípio que a categoria é pertinente quando está adaptada ao material de análise escolhido, aos objectivos de investigação e ao quadro teórico definido. Teve-se também em consideração, a objectividade e fidelidade, isto é, as diferentes partes do mesmo material, ao ser-lhes aplicada a mesma grelha categorial, devem ser codificadas da mesma forma, mesmo quando submetidas a várias análises. Por fim, a última regra refere-se à produtividade (um conjunto de categorias é produtivo se fornece resultados férteis)³.

Após a finalização do processo de definição de categorias e sub-categorias, foi feito um tratamento de carácter quantitativo simples (Bardin, 2004), que implica uma análise de frequências das unidades de registo para cada uma das categorias e/ou sub-categorias, uma vez que se parte do pressuposto de que estas podem ser tão importantes, quanto maior for a frequência da sua aparição.

Finalmente, foi feita uma análise de co-ocorrências, que se referem à presença simultânea de duas ou mais categorias associadas. Esta medida dá conta da distribuição das categorias e da sua associação e permite conhecer em mais detalhe a forma como os diferentes elementos aparecem associados nas entrevistas, dando-nos a possibilidade de compreender melhor a expressividade das entrevistadas relativamente às diferentes categorias em análise (Bardin, 2004).

³ Dado o carácter exploratório do estudo e face aos nossos objectivos optou-se por não se determinar o acordo interjuízes.

Capítulo 3 – Resultados

De seguida serão apresentados os resultados com base nos objectivos referidos anteriormente, e que recordamos: 1) compreender o papel que os enfermeiros têm no processo de adaptação à maternidade, mais especificamente no período do puerpério; 2) Explorar as mudanças percebidas pelas mães aquando do nascimento do bebé; 3) Explorar em que medida o enfermeiro é visto como uma fonte de suporte na adaptação à maternidade; 4) Explorar outras fontes de suporte; 5) Averiguar as atitudes globais face á visita domiciliária.

De seguida, e para cada dimensão, serão apresentadas as categorias, bem como as subcategorias que se encontram englobadas em cada uma delas. Segue-se uma apresentação dos detalhes, através dos excertos das entrevistas, que dão suporte para melhor explicar os resultados, através da descrição das participantes. Pretendem retratar as diferentes perspectivas das participantes e mostrar a riqueza do fenómeno. Documentamos assim, uma ampla gama de experiências, proporcionando uma oportunidade aos leitores de entrar neste estudo e perceber melhor a realidade das experiências das entrevistadas. A essência está em deixar que as participantes falem por si e transmitam de forma clara as suas experiências e as suas percepções relativamente ao fenómeno em estudo. A apresentação destes excertos pretende também, dar maior consistência à posterior discussão.

Adaptação à Maternidade

Mudanças com o Nascimento do Bebê

A maioria das entrevistadas (80%) verbaliza ter havido mudanças com o nascimento do bebé (um total de 119 unidades de registo distribuídas depois por 18 subcategorias), destacando-se: mudanças físicas da mãe, alteração das rotinas, e alteração do padrão de sono (Quadro 2).

Quadro 2

Sub-categorias englobadas na categoria mudanças com o nascimento do bebé, com o número de unidades de registo (UR) e número de participantes (N) por subcategoria

Mudanças com o nascimento do bebé		
Sub-categorias	UR	N
Mudanças físicas	20	9
Alteração das rotinas	11	6
Alteração do padrão de sono	12	6
Mudança com o nascimento do bebé (sem especificação)	13	5
Dependência do bebé em relação aos pais	6	5
Mudança positiva na relação conjugal	13	4
Falta de tempo	13	3
Responsabilidade em ter de cuidar do bebé	3	3
Aproximação da família alargada	10	2
Actividade materna centrada no bebé	5	2
Adaptação ao bebé como mudança	2	2
Alteração da intimidade do casal	2	2
Inexistência de mudanças	2	2
O bebé como um complemento	2	2
Ter responsabilidade (mudança)	2	1
Amadurecimento com o nascimento do bebé	1	1
Mudança do pai	1	1
Sentimento de preocupação como mudança	1	1

A mudança com mais expressão é, então, a relacionada com as alterações físicas resultantes do parto e a recuperação a ela associada. As mudanças físicas são maioritariamente expressas pelo cansaço, fragilidade física e desconforto.

“No início eu estava muito cansada, eu perdi muitos quilos, e estava fraca precisava de alguém para me ajudar se não, não conseguia...e estava mesmo muito cansada”

(Participante 8, parágrafo 15)

“O que mais me custou foi a seguir ao parto Fisicamente é...uma pessoa sente-se mal, sente-se desconfortável, está debilitada e essa fase é difícil.”

(Participante 9, parágrafo 6)

“Foi uma recuperação difícil, pelo menos as três primeiras semanas foram quando eu senti mais...”

(Participante 5, parágrafo 8)

Relativamente às mudanças nas rotinas seguem-se alguns exemplos retirados das entrevistas:

“Muda tudo, totalmente, completamente, é tudo, a rotina mesmo aqui em casa alteramos as coisas...”

(Participante 10, parágrafo 1)

“...as nossas rotinas que agora mudaram completamente, agora temos que nos restringir mais aos horários dele...”

(Participante 5, parágrafo 2)

Sobre as alterações no sono, as participantes referem por exemplo:

“É assim, não há tempo para fazer as coisas que nós desejávamos fazer, não é, mas primeiro está ela, o tempo fica mais reduzido também não se dorme e andamos mais preocupados principalmente com ela.”

(Participante 7, parágrafo 2)

“O pior é mesmo, não dormir (ri) tudo o resto é bom, preenche a nossa vida.”

(Participante 1, parágrafo 3)

Com menor frequência, salientam-se as mudanças relacionadas com a alteração das rotinas e das dinâmicas familiares, a forma como fazem a gestão do tempo e o tempo que não dispõem, essencialmente, para dormir, são outras das mudanças ditas pelas participantes.

De seguida apresentamos alguns exemplos para algumas das subcategorias mencionadas, que traduzem bem a percepção da mudança, a reorganização, a adaptação e o sentido de responsabilidade de ter de prestar cuidados ao bebé que se torna o centro das suas actividades diárias.

“A mudança mais importante é o tempo, deixei de ter tempo, os meus dias correm muito mais depressa, o tamanho do dia, não há...o dia mudou radicalmente, o tempo que eu tinha disponível para, deixei de o ter disponível,, porque depois há outras coisas para fazer e que nós quando ela dorme tentamos fazer. Mas é o tempo, o tempo e o sono, não é, as duas coisas.”

(participante 4, Parágrafo 5)

“Muda tudo, para mim muda tudo Para mim mudou radicalmente toda a minha vida.”

(Participante 3, parágrafo 1)

“Houve muitas mudanças, nós tivemos que adaptar, ... éramos só nós os dois... a grande mudança é essa, é a responsabilidade e a nossa vida toda à volta dela, as rotinas, a comida, tudo gira à volta dela.”

(Participante 6, parágrafo 1)

“...já tinha tomado conta de duas crianças é diferente assim a maneira de cuidar dele, e isso assim é que é nova...”

(Participante 2, parágrafo 1)

Suporte Informal Percebido

Foram identificados seis tipos de suporte informal percebido, sobressaindo o apoio do marido mencionado por 8 das entrevistadas (Quadro 3). O apoio da família (apoio da mãe e apoio da irmã) figura também nas respostas de algumas participantes (30%, respectivamente).

Quadro 3

Subcategorias englobadas na categoria suporte informal percebido, com o número de unidades de registo (UR) e número de participantes (N) por subcategoria

Suporte informal percebido		
Sub-categorias	UR	N
Apoio do marido	13	8
Apoio da mãe	5	3
Apoio da irmã	3	3
Apoio informal não especificado	2	2
Apoio da vizinha	4	1
Apoio de amigos	1	1

Passamos a mostrar excertos de algumas entrevistas que demonstram o apoio informal percebido, sendo claro, o fornecido pelo marido.

“...foi ela (vizinha) vinha cá ajudava, ajudava ele (marido) também porque era ele que fazia as coisas cá em casa, ajudava ele e ajudava-me com o bebé, a dar o banho.”

(Participante 2, parágrafo 1)

“...O meu marido, ele teve duas semanas, ajudou-me bastante, ajudou...conseguimos os dois dar conta do recado e alguma dívida também estava sempre a ligar ou para a minha mãe ou para a minha sogra...”

(Participante 6, parágrafo 11)

“...a minha irmã que é uma irmã mãe – galinha, que foi espectacular porque ajudou no que era necessário mas sempre a pedido, portanto o Diogo (marido) foi basicamente quem deu maior apoio...”

(Participante 4, parágrafo 6)

Suporte Formal Percebido

No que diz respeito ao apoio formal percebido, salienta-se o enfermeiro, que aparece na totalidade das entrevistas:

Três participantes referem, ainda, ter recebido apoio de técnicos de saúde da maternidade onde tiveram o bebé, sendo esses técnicos os enfermeiros.

De forma a melhor compreender a que corresponde este apoio formal, foi feita uma análise de co-ocorrências; desta análise decorre que a categoria suporte formal percebido, aparece associada em todas as entrevistas ao papel que é conferido ao enfermeiro ao nível da prestação de cuidados.

Quadro 4

Categorias associadas à categoria Suporte formal percebido distribuídas pelo número de entrevistas (N)

	Categorias associadas	N
Categoria: Suporte formal percebido	Contributos do enfermeiro na prestação de cuidados	10
	Contributos do enfermeiro para o bem-estar da mãe	5
	Atitude face à visita domiciliária	5
	Actividades desenvolvidas pelo enfermeiro na visita domiciliária	4
	Apoio informal	1
	Mudanças com o nascimento do bebé	1

O enfermeiro é visto pelas participantes como uma fonte de apoio/suporte, uma vez que contribui na forma como as mães prestam cuidados aos seus filhos, através da informação e do aconselhamento, fornecendo, assim, o ensino efectivo de determinadas tarefas de cuidados e aperfeiçoamento de outras.

O apoio formal, prestado pelo enfermeiro, aparece ainda que em menor percentagem (50% das entrevistas) associado ao contributo do enfermeiro para o bem-estar da mãe, traduzindo-se em segurança e tranquilidade.

“E depois foi no início, nos primeiros dias, porque eu não tinha ninguém para ajudar para acompanhar, foram as enfermeiras que me ajudaram.”.

(participante 8, parágrafo 2)

“...a enfermeira veio, deu-me segurança, ajudou-me por exemplo a resolver a descida do leite, esteve a fazer a massagem e eu sabia, deu-me segurança.”
(participante 4, parágrafo 14)

“Se os enfermeiros não tivessem vindo não sei como teria sido, não tinha superado o cansaço porque foi complicado e eu não tinha orientação de nada. E aqui neste lugar todo o mundo trabalha, é difícil ter alguém com disposição para te poder ajudar...”
(participante 8, parágrafo 19)

“Eu achei tudo perfeito, ... trataram-me muito bem e explicaram-me tudo, sobre o umbigo, como amamentar e além disso eu estava sozinha.”
(participante 3, parágrafo 9)

Antes de mostrarmos em mais detalhe o que as participantes referem ao nível dos contributos do enfermeiro, quer ao nível da prestação de cuidados, quer ao nível do bem-estar da mãe, apresentamos a categoria actividades desenvolvidas pelo enfermeiro (na dimensão da figura do enfermeiro) aquando da visita domiciliária.

Figura do Enfermeiro

Actividades Desenvolvidas pelo Enfermeiro na Visita Domiciliária

Das actividades de enfermagem desenvolvidas na visita domiciliária foram referidas 21 (um total de 109 unidades de registo). A actividade referida com maior frequência (em 90% das entrevistadas) foi 1) a realização do diagnóstico precoce (e.g. teste do pezinho), seguindo-se 2) o ensino feito pelo enfermeiro sobre a amamentação, 3) o aconselhamento (i.e. como cuidar do bebé, organização da casa para melhor adaptar às necessidades do bebé, alimentação do bebé, cuidados maternos, sobretudo físicos, e aconselhamento ao nível do planeamento familiar), e 4) o encaminhamento (i.e. encaminhamento para os recursos da comunidade, nomeadamente, marcação de consultas de saúde infantil e de revisão de parto, nas unidades de saúde). Metade das entrevistadas referem, ainda, o ensino sobre o banho do bebé, e outras informações dadas pelo enfermeiro de acordo com as necessidades verbalizadas pelas mães (e. i. massagem e lavagem da boca do bebé, alimentação) e a observação das

condições de habitação do bebé (i.e. adequação do espaço ao bebé). A observação da mãe (i.e., observação física) e a observação do bebé surgem em 40% das entrevistadas, a par do ensino sobre o coto umbilical.

Quadro 5

Subcategorias englobadas na categoria Actividades desenvolvidas pelo enfermeiro na visita domiciliária, com o número de unidades de registo (UR) e número de participantes (N)

Actividades desenvolvidas pelo enfermeiro na visita domiciliária		
Sub-categorias	UR	N
Realização do diagnóstico precoce	15	9
Ensino feito do enfermeiro sobre amamentação	14	6
Aconselhamento na visita domiciliária	13	6
Encaminhamento feito pelo enfermeiro	9	6
Ensino sobre o banho do bebé	6	5
Outras informações dadas pelo enfermeiro	5	5
Observação das condições de habitação do bebé	6	5
Ensino sobre o coto umbilical	6	4
Observação da mãe	7	4
Observação do bebé	7	4
Ensino sobre a massagem do bebé	4	3
Realização da massagem no bebé	2	2
Esclarecimento de dúvidas na visita domiciliária	4	2
Ensino do enfermeiro sobre como pegar no bebé	2	2
Ensino sobre como deitar o bebé	2	2
Cuidados directos ao coto umbilical	1	1
Ensino sobre a lavagem da boca do bebé	1	1
Ensino sobre o choro do bebé	1	1
Explicação acerca do teste do pezinho	1	1
Ensino do enfermeiro na toma do biberão	1	1
Informação sobre os métodos contraceptivos	1	1

Apresentamos alguns exemplos extraídos das entrevistas, que traduzem bem, não só algumas actividades desenvolvidas pelo enfermeiro na visita domiciliária, mas também os contributos positivos dessas actividades, quer na prestação de cuidados, quer no bem-estar da mãe.

“...quando aparecem assim a seguir da maternidade, é bom, ajuda, ensina, tira dúvidas...”

(participante 1, parágrafo 5)

“...falei sobre isso com a enfermeira e ela aconselhou-me sobre as massagens à barriga, como é que eu devia fazer, ... deu-me algumas informações sobre como me sentar e como colocar o bebé, foi muito útil porque assim consegui dar melhor a maminha, ele mamava melhor e eu não me doía tanto.”

(participante 10, parágrafo 10)

“...a enfermeira explicou a massagem para o bebé acalmar e como pegar no colo, a mamar também me ensinou a dar a mama...”

(participante 8, parágrafo 8)

“...fizeram o teste do pezinho dele e depois estivemos a falar sobre as nossas dúvidas, viram o bebé para ver se estava tudo bem...”

(participante 5, parágrafo 9)

“...a enfermeira marcou logo tudo, foi bom. Até a consulta do pós-parto, assim não me esqueço.”

(participante 2, parágrafo 9)

“A enfermeira marcou logo a consulta e até para mim para fazer a revisão de parto e começar a tomar a pílula, também me aconselhou.”

(participante 9, parágrafo 24)

Contributos do enfermeiro na prestação de cuidados

Relativamente ao contributo do enfermeiro na prestação de cuidados, este foi relatado por 80% das entrevistadas. Dentro desta categoria foram distribuídas 83 unidades de registo por 12 subcategorias (Quadro 6): O contributo na amamentação, a aquisição de informação para

prestar cuidados ao bebé e o contributo do enfermeiro como técnico especializado surgem imediatamente a seguir (70% das entrevistadas). Com percentagem menor surgem unidades de registo que remetem para o contributo do enfermeiro na prestação de cuidados específicos ao bebé, e que se distribuem por diferentes sub-categorias: nos cuidados do coto umbilical, no alívio das cólicas, na organização do espaço, no cuidado da pele, cuidados sem situações de icterícia.

Quadro 6

Subcategorias englobadas na categoria Contributo do enfermeiro na prestação de cuidados maternos, com o número de unidades de registo (UR) e número de participantes (N) por subcategoria

Contributo do enfermeiro na prestação de cuidados maternos		
<i>Sub-categorias</i>	UR	N
Contributo do enfermeiro na amamentação	22	7
Contributo do enfermeiro como técnico especializado	26	7
Contributo do enfermeiro para aquisição de informação para prestar cuidados ao bebé	14	7
Contributo do enfermeiro no esclarecimento de dúvidas	8	4
Contributo do enfermeiro no ser mãe	3	3
Contributo do enfermeiro nos cuidados ao coto umbilical	3	3
Contributo do enfermeiro no alívio das cólicas	2	2
Contributo do enfermeiro na organização do espaço	2	2
Contributo do enfermeiro no cuidado da pele do bebé	1	1
Contributo do enfermeiro nos cuidados a ter com icterícia	1	1
Contributo do enfermeiro para ultrapassar a fase do puerpério	1	1

Destacamos alguns exemplos para as sub-categorias mencionadas:

“A visita contribuiu na maneira como amamentava, sobretudo aí, e foi bom porque ainda amamento... Ajuda a explicar as nossas dúvidas na alimentação do

bebé e também no banho, é diferente ser o enfermeiro a explicar as coisas, é mais certo, ele sabe as coisas certas.”

(participante 3, parágrafo 7)

“Ajudou-me muito, parece que não sabemos nada...quando chegamos a casa temos muitas dúvidas e quando vêm cá, dá para ver como é que cuidamos, como é que o bebé está. E isso ajuda-nos a ter mais informação para fazermos as coisas melhores.”

(participante 5, parágrafo 18)

“...foi mesmo na altura exacta da subida do leite e calhou ela vir cá e ajudou-me imenso porque a partir daí consegui eu controlar sozinha...”

(participante 7, parágrafo 11)

“Eu fui ouvindo as coisas que ela disse também e aí foi tudo mais fácil, melhor, fiquei mais calma mesmo, senti que não estava sozinha elas estavam aqui para ajudar mesmo, e aí foi bom.”

(participante 8, parágrafo 20)

“É um papel tão importante o do enfermeiro, porque é ele que nos ensina a lidar com o bebé. ...Quando tiras as dúvidas mesmo é com as enfermeiras e que aprende mesmo as coisas certas é com as enfermeiras.”

(participante 1, parágrafo 11)

“O aspecto da amamentação foi fundamental senão eu acho que tinha desistido e também como deitar o bebé, Muda sem dúvida a forma como cuidamos do bebé porque nos primeiros dias estamos ainda muito perdidos.”

(participante 4, parágrafo 16)

“...as enfermeiras aconselharam-me para ver se passava mais depressa, sem ter a necessidade de fazer as luzes. Então seguimos os conselhos e ele apanhou muita luz solar e não precisou de ir para o hospital.”

(participante 5, parágrafo 10-11)

“...a enfermeira veio cá explicou-me tudo sobre como devia dar o banho, no dormir também me disse como deitá-lo, foi bom porque eu pensava que não se podia deitar de costas, agora já deito porque ela me explicou.”

(participante 2, parágrafo 6)

“...ela aconselhou-me sobre as massagens à barriga, como é que eu devia fazer ... deu-me algumas informações sobre como me sentar e como colocar o bebé, foi muito útil porque assim consegui dar melhor a maminha, ele mamava melhor e eu não me doía tanto.”

(participante 10, parágrafo 9)

Contributos do enfermeiro no bem-estar pessoal

Esta categoria agrupa quatro subcategorias (Quadro 7), destacando-se: o sentimento de bem-estar, pelo facto dos cuidados serem prestados em casa, o sentimento de segurança e o sentimento de tranquilidade com a visita domiciliária.

Quadro 7

Subcategorias englobadas na categoria Contributo do enfermeiro no bem-estar, com o número de unidades de registo (UR) e número de participantes (N) por subcategoria

Categoria: Contributo do enfermeiro no bem-estar pessoal

Sub-categorias	UR	N
Sentimento de bem-estar pelo contexto domiciliário	24	6
Sentimento de segurança com a visita domiciliária	24	6
Sentimento de tranquilidade com a visita domiciliária	14	6
Sentimento de bem-estar com a visita domiciliária sem especificação	2	2

Compreende-se porque é que as participantes associam o contexto domiciliário ao bem-estar, uma vez que nesta face de algumas limitações físicas, quer no que toca ao desconforto, quer no que toca à mobilidade, é muito vantajoso a visita no domicílio.

Destacamos alguns exemplos que ilustram o contributo do enfermeiro no bem-estar pessoal associado ao facto dos cuidados serem prestados em casa da puérpera:

“O mais importante para mim foi ela vir cá (casa) e eu não ter ido lá (centro de saúde). Acho que foi o melhor...”

(participante 2, parágrafo 7)

“...aqui é uma maravilha porque ele, ... anda um bocadinho, conhece os cheiros, conhece os sítios e acalma muito melhor, é tão pequenino. É mais confortável e os pais sentem-se muito mais seguros. E fazem uma quantidade de coisas.”

(participante 9, parágrafo 28)

“A visita é um serviço que nos transmite segurança porque é um profissional que tem conhecimentos a aconselhar-nos.”

(participante 5, parágrafo 17)

Visita Domiciliária

Importância Atribuída à Visita Domiciliária

Na quase totalidade das entrevistas (90%) é dada muita importância à visita domiciliária. Dentro desta categoria destacam-se duas sub-categorias: a importância da relação estabelecida com o enfermeiro (20%), bem como a importância do enfermeiro como entidade (20%). A relação estabelecida com o enfermeiro revela-se benéfica para o processo de cuidados e ainda para a continuidade dos mesmos em termos de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças:

“...é importante ser um técnico, é diferente dos amigos, a segurança que a pessoa sente com o profissional, com a enfermeira que tem experiência na área, que é especializada é muito importante....esta pessoa tem conhecimento o que facilita e tranquiliza.” (participante 4, parágrafo 12)

“...ajudam a ser melhores pais e sentimo-nos mais seguros e apoiados, é só isso, acho que é muito importante termos o apoio de um técnico que nos sabe ensinar e aconselhar, deixa-nos mais tranquilos.”

(participante 9, parágrafo 34)

“...foi logo o estabelecimento de uma relação em casa que é completamente diferente, estamos muito à vontade porque nós irmos logo no início para qualquer lado parece que é tudo novo até temos medo de nos mexermos (ri) e na nossa casa estamos no nosso espaço estamos mais à vontade, pronto, e depois foi um elo de ligação logo.”

(participante 5, parágrafo 15)

Fazendo uma análise de co-ocorrências, podemos verificar que a importância atribuída à visita domiciliária aparece associada sobretudo (60%) ao contributo do enfermeiro no bem-estar da mãe e à percepção do enfermeiro como fonte de apoio formal percebido (60%), bem como ao contributo deste ao nível das actividades que desenvolve e mais concretamente na prestação de cuidados.

Atitude Geral face à Visita Domiciliária

Relativamente às atitudes face à visita domiciliária, todas as entrevistadas referem ter uma atitude positiva face à mesma, referindo-se à mesma como sendo um serviço bom, fundamental, essencial e até, perfeito. Os benefícios na prestação de cuidados e no bem-estar adquirido são o fundamento para esta atitude.

“Foi ótima a visita, a enfermeira era muito simpática, mas foi uma visita que foi muito boa.” (Participante 6, Parágrafo 6)

“Foi muito bom a enfermeira ter vindo cá, eu não tenho ninguém. Sim, foi muito importante ter vindo cá a casa, foi a melhor coisa que eu tive”

(Participante 8, parágrafo 10)

“Achei que foi muito útil, muito positiva a visita dela, colocou-me questões que eu nem estava a pensar, sobre o bebé e como cuidar dele, por exemplo, como deitar e como acordá-lo. Também me deu algumas dicas para o banho que forma muito importantes. “

(Participante 10, parágrafo 10)

A análise de co-ocorrências permite entender melhor este resultado (Quadro 8): a atitude positiva face à visita domiciliária aparece sobretudo associada ao contributo do enfermeiro para o bem-estar da mãe e às actividades que o enfermeiro desenvolve na visita.

Quadro 8

Co-ocorrências da categoria Atitude face à visita domiciliária

	Categorias associadas	N
Categoria: Atitude face à visita domiciliária	Contributos do enfermeiro no bem-estar	6
	Actividades desenvolvidas pelo enfermeiro na visita	5
	Mudanças com o nascimento do bebé	2

Capítulo 5 – Discussão

O presente trabalho pretendeu averiguar qual o contributo do enfermeiro no processo de adaptação à maternidade. Apesar de no contexto nacional este tópico não ter merecido até então uma investigação sistemática, o mesmo tem sido alvo de um vasto conjunto de investigações longitudinais noutros países (eg. Olds, 2002). McNaughton (2000), por exemplo, realizou uma síntese dos estudos efectuados sobre visitação domiciliária e verificou que o papel deste é fundamental no processo de identificação e resolução de problemas por parte das mães, apoiando a sua autonomia e processo de tomada de decisões sobre os cuidados que devem ser prestados ao bebé. Em termos gerais, os resultados encontrados neste trabalho vão ao encontro dos resultados de McNaughton (2000): dado que todas as participantes referiram terem sentido mudanças com o nascimento do bebé, as mesmas consideraram o enfermeiro como uma fonte de apoio formal importante no decorrer deste processo. Também em 1998, o Council on Child and Adolescent Health enfatizou o papel que o enfermeiro dos programas de visita domiciliária possui enquanto fonte de apoio social. Este apoio é essencialmente traduzido na ajuda prestada pelo enfermeiro, sobretudo na prestação de cuidados ao bebé. Este apoio parece ter um maior conjunto de benefícios em diferentes áreas (e.g. área do planeamento familiar, auto-estima das mães e participação das mesmas no processo de maternidade, assim como no desenvolvimento das crianças), quando comparado com o mesmo apoio mas prestado por paraprofissionais (Olds e tal., 2004). Igualmente importante é o facto de alguns estudos mostrarem que o suporte está associado a uma maior competência parental (e.g. Park, 2003).

Podemos considerar que o enfermeiro funciona, como um suporte emocional, pelo seu contributo no bem-estar da mãe, e instrumental, através do seu contributo na prestação de cuidados e nas múltiplas informações que fornece às mães. Seeman (2000, citado por Siqueira, 2008), refere que estas são as duas maiores categorias de suporte social, considera que o suporte informacional (também presente neste estudo na figura do enfermeiro) se enquadra no suporte instrumental. Nesta perspectiva, o suporte social é considerado gerador de benefícios para a saúde, tanto física como mental, encontrando-se, assim, associado ao bem-estar (Rapoport & Piccinini, 2006).

Os resultados encontrados indicam, igualmente, que todas as participantes reconhecem o contributo do enfermeiro para o seu bem-estar pessoal, salientando a importância deste para aumentar a sua segurança e tranquilidade ao prestar esse serviço no seu contexto familiar. Tal como Zeanah, Larrieu e Boris (2006) referem, a relação entre enfermeiro e mãe parece ser um

veículo fundamental para fomentar uma boa relação da mãe com o bebé, e para o estabelecimento desta relação é fundamental capacitar as mães para este novo papel, dando-lhe maior percepção de controlo nesta nova fase da sua vida (e.g. McNaughton, 2000). Por seu lado, a importância atribuída por estas mães à prestação deste apoio no contexto familiar parece indicar, tendo em conta a perspectiva bio-ecológica de Bronfenbrenner (1994/2002), que as variáveis do contexto podem ser determinantes para a percepção de auto-eficácia das mães primíparas.

Capítulo 6 – Conclusões

Os resultados do presente estudo são reveladores dos contributos que a visita domiciliária realizada pelo enfermeiro pode fornecer no processo de adaptação à maternidade.

Este estudo faz-nos acreditar que uma melhor compreensão deste fenómeno permitirá aos enfermeiros, a obtenção de mais conhecimentos relativamente à visita domiciliária e ao papel que estes podem ter na mesma, no sentido de promover uma melhor adaptação à maternidade e consequentemente promoverem a saúde física e mental das mães e o adequado crescimento e desenvolvimento das crianças. Estes resultados vão ao encontro do que tem sido evidenciado na literatura (Olds et al., 2004 & Olds, 2002), o que vem reforçar a importância que deve ser dada a medidas desta natureza, uma vez que tem-se verificado que estes programas têm implicações na vida das mães e das crianças, a curto e longo prazo: As mães tornam-se mais capazes e responsáveis nas suas tarefas, promovendo ambientes propícios ao adequado desenvolvimento das crianças. Estes benefícios têm-se revelado nomeadamente na prevenção do mau trato e da negligência nas crianças.

Apesar do seu contributo, poderão ser apontadas algumas limitações ao mesmo. Tratando-se de um estudo exploratório, poderia ter beneficiado se as perguntas constantes do guião da entrevista fossem, nalguns casos, mais abertas. No entanto, foi nossa opção direccionar a entrevista para os objectivos delineados, assumindo um carácter semi-estruturado. Consideramos, paralelamente, que esta opção não comprometeu a diversidade, a veracidade e riqueza dos dados obtidos. Em termos futuros, seria importante complementar este estudo com outros que possibilitassem analisar o impacto deste serviço em variáveis psicológicas (e.g. ansiedade da mãe e depressão pós-parto; preocupações parentais; stress parental) e da relação mãe - bebé (e.g. vinculação). Da mesma forma, também traria benefícios compreender melhor a influência das características da pessoa que efectua a visita domiciliária e o tipo de programa de visita domiciliária atendendo ao contexto em que se aplica. Tal como Olds et al. (2004) e Olds (2002), enfatiza nos seus estudos, é importante que se façam programas adequados à realidade de cada contexto ambiental.

Do ponto de vista dos benefícios para o bebé, também seria pertinente debruçarmo-nos sobre o impacto da visita domiciliária em termos de desenvolvimento do mesmo num período mais alargado (i.e. condução de um estudo longitudinal). Numa outra perspectiva e dentro da dimensão da criança, seria bom perceber também, se estas visitas contribuem para a prevenção da negligência e do mau trato no contexto do nosso país.

Em suma, uma vez que os programas de visita domiciliária podem ter efeitos muito positivos no desenvolvimento das crianças através da sua aplicação no período pré natal,

parto/nascimento e a longo prazo (i.e. no desenvolvimento social e emocional) e das famílias, como o Council on Child and Adolescent Health, 1998, enfatizou, estes deveriam constar das estratégias de saúde delineadas pelas entidades governamentais competentes.

A família é uma entidade de valor inestimável e representa o pilar de desenvolvimento dos seus membros; o nascimento de um bebé implica responsabilidades paternas, familiares mas também sociais. Compete, assim, aos serviços de saúde, especialistas na área da saúde reprodutiva (i.e. saúde materna e planeamento familiar), utilizar estratégias de intervenção assertivas e com benefícios a curto e longo prazo no desenvolvimento das crianças.

A visita domiciliária pode ser um instrumento utilizado pelos enfermeiros que trabalham na comunidade, no sentido de trabalhar junto das famílias e com as famílias, actuando nos seus ambientes e nas suas necessidades, promovendo a saúde e a continuidade dos cuidados.

As entidades governamentais responsáveis, deveriam, assim, reconhecer: 1) o valor da visita domiciliária no processo de adaptação à maternidade e os benefícios em saúde para as famílias e as crianças que daí advém; 2) A necessidade de implementar um programa de visita domiciliária e o tipo de programa a adaptar em cada contexto ambiental (i.e. para cada contexto avaliar as necessidades da população e as suas características de forma a adequar o programa de visitas domiciliárias às mesmas); 3) Supervisionar e avaliar os programas de visita domiciliária de forma a garantir que estes estejam a traduzir-se em benefícios para as famílias e adequar as práticas se se julgar necessário, uma vez que as intervenções precoces nesta área reduzem também os seus custos financeiros.

Referências

- American Academy of pediatrics, Council on child and adolescent health. The role of home-visitation in improving health outcomes for children and families. *Pediatrics*, 101, 3, 486 – 489. Retirado de:
<http://aappolicy.aappublications.org/cgi/reprint/pediatrics;101/3/486.pdf>
- Alarcão, M. (2006). *(Des) Equilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto
- Algarvio, S. & leal, I. (2004) preocupações parentais: Validação de um instrumento de medida. Retirado de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v5n2/v5n2a02.pdf>
- Ball, J.B. (1994). *Reaction to motherhood – the role of postnatal care*. Stanford: Midwives Press.
- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições70.
- Barrera, M. Jr. (1986). Distinctions between social support concepts, measures and models. *American Journal of Community Psychology*, 4, 413-445.
- Bayle, F. (2006). *À volta do nascimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Biscaia, A. R., (2008). *Os cuidados de saúde primários em Portugal – Reformar para novos sucessos*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Bloomberg, L.D., Volpe, M. (2008). *Completing your qualitative dissertation*. California: Sage.
- Bobak, I. M. (1999). Genética, concepção e desenvolvimento fetal. In I. M. Bobak, & D. L. Lowdermilk, & M. D. Jensen, (Eds.) *Enfermagem na maternidade* (4ª ed.) (pp.61-94). Loures: Lusociência. (Obra original publicada em 1991).
- Branden, P. S. (2000). *Enfermagem materno-infantil* (C. H. Consendey, Trad.). Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores. (Obra original publicada em 1998).
- Brazelton, T. B., & B. G. Cramer (2004). *A relação mais precoce - os pais os bebés e a interação precoce* (F. Duarte, Trad.). Lisboa: terramar. (obra original publicada em 1989).
- Bronfenbrenner, U. (2002). A ecologia do desenvolvimento humano: experimentosnaturaise planejados (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: artmed editora. (obra original publicada em 1994).
- Canavarro, M. C., & Pedrosa, A. A. (2005). Transição para a parentalidade: Compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. 225-255). Lisboa: Fim de Século.

- Canavarro, M. C. (2006). Gravidez e maternidade: representações e tarefas de desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Eds.). *Psicologia da gravidez e da maternidade* (2ª ed.) (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto Editora.
- Caplan, G. (1974). *Support Systems and community Mental Health*. Nova Iorque: Basic Books.
- Cashion, K., & Jonhston, C. L. A. (1999). Cuidados de enfermagem no período pós-parto. In I. M. Bobak, & D. L. Lowdermilk, & M. D. Jensen, (Eds.). *Enfermagem na maternidade* (Lusociência – edições técnicas e científicas, Lda, Trad.) (4ª ed.) (pp.482-528). Loures: Lusociência. (Obra original publicada em 1991).
- Centeno, M. (2005). Puerpério e lactação. In L. M. Graça (Ed.), *Medicina materno – fetal* (pp. 327-332). Lisboa: Lidel.
- Colman, L. L. & Colman, A. D. (1994). *Gravidez – A experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Cowan, C. & Cowan, P. (1988). Change in marriage during the transition to parenthood: must we blame the baby? In G. Y. Michaels, & W. A Goldberg, (Eds.). *The transition to parenthood: current theory and research* (pp.114 – 144), Cambridge: Cambridge University Press.
- Egry, E. Y. & Fonseca, R. M. G. S. (2000). A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde colectiva. *Ver. Esc.Enf. USP*,34, 233-239.
- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica* (A. M. Parreira, Trad.). Lisboa: Monitor. (Obra original publicada em 2002).
- Gomes-Pedro, J. & Nugent, J. K. & Young, J. G. & Brazelton, T. B. (2005). *A criança e a família no século XXI*. Lisboa: Dinalivro.
- Hassmiller, S. (1999). A Saúde pública, os sistemas de cuidados de saúde primários e a reforma dos cuidados de saúde. In M. Stanhope, & J. Lancaster (Eds.). *Enfermagem comunitária* (M. A. Negrão, & M. A. Santos, & M. C. Fonseca, & M.E. Guimarães, & M. E. Tojal, & M. L. Abecasis, Trad.) (4ª ed.) (pp. 35-50).. Loures: Lusociência. (Obra original publicada em 1996).
- Hohaus, L., & Berah, E. (1996). Stress, achievement, marriage and social support: effects on the psychological well-being of physicians entering midlife/mid-career. *Psychology and Health*, 11, 715-731.
- Holanda, A. (2006). Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. *Análise psicológica*, 3, 363-372.
- Kitzinger, S. (1996). *Mães – Um estudo Antropológico da maternidade* (A. F. Bastos & L. Leitão, trad.). Lisboa: Editorial presença. (Obra original publicada em 1978).

- Loveland-Cherry, C. (1999). Riscos de saúde familiar. In M. Stanhope, & J. Lancaster (Eds.). *Enfermagem comunitária* (M. A. Negrão, & M. A. Santos, & M. C. Fonseca, & M.E. Guimarães, & M. E. Tojal, & M. L. Abecasis, Trad.) (4ª ed.) (pp. 519-542). Loures: Lusociência. (Obra original publicada em 1996).
- Lowdermilk, D. L. (1999). Cuidados domiciliários. In I. M. Bobak, & D. L. Lowdermilk, & M. D. Jensen, (Eds.). *Enfermagem na maternidade* (Lusociência – edições técnicas e científicas, Lda, Trad.) (4ª ed.) (pp.529-553). Loures: Lusociência. (Obra original publicada em 1991).
- Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E., & Bobak, I. M., (2002). *O cuidado em enfermagem materna* (A. Thorel, trad.) (5ª ed). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 1999).
- Maldonado, M. T. (2000) *Psicologia da gravidez*. São Paulo: Saraiva.
- McCourt, C. (2009). Social Support and childbirth. In C. Squire, The social context of birth. Retirado de <http://www.radcliffeoxford.com/books/bookdetail.aspx?isbn=1846192536>
- McNamara, E. (1998). Cuidados de enfermagem no domicílio. In Sorensen & Luckmann (Eds.). *Enfermagem fundamental – Abordagem psicofisiológica* (M. T. Leal & A. G. Almeida & B. M. Corrêa & F. Gaspar & G. Mouga & I. Albernaz & J. Reis & L. Abecasis & L. Andrade & M. A. Madeira & M. C. Durão & M. C. Simões & M. R. E. Reis & M. Saraiva & S. Ribeiro, Trad.) (1ª ed.) (pp.493-513). Lisboa: Lusodidacta. (Obra original publicada em 1994).
- McNaughton, D. (2000). A Synthesis of Qualitative Home Visiting Research. *Public Health Nursing*, 17, 405-414.** Retirado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1525-1446.2000.00405.x/abstract>
- Moura-Ramos, M., & Canavarro, M. C. (2007). Adaptação parental ao nascimento de um filho: Comparação da reactividade emocional e psicossintomatologia entre pais e mães nos primeiros dias após o parto e oito meses após o parto. *Análise Psicológica*, 3, 399-413.
- Olds, D. L. (2002). Prenatal and infancy home visiting by nurses from: randomized trials to community replication. *Prevention science*, 3, 153-172.
- Olds, D. L., Robinson, J. & Luckey, D., & Holmberg, J. (2004). Effects of home visiting by Paraprofessionals and by nurses: age 4 Follow-UP Results of a Randomized Trial. *Pediatrics*, 114, 1560 – 1568.
- Oliveira, C., & Pedrosa, A. A., & Canavarro, M. C. (2005). Gravidez, parentalidade e mudanças. Stress e adaptação nos processos de transição para a parentalidade. In M. A.

- Pinto, & L. A. Silva. *Stress e bem-estar. Modelos e Domínios de Aplicação* (1ª ed.) (pp. 59-83). Lisboa: Climepsi Editores.
- Ornelas, J. (2008). *Psicologia Comunitária*. Lisboa: Fim de Século.
- Park, J. (2003). A family perspective on home visiting programs. Retirado de http://www.familyimpactseminars.org/fia_analyses_fphvp.pdf
- Rapoport, A. & Piccinini, C. A. (2006). Apoio social e experiência da maternidade. Ver Bras Crescimento Desenvolv Hum. 16, 85 – 96. Retirado de: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbcdh/v16n1/09.pdf>
- Ribeiro, J.L. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis Editora/Livpsic.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise psicológica*, 3 (XVII): 547- 558
- Serra, A. (2005). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edição do Autor.
- Siqueira, M. M. M. (2008). Construção e validação da escala de percepção de suporte social. *Psicologia em estudo*, 2, 381-388.
- Stern, D. N. & Stern, N. B. (2000). *O nascimento de uma mãe - como a experiência da maternidade transforma uma mulher*. Porto: Ambar.
- Sweet, M., Appelbaum, M. (2004). Is home Visiting an Effective Strategy? A Meta- Analytic Review of Home Visiting Programs for Families with Young Children. *Child Development*, 75, 1435 – 1456.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação – O processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições sílabo.
- Williams, R. P. (1999). Dinâmica familiar após o nascimento. In I. M. Bobak, & D. L. Lowdermilk, & M. D. Jensen, (Eds.). *Enfermagem na maternidade* (Lusociência – edições técnicas e científicas, Lda, Trad.) (4ª ed.) (pp.61-94). Loures: Lusociência. (Obra original publicada em 1991).
- Zeanah, P. D. & Larrieu, A. & Boris, N. W. (2008). Nurse home visiting: perspectives from nurses. *Infant mental health journal*, v 27, 41 – 54.
- Retirado de : <http://www.unisa.edu.au/hawkeinstitute/cslplc/documents/zeanah.pdf>

Anexos

Anexo A - Protocolo para as visitas domiciliárias

Intervenções pré-visita:

1. A enfermeira deverá contactar a família no sentido de organizar a visita englobando actividades como:
 - 1) Apresentação da enfermeira e da instituição;
 - 2) Reforçar a finalidade da visita;
 - 3) Acordar a data conveniente para a visita;
 - 4) Confirmar a morada e o trajecto para a mesma.
2. Rever e esclarecer todos os dados referentes à mãe, ao RN e ao contacto efectuado;
3. Identificar os recursos comunitários e materiais necessários;
4. Planear a visita com a organização do material;

Intervenções em casa:

- Estabelecer o relacionamento;
 1. Apresentar-se novamente à família e relembrar o objectivo da visita e dar oportunidade para que a família expresse as suas expectativas sobre a visita;
 2. Dar tempo para interagir com a família de forma a estabelecer um relacionamento;
- Trabalho com a família;
 1. Conduzir a avaliação sistemática da mãe e do RN para determinar a sua adaptação e alguma complicação;
 2. Colher dados para verificar a adaptação emocional dos membros da família ao nascimento e às modificações no estilo de vida. Observar as interacções e relações familiares;
 3. Avaliar os recursos de apoio para as tarefas domésticas, para o repouso da mãe, para cuidar dos outros filhos e do próprio RN;
 4. Observar o ambiente doméstico quanto aos recursos, adequação das instalações, espaço, privacidade, limpeza e estado de conservação, condições e recursos para cuidar do RN;
 5. Observar o ambiente doméstico quanto ao estado de conservação e de segurança;

6. Prestar cuidados à mãe e ao RN, de acordo com as necessidades;
 7. Proporcionar orientação com base nas necessidades identificadas previamente;
 8. Encaminhar a família para as instituições ou recursos comunitários de apoio, se necessário;
 9. Garantir que a mulher esteja atenta para possíveis problemas e quais os recursos disponíveis;
 10. Garantir que o seu equipamento está devidamente organizado após a visita;
- Encerrar a visita;
1. Resumir as actividades e os pontos principais da visita;
 2. Esclarecer futuras expectativas;
 3. Rever o plano de ensino efectuado e fornecer os pontos importantes por escrito;
 4. Providenciar informações sobre o acesso à enfermeira ou à instituição, caso necessário;

Intervenções pós-visita;

1. Documentar a visita completamente, usando os formulários da instituição;
2. Iniciar o plano de cuidados sobre o qual será baseado o próximo encontro;
3. Organizar os encaminhamentos se necessário.

Anexo B – Pedido de autorização para realização do estudo

Exmo. Sr. Dr. J. Fernandes Martins

Director Executivo Do Agrupamento da Grande Lisboa VIII

ACES VIII Sintra-Mafra

No âmbito da Tese de Mestrado em Psicologia Comunitária e Protecção de Menores do Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa/Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE/IUL), no Departamento de Psicologia Social e das Organizações do mesmo Instituto, Natália Alves Rodrigues, enfermeira a exercer funções no ACES VIII está a desenvolver um estudo, para o qual solicita a vossa autorização. O projecto de investigação “Percepções sobre a visita domiciliária na adaptação à maternidade: um estudo qualitativo” tem como objectivo compreender, no puerpério, as percepções das mães sobre a intervenção dos enfermeiros na visita domiciliária.

O estudo é realizado sob a supervisão da Prof. Doutora Joana Dias Alexandre investigadora do Centro de Investigação e Intervenção Social do Instituto Universitário de Lisboa (CIS/ISCTE-IUL). O presente estudo envolve a realização de entrevistas individuais com a duração máxima de 1h 30 minutos, em contexto domiciliário, a mães primíparas. É pedida a participação das mães no preenchimento de um pequeno questionário.

Verificado o interesse de integração do ACES neste projecto, teremos naturalmente todo o prazer em apresentar os detalhes da investigação, bem como os objectivos específicos que a orientam. A recolha e tratamento dos dados realiza-se no estrito cumprimento das normas e procedimentos indicados pela Comissão Nacional de Protecção de Dados, e concretizar-se-á apenas após a autorização do ACES e das respectivas mães.

Caso pretenda obter desde já algum esclarecimento adicional, poderá entrar em contacto com a equipa de investigação, através do endereço de correio electrónico, para o telefone ou para o número de fax -----

Agradecendo antecipadamente a sua disponibilidade para participar neste projecto, enviamos os nossos melhores cumprimentos.

A investigadora Responsável

Dr.^a Joana Dias Alexandre

(CIS/ISCTE-IUL)

Lisboa, -----Novembro de 2010

Anexo C – Consentimento informado para as participantes

PEDIDO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Cara, mãe

O nascimento de um bebé é uma aventura repleta de experiências inigualáveis e cada mulher sente e vive o “ser mãe” de maneira diferente. Na maternidade a mãe é apoiada no seu novo papel pelos enfermeiros, na chegada a casa está muitas vezes rodeada do companheiro, amigos, família e da comunidade.

A sua experiência como mãe é muito importante. Vimos por isso pedir a sua colaboração para participar num estudo de investigação na área da maternidade e o contributo que os enfermeiros dão durante a visita domiciliária. Este estudo está a ser realizado por Natália Alves Rodrigues, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, no âmbito de uma Tese de Mestrado e é coordenado por uma investigadora do Centro de Investigação e Intervenção Social do Instituto Universitário de Lisboa (CIS/ISCTE-IUL), – Joana Dias Alexandre. Envolverá uma entrevista individual, cuja duração será entre 30 a 90 minutos. A entrevista será realizada no seu domicílio e será gravada de modo a facilitar a análise da informação obtida. A sua participação é voluntária, e as suas respostas são totalmente anónimas. Será também pedida alguma informação mínima como a idade, naturalidade e tipo de parto.

Para qualquer esclarecimento adicional, queira, por favor, contactar-nos para o endereço electrónico, joana.alexandre@iscte.pt, ou pelo telefone 217903207.

Sem outro assunto, subscrevemo-nos, agradecendo desde já a sua amável colaboração.

Com os nossos melhores cumprimentos,

A investigadora Responsável

Dr.^a Joana Dias Alexandre

(CIS/ISCTE-IUL)

Lisboa, -----Novembro de 2010