ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

O ENFERMEIRO DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NO PUERPÉRIO – DA NECESSIDADE DE CUIDADOS ÀS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Dissertação de Mestrado

Catarina Alexandra Ribeiro de Sousa

Porto, 2018

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

THE NURSE MIDWIFE IN THE PUERPERIUM – FROM THE NEED OF NURSING CARE TO THE NURSING INTERVENTIONS

"Dissertação orientada pela Professora Doutora Cândida Koch e Coorientada pela Professora Doutora Ana Paula Prata"

Catarina Alexandra Ribeiro de Sousa

Porto, 2018

Conheça todas as teorias,

Domine todas as técnicas,

Mas ao tocar uma alma humana

Seja apenas outra alma humana.

Carl G. Jung

AGRADECIMENTO E DEDICATÓRIA

O caminho percorrido para a elaboração deste trabalho só foi possível graças ao apoio e à confiança de diversas pessoas, às quais gostaria de deixar o meu profundo agradecimento.

Às minhas orientadoras, Professora Doutora Cândida Koch e Professora Doutora Ana Paula Prata, não só pelo rigor e competência científica, mas também pelo incentivo, disponibilidade e acompanhamento durante esta etapa.

À minha avó que está no céu, pelo amor incondicional.

À minha mãe pelas palavras sábias nos momentos mais difíceis e por me fazer acreditar no meu valor.

Ao meu marido, pelo amor, paciência e compreensão.

Às minhas amigas Luciana, Vera e Joana pela disponibilidade e por escutarem os meus desabafos.

Às mulheres que participaram neste estudo pelo contributo e confiança.

À Enfermeira Chefe do Serviço de Obstetrícia do CHSJ, Maria do Carmo Prucha, por acreditar no potencial deste estudo e pelo apoio constante.

Ao CHSJ e ao Serviço de Obstetrícia, por terem tornado possível a concretização deste trabalho.

LISTA DE ABREVIATURAS

AM - Aleitamento Materno

CHSJ – Centro Hospitalar de São João

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Cit. por – Citado por

DP – Desvio Padrão

EESMO - Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

ICNP - International Classification of Nursing Practice

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

RN - Recém-Nascido

VD - Visitação Domiciliária

WHO – World Health Organization

ICM - International Confederation of Midwives

RESUMO

O nascimento de uma criança, mais concretamente do primeiro filho, representa um processo de enorme complexidade, que exige ao casal um longo período de adaptação. O puerpério caracteriza-se como um período de intensas transformações biológicas, psicológicas e sociais suscetíveis de provocar desequilíbrio e maior vulnerabilidade no casal, bem como implicações no desenvolvimento do recém-nascido.

Através da concretização deste estudo pretende-se contribuir para o aprofundamento do conhecimento sobre as necessidades de cuidados de enfermagem no puerpério e quais as intervenções de enfermagem facilitadoras da aquisição e do desenvolvimento das competências parentais.

Definiu-se como objetivo: identificar as necessidades em cuidados das puérperas durante o internamento e no domicílio.

Efetuou-se um estudo exploratório e descritivo, de natureza qualitativa. A amostra constituiu-se por sete mulheres em situação de puerpério, que foram entrevistadas em dois momentos: presencialmente, antes da alta, e posteriormente passados quinze dias por telefone. O material resultante das mesmas foi analisado, tendo por base a análise de conteúdo, da qual emergiram dois temas: necessidades de cuidados no hospital e necessidades de cuidados no domicílio. A cada um deles estão associadas as respetivas categorias, num total de quatro, e dez subcategorias.

Os resultados obtidos nesta investigação evidenciam que a necessidade de cuidados do recém-nascido e da mulher, no hospital e no domicílio, se relaciona sobretudo com os cuidados ao coto umbilical, com a higiene e o conforto, o choro, a amamentação, o sono e repouso e o apoio familiar.

O EESMO pela sua competência técnica e científica, a sua formação específica na área, a sua disponibilidade e presença quer durante a fase de gravidez, quer no parto e no puerpério, revela-se essencial no acompanhamento das puérperas, pois diagnosticando precocemente problemas, poderá desenvolver e implementar intervenções adequadas às necessidades em cuidados, potenciando igualmente a obtenção de ganhos em saúde.

Palavras-chave: cuidados pós-parto, enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, parentalidade, puerpério

ABSTRACT

The birth of a child, especially the first child, represents a process of enormous complexity that requires from the couple an extended period of adaptation. The puerperium is characterized as a period of intense biological, psychological and social transformations and is susceptible to provoke imbalance and greater vulnerability in the couple, as well as implications in the development of the newborn.

The aim of the present study is to contribute to the deepening of the knowledge about the needs of nursing care in the puerperium and which nursing interventions facilitate the acquisition and development of parental competences.

In order to obtain this goal we determined the following objective: to identify the care needs of puerperal women during hospitalization and at home.

An exploratory and descriptive study of a qualitative nature was carried out. The sample consisted of seven postpartum women, who were interviewed in two moments: in person, before discharge, and then after 15 days, by telephone. The resulting material was analysed based on content analysis. Two themes emerged: hospital care needs and home care needs. To each of them are associated four categories and ten subcategories.

The results obtained with this investigation show that the needs for care in the hospital and at home are related to the newborn and the care of the woman, highlighting umbilical stump care, hygiene and comfort, crying, breastfeeding, sleep and rest, and family support.

The nurse midwife, due to their technical and scientific competence, their specific training in the area, their availability and presence both during the pregnancy and in the puerperium, is essential in the follow-up of puerperal women, as early diagnosis of problems may develop and implement appropriate interventions to the needs in care, also promoting the achievement of health improvements.

Key words: nurse midwives, parenting, postnatal care, puerperium

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 17

1. DA NECESSIDADE DE CUIDADOS ÀS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM 19

1.1. Transição para a parentalidade 20

1.2. Autocuidado no período pós-parto 25

1.3. Amamentação 30

1.4. O Enfermeiro de Saúde Materna e Obstétrica e as suas intervenções à puérpera 33

2. MATERIAL E MÉTODO 35

2.1. Tipo de estudo 35

2.2. População e amostra 36

2.3. Instrumento e recolha de dados 38

2.4. Procedimentos para a análise de dados 40

2.5. Considerações éticas 42

3. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS 45

3.1. Necessidades de cuidados no hospital 46

3.2. Necessidades de cuidados no domicílio 61

4. CONCLUSÃO 69

BIBLIOGRAFIA 72

ANEXOS 81

Anexo I: Pedido de Autorização ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar de S. João... 83

Anexo II: Informação ao Participante 89

Anexo III: Declaração de Consentimento Informado 93

Anexo IV: Guião da Entrevista Presencial 97

Anexo V: Guião da Entrevista Telefónica 101

ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: Necessidades de cuidados ao RN no hospital……..48

FIGURA 2: Necessidades de cuidados à mulher no hospital…….…..57

FIGURA 3: Necessidades de cuidados à mulher e ao RN no domicílio……..……..62

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 - Temas, Categorias e Subcategorias……...46

INTRODUÇÃO

O nascimento de uma criança representa um processo de enorme complexidade biopsicossocial, exigindo um processo complexo de adaptação, não só ao nível individual como também conjugal e familiar. A gravidez, o parto e o puerpério não existem como fenómenos isolados, fazendo parte de um processo de parentalidade, numa fase em que o mais importante é a relação que a mãe e o pai estabelecem com o seu filho (Schmidt & Bonilha, 2003).

O artigo nº 122 do Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2011) define que este é um profissional dotado de conhecimento profundo num domínio específico da enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher, e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher. Assim, a prestação de cuidados especializados pelo EESMO no período pós-natal assume especial importância, pois potencia a saúde da puérpera e do recém-nascido (RN), apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade, tendo em conta a individualidade e especificidade de cada mulher/casal (OE, 2011).

As alterações inerentes à gravidez/parto/puerpério implicam o desenvolvimento das competências parentais e podem constituir um período de construção e desenvolvimento. Assim sendo, *(...) a gravidez é um processo. A mulher vai engravidando. Engravida biologicamente num dado momento, mas depois tem de percorrer um caminho, onde se confronta com uma tarefa de vida* (Couto, 2003, p.38).

Um estudo realizado por Hammes et al. (2014) reconhece que no puerpério há mudanças súbitas na vida das mulheres, considerando a transição para a maternidade um

período complexo, que exige adaptação e equilíbrio físico e emocional. Os autores consideram importante que os enfermeiros estejam conscientes das dificuldades e necessidades sentidas pelas mulheres, a fim de as colmatarem.

O internamento da mulher no pós-parto (eutócico e distócico por ventosa e fórceps) em situações de baixo risco, tem uma duração de aproximadamente 48 horas. Neste período existe uma complexidade de intervenções autónomas e interdependentes às quais o EESMO dá resposta, facilitando o diagnóstico, a planificação e a execução das intervenções de enfermagem adequadas às necessidades específicas e individuais de cada mulher/casal.

Definimos como objetivo de estudo: identificar as necessidades em cuidados das puérperas durante o internamento e no domicílio.

No sentido de dar resposta ao objetivo delineado, desenvolvemos um estudo que se enquadra no paradigma qualitativo, visando a obtenção de novos conhecimentos através da compreensão e interpretação de fenómenos ocorridos em determinado contexto, contribuindo para a compreensão da vida humana (Streubert & Carpenter, 2002). Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, na medida em que visa explorar as dimensões de um fenómeno, a maneira pelo qual ele se manifesta e os fatores com que se relaciona (Polit & Hungler, 1995).

Relativamente à estrutura do trabalho, este divide-se em quatro capítulos. O primeiro refere-se ao enquadramento teórico, o qual contemplará o modelo teórico subjacente à conceção deste trabalho, bem como a exploração do estado da arte. No segundo capítulo apresenta-se o enquadramento metodológico, de forma a clarificar o paradigma inerente à investigação, a seleção dos participantes, o procedimento, o instrumento e a estratégia para recolha e análise dos dados, englobando ainda, as considerações éticas. O terceiro capítulo engloba a apresentação, análise e discussão de resultados. No quarto capítulo apresentam-se as considerações finais.

Pretende-se, assim, que este trabalho se constitua como mais um passo para o desenvolvimento da investigação neste campo, favorecendo o maior conhecimento sobre as necessidades de cuidados de enfermagem da mulher, no puerpério. O EESMO deverá refletir sobre as suas práticas quotidianas, garantir a acessibilidade aos cuidados, contribuir para a satisfação dos clientes, produzir ganhos em saúde, contribuir para um potencial máximo de saúde nas mulheres, capacitando-as para o autocuidado e autovigilância, promovendo a vivência positiva dos processos fisiológicos, relacionados com a gravidez, trabalho de parto e parto (OE, 2011), pois como refere Hesbeen (2001, p.75) *(...) antes de trabalhar pelo reconhecimento das enfermeiras há que trabalhar pelo reconhecimento dos cuidados de enfermagem.*

1. DA NECESSIDADE DE CUIDADOS ÀS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

O nascimento de um filho é caracterizado como um evento único na vida de um casal e promotor de grandes alterações e transformações quer ao nível individual, quer ao nível conjugal e familiar.

O período após o parto é intenso, pois embora seja considerado um acontecimento normativo no ciclo de vida de uma família (Boss, 2002 cit. por Neves, 2012), pode ser uma fonte de stresse pelas exigências de cuidados, pela reorganização individual, conjugal, familiar e profissional que exige (Canavarro & Pedrosa, 2005). A aquisição de novos conhecimentos e competências contribui para a prevenção de complicações, promovendo a autonomia da mulher quer no seu autocuidado, quer nos cuidados ao RN. Emocionalmente, acarreta variadas alterações devidas às variações hormonais, à elaboração e aceitação da nova imagem corporal, identidade e da sexualidade (Cantilino et al., 2010), que propiciam grande vulnerabilidade pessoal e familiar. Assim, o EESMO, enquanto prestador de cuidados de enfermagem promotores da saúde da puérpera e do RN, está habilitado a prestar cuidados especializados e individualizados, após identificar as suas necessidades.

De acordo com Cardoso (2014, p.47) *necessidade traduz um precisar de alguma coisa; significa a existência de uma condição não satisfeita e necessária para conseguir viver, funcionar ou concretizar objetivos.*

As necessidades em cuidados de enfermagem da puérpera implicam respostas que englobam várias atividades de vigilância e intervenções promotoras do bem-estar, tendo em vista a rápida recuperação da puérpera e do autocuidado, bem como o desenvolvimento de competências que lhe possibilitem a autonomia e a segurança (Santos & Baptista, 2016).

Os cuidados de enfermagem existem a partir do momento em que a existência de algo ou alguém possua importância para o outro: o cuidado chega com a gestação, acentua-se com o nascimento e persiste até à morte, permeando todas as etapas da vida dos seres humanos (Carneiro, 2008). De acordo com Pagliuca e Vale (2011), o cuidado de enfermagem é um fenómeno intencional, essencial à vida, que ocorre no encontro de seres humanos que interagem por meio de atitudes que envolvem consciência, zelo, solidariedade e amor. Expressa um "saber-fazer" baseado na ciência, na arte e na ética, direcionado às necessidades do indivíduo, da família e da comunidade.

A Organização Mundial de Saúde estipulou em 1998 que os cuidados denominados de puerperais se prolongam pelas seis semanas após o parto (Kvist & Persson, 2009). Contudo,

para que a definição não fosse tão redutora, deveria contemplar também cuidar do RN, bem como a integração da parentalidade como uma nova dimensão do indivíduo (Salonen et al., 2011).

Atribui-se ao EESMO um papel relevante na prestação de cuidados individualizados à puérpera e ao RN, no puerpério. De acordo com a OMS, os enfermeiros têm um papel fundamental, relativamente aos indivíduos e famílias, em períodos de doença e incapacidade crónica, em períodos de stresse ou de maior vulnerabilidade, acompanhando-os nas diferentes situações por que estão a passar.

De acordo com o artigo nº 127 do Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2011) onde estão definidas as competências do EESMO, e de acordo com o âmbito deste trabalho, realço a importância que este profissional tem na assistência à mulher e ao RN no período pós-natal, como facilitador do processo de transição e adaptação à parentalidade, através da aquisição de competências, que lhes permitirá dar uma resposta eficaz às exigências que se estabelecem ao longo da gravidez, parto e pós parto, minimizando vulnerabilidades próprias desta fase do ciclo vital.

O EESMO está preparado para tomar decisões no pleno exercício da autonomia dos seus cuidados. Pela natureza da especificidade da sua preparação técnico-científica estão habilitados para assumir a responsabilidade pela realização dos cuidados, tomando decisões em situações novas e complexas. O objetivo do Enfermeiro que presta cuidados às puérperas é ajudá-las a adquirirem e desenvolverem capacidades e conhecimentos promotores da independência no autocuidado e na prevenção de complicações puerperais (OE, 2011).

1.1. Transição para a parentalidade

A temática da parentalidade tem merecido a atenção de diferentes disciplinas, entre as quais se inclui a Enfermagem.

Na versão 2 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), a parentalidade aparece descrita como a *Acção de Tomar Conta com as características específicas: assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para*

otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados (ICNP, 2015, p.66). Por outro lado, Bayle (2005) refere que o termo parentalidade deriva do termo latino *parentâle* e pode ser definido como um processo que leva a uma restruturação psicoafetiva, permitindo a dois adultos tornarem-se pais, isto é, responderem às necessidades físicas e afetivas do(s) seu(s) filho(s) o que, numa perspetiva antropológica, designa os laços de aliança, filiação, entre outros.

Desta forma, o conceito de parentalidade, ou função parental, designa uma atitude de corresponsabilização e partilha nas tarefas de cuidar dos filhos, atendendo para a necessidade de participação de ambos os progenitores (Balancho, 2003).

De acordo com Menezes (2001), a construção da parentalidade inicia-se antes da conceção, já que a possibilidade ou não dessa construção se dá a partir da história particular do indivíduo, e/ou através da história de cada casal. Essas condições facilitarão ou não a inclusão de um novo ser na família. O autor afirma que o nascimento de um primeiro filho é um momento de extrema importância na vida familiar, conjugal e individual, invoca oportunidades, mas também perigos, pois o casal tem de ajustar valores, desejos e o papel desempenhado no sistema familiar, quer enquanto indivíduos, quer enquanto casal e pais.

Na perspetiva de Bayle (2005), o nascimento do projeto do bebé precede a sua própria conceção. Os pais projetam motivações conscientes e inconscientes, como seja o perpetuar da espécie, a longevidade da família, a veiculação de normas culturais e familiares, a história individual e intergeracional.

De acordo com Canavarro (2001, p.19), *a gravidez transcende o momento da conceção, assim como a maternidade transcende o momento do parto. A gravidez e a maternidade são processos dinâmicos de construção e desenvolvimento. Embora muitas vezes estes conceitos se encontrem associados, representam realidades distintas. Neste sentido, também podemos afirmar a sua similaridade com a paternidade.*

O exercício da parentalidade é complexo, uma vez que dele depende o desenvolvimento de um conjunto de atividades da exclusiva responsabilidade dos pais. As mudanças inerentes a este processo são múltiplas e exigem alterações variadas e complexas dos papéis familiares e na forma como esta transição é vivida pela família. No entanto, os valores da sociedade exercem uma grande influência sobre os nossos comportamentos, tendo um grande impacto na forma como a gravidez, parto e pós-parto são vivenciados. No fundo, o casal passa a rever papéis e modelos de interação observados entre os seus próprios pais, reorganizando o relacionamento/comunicação com o novo membro e preparando uma tarefa conjunta de parentalidade (Cruz, 2005).

Ao longo da nossa vida vamos sendo confrontados com um conjunto de mudanças, sendo que algumas delas se revelam como transições, cruciais no nosso percurso de vida. O conceito de transição tem vindo a passar por mudanças, quer nas ciências sociais quer nas próprias disciplinas relacionadas com a saúde. A Enfermagem tem assumido um papel fundamental, contribuindo para a compreensão das transições como processos intimamente interligados entre a vida e a saúde (Kralik et al., 2006).

Para Meleis, a transição é definida como *(…) uma passagem de uma fase de vida, condição ou estado para outro* (2010, p.25). É um processo desencadeado por eventos críticos e mudanças individuais ou ambientais. A mesma autora refere, ainda, que a principal missão dos enfermeiros é apoiar as pessoas que se encontram a vivenciar processos de transição, cuidando delas para assegurar uma boa adaptação de modo a efetuarem a transição de forma saudável. A prática da Enfermagem está profundamente relacionada com transições e, em muitos casos, são os enfermeiros que mais se envolvem e acompanham todo o processo através do planeamento, da avaliação e da prestação de cuidados que cada circunstância exige (Harrison, 2004). Na transição para a parentalidade, os cuidados ao RN revestem-se de particular importância pois exigem aos pais um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que facilitem e otimizem o desempenho com mestria parental, garantindo o potencial máximo de crescimento e desenvolvimento da criança (Cardoso, 2014). A educação para a saúde é fundamental, pois o conforto e a confiança que se pretendem alcançar dependem do conhecimento e da aquisição de habilidades para a prestação de cuidados ao RN, bem como da consciencialização das necessidades do mesmo (Perry & Potter, 2003).

Em meados dos anos sessenta, Afaf Meleis adaptou a teoria das transições à Enfermagem direcionando-a para o desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem, e não apenas para a compreensão dos fenómenos relacionados com as respostas às situações de saúde/doença. Os resultados demonstraram que as intervenções de enfermagem tendem a antecipar, facilitar e melhorar as transições e os resultados em saúde (Meleis, 2000).

A transição para a parentalidade é considerada uma etapa de grande vulnerabilidade para o casal e, desta forma, o nascimento tal como a gravidez são acontecimentos geradores de grandes mudanças nas suas vidas e das respetivas famílias. É considerada uma das mais comuns e estudadas transições desenvolvimentais com que muitas famílias se deparam no seu percurso de vida, contudo, é uma área de estudo com necessidade de maior pesquisa (Schumacher & Meleis, 1994).

Também Cruz (2005) refere que a transição que se destaca entre as demais é aquela em que nos tornamos pais ou mães, e que exige novas adaptações no que diz respeito às expectativas, sentimentos, comportamentos e preocupações.

A teoria das transições definida por Meleis et al. (2000) compreende a natureza das transições, definida quanto ao tipo, padrões e propriedades; as condições das transições, facilitadoras e inibidoras, que podem ser pessoais (significados, atitudes e crenças culturais, estatuto socioeconómico e a preparação e o conhecimento), da comunidade e da sociedade; e ainda os padrões de resposta da transição (indicadores de processo e de resultado), os quais guiam as terapêuticas de enfermagem.

A transição para a parentalidade é do tipo desenvolvimental. Requer uma definição ou redefinição dos papéis de cada um dos progenitores e do próprio casal, sendo afetada por diversas características pessoais como os significados atribuídos à gravidez, à paternidade e ao nascimento, pelas expectativas de cada um, conforme os seus níveis de conhecimento e preparação, de planeamento ou não da gravidez, ou ainda o bem-estar físico e emocional (Gladys et al., 2007).

Relativamente ao padrão, a transição para a maternidade/paternidade classifica-se como múltipla, pois a mulher/ companheiro irão transformar-se em pais, progenitores de uma família, necessitando de reformular vários aspetos da vida individual, familiar, profissional e social (Lopes, 2007).

Na transição para a parentalidade, a consciencialização e o envolvimento são propriedades que determinam o sucesso da mesma.

A redefinição de significados, ou consciencialização, diz respeito à perceção que os pais têm do evento e, pode-se dizer, consiste na demonstração de conhecimentos acerca das mudanças inerentes à própria transição, estando relacionada com o grau de congruência entre o conhecimento sobre a mudança, as expectativas e as respostas individuais. Pode ser avaliada pela procura de informação, pelo uso de modelos de referência, pela preparação ativa e modificação proactiva das atividades da pessoa envolvida no processo (Meleis et al., 2005).

O nível de envolvimento é definido como o empenho da pessoa nos processos inerentes à transição e traduz-se por uma atitude proativa, pela procura de informação, adoção de modelos de papéis, preparação ativa e modificação de comportamentos (Meleis, 2010).

De acordo com a mesma autora, todas as transições se caracterizam por um movimento ao longo do tempo, com um final identificável, iniciando-se desde o primeiro sinal, perceção ou demonstração de mudança, passando por várias etapas de instabilidade,

até um final com um período de estabilidade. No entanto, alguns resultados de pesquisa analisados sugerem que pode ser difícil, ou mesmo impossível, identificar a duração de determinadas transições, porque nem todas as pessoas, por inúmeros fatores, são capazes de fazer uma transição para a parentalidade saudável. Considera-se concluído o processo de transição quando os pais assumem uma nova identidade, conseguindo atingir os níveis de mestria nas habilidades e nos conhecimentos.

Relativamente às condições das transições, estas podem ser denominadas de facilitadoras ou inibidoras e são classificadas como pessoais ou relativas à comunidade. As condições que facilitam ou dificultam as transições e que podem influenciar a qualidade da experiência de transição e as suas consequências são: os significados, as expectativas, o nível de conhecimento e de capacidade, o ambiente, o nível de planeamento e o bem-estar físico e psíquico (Meleis et al., 2005).

É fundamental ter em consideração as condições pessoais, de forma a compreender os significados que cada casal atribui à maternidade/paternidade. Contudo, para além dos significados, as crenças culturais e as atitudes podem facilitar ou inibir o processo de transição. Relativamente ao nível de conhecimento e habilidades, a preparação antecipada é facilitadora da experiência de transição, enquanto a sua falta é inibitória (Meleis et al., 2005). Por outro lado, os recursos existentes na comunidade também facilitam ou inibem as transições. A sociedade, em geral, pode ser facilitadora ou inibidora das transições: analisar eventos de transição de modo preconceituoso e com significados estereotipados tem tendência a interferir com o processo de transição saudável (Meleis et al., 2005).

Uma transição bem-sucedida traduz-se por padrões de resposta (indicadores de processo e de resultados) como a mestria e o desenvolvimento de uma identidade fluída e integradora. A mestria é definida pela alta qualidade no desempenho de um papel. Reflete o grau de domínio das competências e o conforto com o comportamento exigido para gerir as novas situações ou ambientes. A mestria tem vários componentes: a competência associada ao conhecimento, habilidades psicomotoras, iniciativa, autoconfiança e capacidade para tomar decisões. Na transição para a parentalidade, a mestria das mães manifesta-se por atitudes e comportamentos como a capacidade para tomar as próprias decisões, como o domínio dos cuidados, ou a procura de recursos e a capacidade para negociar os cuidados prestados (Meleis, 2010).

Apesar de as transições poderem ser encaradas como uma oportunidade de desenvolvimento, diferentes autores defendem que a transição para a parentalidade pode ser considerada um momento de crise por serem muitas as alterações ocorridas neste período. Nesta linha de pensamento, Canavarro (2001) faz alusão às transformações

biológicas, sociais, físicas e psicológicas que se interligam e ocorrem em simultâneo neste processo de transição, conduzindo a uma gestão de stresse mais ou menos acentuado, com maior ou menor risco consoante a capacidade de adaptação ao novo papel, particularmente no caso do primeiro filho.

O período de internamento após o parto vaginal é na maioria das vezes de curta duração, tornando-se intenso, exigente e até mesmo desafiador para os casais. Desta forma, o casal terá de se ajustar a uma série de transformações que resultam das alterações inerentes à gestação, parto e pós-parto (Figueiredo, 2001). O EESMO deteta as necessidades das puérperas/casais, que são resultantes das novas rotinas, principalmente as relacionadas com o RN, e que despoletam o medo, a insegurança e a ansiedade, podendo interferir negativamente nesta fase. Desta forma, torna-se um "facilitador" desta transição, bem como na aquisição das competências e habilidades necessárias para a prestação de cuidados ao filho, de forma a que os casais vivenciem esta nova fase das suas vidas de forma plena.

1.2. Autocuidado no período pós-parto

O parto, tal como os restantes acontecimentos de vida, é entendido um evento biológico, social e cultural, sendo considerado como uma experiência extremamente importante na vida de uma mulher e tão marcante que, durante anos, o evento e os sentimentos experimentados durante o nascimento do bebé serão lembrados ao mínimo pormenor (Kitzinger, 1987). É, por isso, considerada uma experiência que, para além da componente biológica, depende das normas culturais e sociais, as quais irão influenciar os comportamentos durante o parto. Contudo, para além de ser influenciado por inúmeros fatores, também influirá noutros quantos, daí que, Lopes et al. (2005, p.247) refiram que *(…) o parto também dá à mulher a oportunidade de reviver seu próprio nascimento e de renascer como mulher, além de nascer como mãe*. Para estes autores o parto é um marco na vida da mulher, repercutindo-se profundamente na sua história.

O nascimento de um filho é considerado como um dos acontecimentos mais importantes e marcantes na vida dos indivíduos e da família, apesar de ser um acontecimento normativo no ciclo de vida de uma família, podendo revelar-se uma fonte de

stresse pelas exigências na prestação de cuidados, pela reorganização individual, conjugal, familiar e profissional (Canavarro & Pedrosa, 2005).

Na verdade, o parto é, por si só, um acontecimento significativo. As memórias deste evento permanecem vivas ao nível cognitivo e psicológico, continuando a influenciar as perceções da mulher sobre o mesmo. É influenciado por vários fatores, dos quais se destacam os procedimentos obstétricos, a preparação prévia para o parto, a história obstétrica, incluindo o desfecho de uma gravidez anterior (Fisher et al., 1997). É neste momento que as expectativas e a ansiedade geradas durante a gravidez assumem uma dimensão real, colocando-se à prova a capacidade de lidar com as dores, de gerir o medo, a confiança e o autocontrolo. Contudo, o parto nem sempre foi encarado da mesma maneira, isto é, no passado era visto como um acontecimento natural, num ambiente mais familiar, no domicílio, e com reduzidas intervenções. No entanto, com o passar dos tempos e à medida que os cuidados de saúde foram evoluindo, o parto transferiu-se para o hospital, o que, por um lado, fez diminuir as taxas de morbilidade e mortalidade maternas e infantis, mas por outro lado tornou-se um acontecimento mais técnico e com mais intervenções por parte dos profissionais de saúde (Couto, 2003). Assim, para a maioria das mulheres, principalmente para as nulíparas, o parto é considerado um evento desafiador, sendo importante que nesse momento se sintam preparadas para lidar com as mais variadas situações. É importante não esquecer que, *gestação, parto e o puerpério não são eventos distintos, mas que constituem um processo contínuo de adaptação da mulher ao papel materno, no qual ela precisa utilizar todos os mecanismos inatos ou adquiridos para enfrentar a nova situação e adaptar-se* (Wedel et al., 2007, p.502).

O puerpério compreende o período que se inicia logo após o parto e termina quando as modificações locais e gerais, determinadas pela gestação no organismo materno, retornam às condições normais (Santos, 2002). De acordo com a OMS (1998), o período pós-parto ou puerpério é definido como o período que tem início em torno de uma hora após a dequitadura e que se prolonga durante as seis semanas seguintes.

Graça (2010) define o puerpério como sendo o período que se estende até às seis semanas após o parto, no qual ocorre uma regressão das alterações anatómicas e fisiológicas inerentes à gravidez. Este período pode ser dividido em três estadios: puerpério imediato (nas primeiras 24 horas), puerpério precoce (até ao final da primeira semana) e puerpério tardio (até ao final da sexta semana). Em cada um destes estadios, as referidas alterações anatómicas e fisiológicas incluem múltiplos órgãos e sistemas e processam-se de forma contínua, merecendo atenção e cuidados específicos por parte dos profissionais de saúde. De acordo com Rodrigues (2012), este período caracteriza-se por ser uma fase de extrema

importância, não só pelo retorno dos órgãos reprodutivos ao estado pré-gravídico, mas também por ser um período de ajustamento à identidade materna, de aprendizagem de um novo papel, de adaptação a um novo elemento familiar e de restruturação das relações familiares e sociais.

As alterações fisiológicas que surgem são distintas e estão relacionadas com todo o processo de gravidez. Relativamente ao sistema reprodutor, ocorrem importantes alterações, das quais se destaca o retorno do útero ao seu estado pré-gravídico, designando-se por involução uterina. Tem início após a expulsão da placenta, com a contração do músculo liso uterino, e é considerado um processo relativamente rápido, tendo em conta que o útero regride cerca de 1 a 2 cm em cada 24 horas (Graça, 2010). Após a dequitadura ocorre a contração do local de implantação da placenta, através de fenómenos de vasoconstrição arterial que promovem a hemóstase do leito placentário, ocorrendo regeneração do endométrio, das glândulas e do estroma da decídua basal (Graça, 2010). É também durante esta fase, que do útero, se exterioriza um fluido hemático que se denomina lóquios. São caracterizados em três tipos: os lóquios hemáticos compostos essencialmente por eritrócitos, fragmentos de decídua e restos de trofoblasto; os lóquios sero-hemáticos que surgem a partir do quarto ou quinto dia pós-parto e são compostos por sangue, soro, leucócitos e restos tecidulares, e os lóquios serosos que surgem após o 10º dia pós-parto, sendo mais amarelados e com aspeto mucoide e espesso. São compostos por leucócitos, decídua, células epiteliais, muco, soro e bactérias (Branden, 2000). Também o colo uterino e a vagina sofrem alterações durante esta fase. O primeiro vai-se encerrando progressivamente, adquirindo uma consistência mais firme e readquirindo a sua forma (Graça, 2010). Por sua vez, a diminuição de estrogénios característica desta fase, provoca uma diminuição na espessura da mucosa vaginal, bem como a ausência do pregueamento vaginal. Considera-se que esta estrutura retome o seu estado pré-gravídico entre a terceira e oitava semanas (Lowedermilk & Perry, 2009). A musculatura pélvica e a parede abdominal também sofrem algumas alterações devido ao estiramento e distensão excessivos da musculatura pélvica, da musculatura abdominal, das fáscias, bem como das fibras elásticas da pele, podendo levar até cerca de seis a sete semanas a recuperar (Lowdermilk & Perry, 2009).

Relativamente ao sistema hematológico, ocorrem importantes alterações. Durante a gravidez ocorre a elevação do volume sanguíneo total, que está associada ao aumento de eritrócitos, leucócitos e volume plasmático (Rezende, 2002). Contudo, estes valores sofrem alterações a partir do segundo trimestre, diminuindo consideravelmente após o parto devido às perdas hemáticas decorrentes do mesmo, estando os níveis de hemoglobina geralmente

diminuídos (Graça, 2010). O volume plasmático aumenta progressivamente a partir da sexta semana de gestação até ao final da gravidez. Este facto está relacionado com o aumento do tamanho uterino, que confere proteção à grávida e ao feto, devido aos efeitos da diminuição do débito cardíaco em posição supina. Por outro lado, está descrito o seu efeito protetor na puérpera devido à perda sanguínea associada ao parto (Souza et al., 2002). Assim, a maior perda de plasma em relação às células sanguíneas ocorre nas primeiras 72 horas pós-parto. Este acontecimento associado ao aumento da massa dos glóbulos vermelhos, potencia o aumento do hematócrito entre o terceiro e o sétimo dia pós-parto (Graça, 2010). Os leucócitos podem frequentemente atingir valores aumentados, em resposta ao stresse ocasionado pelo trabalho de parto, libertando para a circulação leucócitos sequestrados, voltando ao normal durante a primeira semana após o parto. Já o número de plaquetas diminui imediatamente após a dequitadura, porém verifica-se secundariamente trombocitose e aumento da aderência plaquetária (Branden, 2000). Com o decorrer da gestação ocorrem alterações do endotélio vascular, do fluxo sanguíneo, dos fatores coagulantes e anticoagulantes e da fibrinólise, possivelmente relacionados com o aumento do estrogénio e da progesterona (Rezende, 2002). No decorrer do puerpério a atividade fibrinolítica está aumentada, funcionando como mecanismo protetor dos fenómenos tromboembólicos (Branden, 2000), contudo, devido ao aumento dos fatores de coagulação durante a gravidez e pós-parto imediato, associado aos danos vasculares e à diminuição da mobilidade, acresce o risco de tromboembolismo (Graça, 2010). Em consequência da diminuição do débito cardíaco, devido essencialmente ao decréscimo do volume de sangue circulante, observa-se um aumento gradual dos valores da tensão arterial durante os primeiros cinco dias do puerpério, que se deve ao aumento da resistência vascular periférica. (Graça, 2010).

O sistema endócrino sofre diversas alterações, observando-se a queda dos níveis plasmáticos do estrogénio e da progesterona após a dequitadura. Os níveis de prolactina encontram-se ligeiramente aumentados durante a gravidez, contudo, é no momento após o parto, que esta hormona atinge o seu valor mais elevado. A concentração das gonadotrofinas encontra-se diminuída nos primeiros dias do puerpério, devido à elevada concentração de estrogénios no final da gestação e dos níveis da prolactina que estão aumentados nesta fase. Nas mulheres não lactantes o restabelecimento dos ciclos menstruais dá-se por volta da sexta e oitava semanas após o parto; nas lactantes este restabelecimento é variável, podendo ocorrer entre o segundo e o décimo oitavo meses, dependendo da frequência e da duração do estímulo da sucção efetuada pelo RN (Mello, 2000).

Ao nível do sistema digestivo, o retorno progressivo das vísceras abdominais ao seu lugar anatómico favorece o esvaziamento gástrico e, também, tende a normalizar as funções gastrointestinais. A obstipação é frequente e devida principalmente à diminuição do tónus da musculatura abdominal e perineal; presença de ferida perineal e/ou hemorroidas. A diminuição da motilidade intestinal deve-se à alteração do tónus do intestino em consequência do aumento da progesterona durante a gravidez (Branden, 2000).

Quanto ao sistema tegumentar, os fenómenos de hiperpigmentação da face, mamas e abdómen tendem a regredir rapidamente, no entanto podem manter-se mais tempo, ou mesmo definitivamente. As estrias avermelhadas tornam-se mais claras e mais discretas. Com frequência ocorre queda do cabelo, sudorese e unhas quebradiças (Santos, 2002), devido à diminuição dos níveis de estrogénio (Carneiro et al., 2011), aumento da atividade das glândulas sebáceas e sudoríparas (Baracho, 2007), bem como pelo cansaço físico, stresse e por uma dieta inadequada**.**

Anatomicamente, as vias urinárias superiores e a bexiga permanecem dilatadas até à sexta semana após o parto. Também os músculos do pavimento pélvico recuperam gradualmente o seu tónus após o parto. Nos primeiros dois a três dias do puerpério a diurese está significativamente aumentada, o que conduz à reversão desta retenção fisiológica da água no espaço intersticial (Graça, 2010).

A par de todas as alterações fisiológicas e físicas, estão as alterações de carácter psicológico, familiar e social, existindo necessidade de novas adaptações e reajustes interpessoais (Silva, 2009).

Também Merighi et al., (2006) salientam a extrema importância do conhecimento e atuação dos profissionais de saúde, no que ao bem-estar da puérpera diz respeito. Assim, considera-se como um dos principais objetivos dos cuidados prestados pelo EESMO a autonomia da puérpera, permitindo que esta consiga atingir o equilíbrio necessário nesta nova etapa e, desta forma, desenvolva competências para se auto cuidar no pós-parto, valorizando-se, pois existe a tendência para priorizar tudo o que se relaciona com o bebé em detrimento dos cuidados consigo própria (Silva et al., 2009).

Considerando que o internamento da puérpera corresponde, em média, a um período de 48 horas em situação de parto eutócico ou distócico por via vaginal, o principal objetivo do EESMO consiste em dotar a mulher de conhecimentos e capacidades promotoras da sua independência no autocuidado e, ainda, para prevenção de complicações puerperais (OE, 2011).

1.3. Amamentação

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2011), a amamentação é o método mais natural de alimentação de um RN ou lactente e deve ser usado, exclusivamente, durante os primeiros seis meses de vida da criança.

O leite materno é a melhor fonte de nutrientes para o RN, promovendo uma série de benefícios para a saúde materno-infantil (Natal & Martins, 2011). O aleitamento materno (AM) é determinado por fatores fisiológicos, emocionais e ambientais e é, também, considerado um processo de interação entre mãe e filho, com repercussões no desenvolvimento cognitivo, emocional e no estado nutricional da criança, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mulher (Renfrew et al., 2000).

Apesar da intensa mobilização mundial a favor do aleitamento materno, o abandono precoce do mesmo e a introdução inadequada de alimentos complementares são ainda práticas frequentes em todo o mundo (Branco & Nunes, 2003).

A amamentação não é totalmente instintiva, se bem que à luz da fisiologia a maioria das mulheres tenha capacidade biológica para amamentar. Contudo, este potencial inato não assegura que a amamentação se desenvolva, uma vez que muitas mulheres, pelas mais diversas razões, abandonam precocemente esta prática, dependendo o seu sucesso de vários fatores. Alguns desses fatores estão relacionados com a mulher, como a sua personalidade e a decisão de amamentar, outros referem-se à criança e ao ambiente, tais como as circunstâncias em que ocorreu o nascimento e o período pós-parto, havendo também os fatores circunstanciais como o trabalho materno, a situação conjugal e as condições habituais de vida (Faleiros el al., 2006).

Vários estudos também têm demonstrado a influência da escolaridade, da idade materna e das práticas associadas ao parto e ao nascimento (Horta et.al, 2007).

Também são de salientar as influências socioculturais, tais como os conhecimentos prévios, as crenças e mitos, bem como a opinião das pessoas significativas que poderão influenciar a prática do AM (Bueno & Teruya, 2004).

São várias as vantagens da amamentação, quer a curto quer a longo prazo. O leite materno apresenta-se como um alimento vivo, completo e natural. Fonte essencial de energia e nutrientes, adequado para praticamente todos os recém-nascidos. Devido às suas propriedades nutricionais e imunológicas protege o RN de infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias, permitindo o seu crescimento e desenvolvimento saudável, além de

fortalecer o vínculo mãe-filho e de reduzir o índice de mortalidade infantil (Levy & Bértolo, 2008).

No que diz respeito às vantagens para a mãe, os estudos demonstraram inúmeros benefícios na saúde da lactante. O AM associa-se a uma menor probabilidade de desenvolver cancro da mama, do ovário, osteoporose, artrite reumatoide e diabetes mellitus tipo 2 (Loland et al., 2007). Estão também descritos benefícios relativos ao processo da involução uterina, à promoção da perda de peso pós-parto, à remineralização óssea e diminuição do risco de fraturas da bacia pós-menopausa, bem como a sua contribuição na prevenção das depressões pós-parto (Ferreira, 2006).

Para além dos benefícios mencionados, é de realçar a importância que este alimento pode ter para a criança na idade adulta, tendo sido apontados efeitos protetores relativamente à doença celíaca, arteriosclerose, diabetes tipo 1, doença de Crohn, colite ulcerosa, cáries dentárias, hipertensão arterial, leucemia e alguns tumores e, ainda, na obesidade (Saraiva, 2010). Constitui ainda o método mais barato e seguro de alimentar o recém-nascido/lactente (Levy & Bértolo, 2008).

Existem diversos fatores que influenciam a adesão e a manutenção da amamentação, desde os fatores maternos, a algumas práticas hospitalares, a fatores obstétricos e outros (Forster et al., 2006). É fundamental o conhecimento dos mesmos, de forma a planear intervenções que promovam uma gestão mais adequada do aleitamento materno e, consequentemente, a adoção de práticas de saúde mais seguras e com melhores resultados.

De acordo com a OMS (2011), os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, têm um papel fundamental na promoção, proteção e apoio ao AM. Desta forma, estes devem ser detentores de conhecimentos e informação, suficientes para orientar adequadamente os casais, de modo a prevenir problemas que poderão ocorrer durante o processo da amamentação (Batista et al., 2013). O enfermeiro é considerado um agente facilitador do desenvolvimento das competências parentais, pois encontra-se numa posição privilegiada para informar, ensinar e treinar habilidades baseado nas melhores práticas de educação para a saúde (Ebersold et al., 2007).

As intervenções de enfermagem que têm um efeito positivo na adesão e manutenção da amamentação são: a disponibilização da informação sobre as vantagens da amamentação, a orientação e avaliação da mamada, a avaliação da postura materna e da pega do RN à mama e a promoção da autoeficácia materna (Awano & Shimada, 2010).

Apesar de a amamentação ser um processo fisiológico, normal, poderão surgir problemas quando este processo é alterado. Para que o RN mame corretamente há que

ensinar a colocá-lo à mama de forma eficaz (Galvão, 2006). Para isso, é fundamental que o enfermeiro observe e avalie a mamada, de modo a identificar situações de dificuldade logo no início e que podem favorecer o abandono precoce. O ensino sobre a técnica da amamentação é determinante no estabelecimento da amamentação e na prevenção de traumas mamilares que poderão interferir na dinâmica da sucção e extração do leite (Sanches, 2004).

Durante o período de internamento, no pós-parto, o apoio do enfermeiro é crucial para ajudar as mulheres a ultrapassarem as dificuldades identificadas, para fazer a revisão do que foi abordado no período pré-natal com as mulheres que fizeram preparação para a parentalidade, na compreensão do comportamento do recém-nascido, bem como na resposta às necessidades do mesmo, avaliar a eficácia da amamentação, e envolver os familiares, de forma a estimular a ajuda da rede de apoio social (Tamez, 2002).

Promover um ambiente calmo, afetuoso e de suporte, bem como o fornecimento de regras elementares sobre a prática da amamentação, constituem os ingredientes de sucesso para que a lactação seja bem estabelecida e a amamentação se mantenha. Um dos momentos considerado crítico no que à amamentação diz respeito, é aquele em que a mulher deixa o ambiente hospitalar e regressa ao domicílio, perdendo o apoio permanente dos profissionais de saúde. Durante este período, o suporte familiar e o apoio dos profissionais de saúde revestem-se de especial importância (Levy & Bértolo, 2008).

As mulheres que amamentam consideram as primeiras duas a seis semanas, o período mais difícil, durante o qual se confrontam, frequentemente, com sentimentos de incerteza e falta de confiança sobre sua capacidade de amamentar. Assim, o apoio contínuo do EESMO é fundamental para o sucesso da amamentação (Sheehan et al., 2009).

A intervenção dos profissionais pode ocorrer no contexto dos serviços de saúde ou no domicílio. Para Tamez (2002, p.29) *a visita domiciliária é importante para assegurar uma transição segura entre o ambiente hospitalar e domiciliar*.

A visitação domiciliária apresenta-se uma excelente oportunidade para deteção de problemas e implementação de intervenções de enfermagem, tendo ainda efeitos positivos na promoção da interação mãe-filho, na deteção e gestão da depressão pós-parto e na redução de taxas de mau trato infantil.

A atuação do EESMO na promoção, proteção e apoio à amamentação envolve o domínio de conhecimento científico, habilidades técnicas e de aconselhamento, indispensáveis para apoiar a mãe adequadamente.

1.4. O Enfermeiro de Saúde Materna e Obstétrica e as suas intervenções à puérpera

Ser enfermeiro atualmente constitui um grande desafio individual, tornando-se mais complexo e exigente quando se ambiciona ser EESMO. Esta complexidade e exigência provêm da especificidade nesta área de intervenção, e do elevado grau de competência e responsabilidade que lhe estão associados.

Independentemente da área de atuação, sabemos que o Enfermeiro Especialista possui um conjunto alargado de conhecimentos, capacidades e habilidades, evidenciando níveis de julgamento clínico e de tomada de decisão em função das necessidades de saúde/cuidados dos indivíduos e atuando aos vários níveis de prevenção (OE, 2010). Assim, a OE (2010, p.2) definiu como competências específicas aquelas que *(…) decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.*

No âmbito da enfermagem de saúde materna e obstétrica, a OE (2010) elaborou o Regulamento de Competências Específicas do EESMO, no qual a mulher surge como foco de atenção devendo ser entendida quer numa perspetiva individual, sendo consideradas as suas relações e interações com os conviventes significativos e com o meio que a envolve, quer numa perspetiva coletiva, incluída no grupo de mulheres em idade fértil, em partilha de interesses e com condições de saúde comuns. Desta forma surgem como competências específicas do EESMO: 1. Cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concecional; 2. Cuidar da mulher inserida na família e na comunidade durante o período pré-natal, pós-natal e durante o trabalho de parto e parto; 3. Cuidar da mulher inserida na família e na comunidade durante o período do climatério; 4. Cuidar da mulher inserida na família e na comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; 5. Cuidar do grupo alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

No que respeita à temática em estudo, é de salientar o papel crucial do EESMO no pós-parto, na medida em que este promove a saúde da mulher e do RN; diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do RN e providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde de ambos.

Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade da OE (2011), no domínio do Colégio da Especialidade, a missão do EESMO consiste em garantir cuidados especializados de qualidade demonstrando elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão em diversos contextos da prática profissional, com o objetivo de: *(…) garantir a acessibilidade; contribuir para a satisfação dos clientes; produzir ganhos em saúde ginecológica, sexual e reprodutiva, nomeadamente promover autonomia nas decisões, contribuir para o potencial máximo de saúde dos clientes, capacitar para o auto-cuidado e auto-vigilância, promover a vivência positiva dos processos fisiológicos, relacionados, por exemplo, com a sexualidade, a gravidez, o trabalho e parto, a menopausa, entre outros (OE, 2011, p.2).*

Tornar-se mãe é um acontecimento de vida muito significativo, sendo por isso considerado como um processo dinâmico de construção e desenvolvimento (Canavarro, 2006) e compete ao EESMO ajudar a mulher/casal a ultrapassar as principais dificuldades, não centrando os cuidados apenas no RN, pois as mulheres estão sujeitas a inúmeras alterações, físicas e psicológicas, que as torna bastante vulneráveis e inseguras.

No momento do puerpério, o EESMO assume uma relação privilegiada com a mulher/casal, quer em contexto hospitalar, quer em contexto domiciliário, o que lhe permite identificar precocemente as suas necessidades, de modo a poder agir no *timing* adequado, desempenhando um papel determinante na promoção e na adaptação à parentalidade.

O sucesso da implementação das intervenções do EESMO depende não só da aquisição do conhecimento e das capacidades por parte da mulher, mas também da forma como os profissionais de saúde atuam e transmitem a informação, de maneira a criar um ambiente seguro e de confiança.

Perceber quais as necessidades de cuidados das mulheres, no puerpério, torna-se imprescindível, na medida que o EESMO *(…) deve aperfeiçoar as suas competências na utilização da comunicação terapêutica, de modo a estabelecer o relacionamento (…) de forma efetiva, com o objetivo de proporcionar apoio, conforto, informação e estimular a confiança* (Silva, 2010, p.162) e deve ter o tempo necessário para a discussão e esclarecimento de dúvidas (Lampinen et al., 2009).

2. MATERIAL E MÉTODO

No enquadramento metodológico, abordado neste capítulo, serão descritos os procedimentos realizados e as justificações para as opções tomadas, no sentido de dar resposta ao objeto de estudo e permitir uma melhor compreensão do fenómeno.

Para Fortin (2009), a metodologia da investigação pressupõe em simultâneo um processo racional e um conjunto de métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica, com a finalidade de obter resposta à questão previamente formulada. É através do método científico que o investigador obtém conhecimentos, recorrendo a métodos de colheita de dados, de classificação, de análise e interpretação de resultados.

2.1. Tipo de estudo

O enquadramento metodológico de um estudo num determinado paradigma passa por compreender o que o investigador pensa sobre a temática, bem como a sua natureza e o que existe nesse domínio que possa ser conhecido (Guba e Lincoln, 1994, cit. por Soares, 2004).

A investigação qualitativa centra-se no modo como as pessoas interpretam e dão sentido às suas experiências e oferece oportunidades de estudo que vão além dos números, interessando-se pela maneira como as pessoas se expressam e falam sobre o que é importante para elas, existindo um universo de significados, motivos, fenómenos, atitudes, aspirações, crenças e valores que não são quantificáveis.

Segundo Bogdan & Biklen (1994), a abordagem qualitativa caracteriza-se pelos quatro aspetos seguintes: as situações são apreendidas no seu ambiente natural; tem um forte carácter descritivo; os dados são tratados de forma indutiva, o que estimula um conjunto de interrogações capazes de orientar o percurso a tomar; e vigora uma preocupação com os significados atribuídos pelas pessoas às coisas e aos fenómenos. Através da descrição possibilita um conhecimento mais alargado do fenómeno, permitindo captar a sua aparência e essência. Assim, *a investigação qualitativa é descritiva. Os dados recolhidos são em forma de palavras ou imagens e não de números (…). Na sua busca pelo conhecimento, os*

investigadores qualitativos não reduzem as muitas páginas contendo narrativas e outros dados a símbolos numéricos (Bogdan & Biklen, 1994, p.48).

De acordo com Fortin (2009), as investigações de natureza qualitativa fazem parte deste paradigma, pelo que, e tendo em conta a questão subjacente a esta investigação, se optou por uma abordagem qualitativa orientadora do desenvolvimento do estudo.

Tendo em vista o objetivo a que nos propomos, optámos por um estudo exploratório e descritivo. A pesquisa é exploratória, na medida em que *existem poucos conhecimentos sobre um fenómeno (…) o investigador visa acumular a maior quantidade de informações possíveis, a fim de abarcar os diversos aspetos do fenómeno* (Fortin, 2009, p.240). Tem como principal finalidade a formação de conceitos e ideias, capazes de tornar os problemas mais precisos e de formular hipóteses para estudos posteriores.

De forma a identificarmos quais as necessidades manifestadas pelas puérperas no internamento e no domicílio, considerámos a opção pela metodologia qualitativa a mais apropriada, pois permite salientar os aspetos subjetivos, as motivações não explícitas, ou mesmo conscientes, de maneira espontânea, que irão ajudar a compreender que intervenções o EESMO deverá desenvolver, de forma a contribuir para a recuperação da mulher, a sua adaptação ao novo papel e o desenvolvimento das competências parentais, mediante o reconhecimento das principais dificuldades por elas manifestadas nesta fase.

2.2. População e amostra

Um estudo de investigação confronta-se sempre com a necessidade de especificar a população. Assim, para Fortin (2009), a população é uma coleção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns definidas por um conjunto de critérios. Refere ainda que, uma população particular que é submetida a um estudo é chamada população alvo.

De acordo com Streubert e Carpenter (2002), os participantes num estudo qualitativo são selecionados tendo por base a experiência, a cultura, a interação social ou o fenómeno de interesse. Assim, e de acordo com o método selecionado, assume-se o envolvimento ativo com os participantes, o que permite uma melhor compreensão das suas necessidades em cuidados no pós-parto, no internamento e no domicílio.

Uma amostra, não é mais do que uma parte do todo a que chamamos população e que a representa. Contudo, e segundo Fortin (2009), o tamanho da amostra da pesquisa deve ser determinado em função da finalidade do estudo e da homogeneidade do fenómeno, acrescentando ainda que num estudo exploratório é possível recolher informação suficiente através de amostras pequenas, e o mesmo se verifica quando estudamos uma população homogénea.

Recorremos a uma amostra não probabilística por conveniência, na medida em que os sujeitos do estudo foram selecionados em função da sua presença no local, num determinado momento (Fortin, 2009).

A população alvo constituiu-se por puérperas internadas no serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar de São João (CHSJ), cuja assistência foi prestada pelo EESMO.

Estabelecemos como critérios de inclusão:

- Puérperas no pós-parto vaginal;
- Primíparas;
- Idade superior a 18 anos;
- Saber falar e compreender português.

De acordo com Ribeiro (2010), o número ótimo de participantes depende das características da investigação e do contexto onde a amostra é recolhida. O número de participantes numa investigação é determinado quando *(…) os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados* (Fontanella et al., 2008, p.17). Este conceito denomina-se na literatura como saturação de dados, referindo-se à repetição de informação e confirmação de dados previamente recolhidos (Streubert & Carpenter, 2002). A saturação de dados define um ponto na pesquisa, no qual colher dados adicionais não se traduz em produção, o que é revelado não acrescenta muita coisa à explicação naquele momento.

Segundo Leopardi (2001), na pesquisa de abordagem qualitativa, o tamanho da amostra não precisa de ser elevado. Em regra, quando os dados se tornam significativamente repetitivos, pode-se considerar a amostra suficiente, sendo essa decisão tomada com base na perceção do próprio investigador.

A amostra foi constituída por sete puérperas que se encontravam internadas no serviço de Obstetrícia do CHSJ, que obedeciam aos critérios de inclusão e que aceitaram participar no estudo.

2.3. Instrumento e recolha de dados

De acordo com Fortin (2009), a colheita de dados deve realizar-se segundo um plano pré-estabelecido. Assim, antes de iniciar a colheita de dados o investigador deve determinar o tipo de instrumento que melhor se adapta ao objeto em estudo e às questões de investigação.

De acordo com Ribeiro (2010), são diversas as técnicas de recolha de dados na investigação qualitativa, desde a entrevista, à observação ou à análise de documentos, entre outras. A natureza deste estudo, conduziu a que se privilegiasse a entrevista, como método de colheita de dados, por se tratar do instrumento mais adequado para a recolha da informação acerca deste tema, e por apresentar um carácter flexível que permite responder às exigências de uma pesquisa indutiva e em que o entrevistador é livre de formular e sequenciar as questões.

Segundo Quivy (2008), a entrevista, nas suas diferentes formas, distingue-se pela aplicação dos processos fundamentais de comunicação e interação humana, que permitem ao investigador retirar do conteúdo das entrevistas informações sobre factos e dados objetivos, mas também sobre o que as pessoas fazem, sabem, pensam, acreditam, explicações, racionalidades ou opiniões. É uma fonte de significados e representações e revela na sua grande maioria coisas não observáveis. Optámos por uma entrevista semiestruturada, que para além de ser uma das formas mais utilizadas em investigação social como refere Quivy (2008) pressupõe, por isso, a elaboração de um guião orientador, que consiste numa série de perguntas orientadoras, relativamente abertas, a propósito das quais é imperativo receber informação por parte do entrevistado. Esta *"flexibilidade orientadora"* transforma esta técnica de recolha de dados num processo para obtenção de informação que, dificilmente, poderia ser obtida de outra forma. A opção por esta modalidade de entrevista visa possibilitar a dinâmica da interação entrevistador/entrevistado, para que possam emergir novas questões e novos dados, contribuindo para o enriquecimento da informação a recolher.

A recolha de dados efetuou-se no serviço de Puerpério do CHSJ, após pareceres positivos da Comissão de Ética, do Diretor e da Enfermeira-chefe do serviço, concedendo as devidas autorizações. Decorreu no período compreendido entre junho e dezembro de 2016.

No decorrer da colheita de dados, e numa primeira fase, foi realizada pela investigadora uma abordagem às mulheres, que obedeciam aos critérios de inclusão para o

estudo, de maneira a estabelecer um primeiro contacto pessoal e, assim, apresentar o estudo, os objetivos, a finalidade e solicitar a sua participação. A maioria dos encontros, cuja duração oscilou entre os dez e os trinta minutos, constituiu-se um excelente momento de grande abertura e disponibilidade. Era explicado o estudo e o que se pretendia de cada uma, enquanto participante, e era solicitada a sua participação e o seu consentimento livre e informado, bem como a assinatura da declaração de consentimento (Anexo III). Foi entregue informação escrita sobre os objetivos da investigação (Anexo II), para que pudessem ler e decidir com tempo e com mais calma, podendo desistir a qualquer momento sem qualquer consequência, facto que acabou por se verificar em alguns casos.

Foram realizadas duas entrevistas em momentos distintos. Foi acordado com as participantes o melhor momento para a entrevista presencial e no final da mesma, caso se mantivesse a intenção de participação, proceder-se-ia à entrevista telefónica. A primeira no dia da alta, num gabinete do serviço de puerpério, havendo o cuidado para proporcionar à puérpera um ambiente calmo, tranquilo e com a privacidade necessária para permitir que se sentisse à vontade para expor os seus sentimentos e opiniões e a segunda, que foi realizada telefonicamente, quinze dias após a alta clínica.

Delineámos dois guiões, um para cada tipo de entrevista (Anexos IV e V). Ambos constituídos por uma primeira parte comum, destinada à recolha de elementos de identificação da entrevistada, aos dados sociodemográficos e obstétricos e à contextualização da temática. Os objetivos e as questões orientadoras foram explorados na segunda parte do guião. No caso da entrevista presencial, considerando-se a área temática dos cuidados prestados pelo EESMO no puerpério, apresentaram-se três questões orientadoras. Na entrevista efetuada por via telefónica, delinearam-se quatro questões abertas, que visavam recolher informação sobre a satisfação com os cuidados e o apoio recebido no domicílio.

Recorremos à entrevista telefónica por ser um meio mais prático, pois o momento da sua realização coincidiria com um momento de adaptação às novas rotinas de cada mulher/casal, dispondo estes de menos tempo livre.

Como refere Koch (2014, p.105) *as entrevistas por telefone podem constituir uma oportunidade para obter informação de potenciais participantes que, por algum motivo, estão relutantes em participar presencialmente. O relativo anonimato, conferido pela ausência do contacto visual, e a promessa de confidencialidade podem aumentar nos participantes a abertura para falarem honestamente sobre os seus sentimentos ou as suas experiências, na medida em que o entrevistador e o entrevistado são menos afetados pela presença um do outro.*

Como já referido, o tempo de duração das entrevistas foi variável. As entrevistas presenciais tiveram uma duração de aproximadamente trinta minutos. Procedemos ao acolhimento da puérpera, contextualização da problemática, lembrando o tema do estudo e os objetivos da entrevista. As entrevistas telefónicas tiveram uma duração máxima de quinze minutos e as puérperas mostraram maior interesse por este método.

Quivy & Campenhougt (1998) consideram essencial a gravação da entrevista e Bogdan & Biklen (1994) defendem que a gravação das entrevistas é a melhor forma de evitar a perda de informação, principalmente quando o conteúdo é extenso, ou quando esta é a principal técnica de estudo. Desta forma foi solicitada às participantes do estudo autorização para a gravação das mesmas. Uma vez que nenhuma se opôs, procedemos à gravação das entrevistas presenciais com recurso a um gravador, enquanto que as entrevistas telefónicas foram gravadas através do sistema de alta voz do telemóvel com gravação simultânea.

2.4. Procedimentos para a análise de dados

De acordo com Streubert & Carpenter (2002, p.32) *a análise de dados na investigação qualitativa começa quando a colheita de dados se inicia. À medida que os investigadores executam as entrevistas ou observações, mantêm e reveem constantemente os registos para descobrir perguntas adicionais que necessitam fazer ou para apresentar descrições dos seus achados.* Os dados recolhidos não são passíveis de análise direta, pelo que é necessário organizá-los de forma a inferir conclusões sobre a investigação (Fortin, 2009). Assim, *a análise de dados é o processo de busca e de organização sistemático de transcrição de entrevistas, de notas de campo e de outros materiais que foram sendo acumulados, com o objetivo de aumentar a sua própria compreensão desses mesmos materiais e de lhe permitir apresentar aos outros aquilo que encontrou* (Bogdan & Biklen, 1994, p.205).

Os dados recolhidos devem passar por um processo de codificação, isto é, um processo de tradução dos dados para a forma empírica, e devem ainda ser transferidos dos documentos escritos para arquivos de computador para que se proceda à sua análise (Polit, Beck & Hungler, 2004). Desta forma, (…) *tudo o que é dito ou escrito é suscetível de ser submetido a uma análise de conteúdo* (Bardin, 2013, p.37).

Para analisar os dados recolhidos utilizou-se a análise de conteúdo proposta por Bardin, que consiste num conjunto de técnicas de análise que determina a presença de determinados temas de acordo com a sua frequência e significado do estudo.

De acordo com Quivy (2008, p.227) *a análise de conteúdo (ou, pelo menos, algumas das suas variantes) permite, quando incide sobre um material rico e penetrante, satisfazer harmoniosamente as exigências do rigor metodológico e da profundidade inventiva, que nem sempre são facilmente conciliáveis.*

Dentro da análise de conteúdo, optou-se pela modalidade do tipo temática como técnica de análise, definindo categorias e unidades de registo. As categorias *são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registo) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão de caracteres comuns destes elementos* (Bardin, 2013, p.117). Por unidades de registo, entende-se *unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento do conteúdo a considerar como unidade base, visando a categorização e a contagem frequencial* (Bardin, 2013, p.104). As unidades de registo podem ser palavras e/ou temas.

Segundo Bardin (2013), a análise de conteúdo divide-se em três fases: a pré-análise; a exploração de material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A pré-análise é a fase de organização de dados, que como preconiza Bardin (2013, p.95) *corresponde a um período de intuições, que tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias inicias, de maneira a conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise.* A segunda fase proposta pela autora consiste na descrição analítica, isto é, nas operações de codificação, desconto ou enumeração, em função das decisões previamente definidas. A última fase da análise de conteúdo traduz o tratamento dos resultados obtidos ao longo da investigação, a sua inferência e interpretação. Consiste em tornar significativos os dados que resultaram do processo de tratamento, de forma a sistematizarem e colocarem em evidência as informações fornecidas pela análise.

Durante o processo de categorização respeitaram-se cinco princípios básicos, indicados por Bardin (2013), face às unidades de significação, nomeadamente a homogeneidade em que a categoria tem que conter em si apenas um registo e uma dimensão da análise; a exaustividade que contempla uma análise profunda e pormenorizada; a exclusividade na qual cada unidade de significação só pode pertencer a uma categoria; a objetividade que presume que as diferentes partes de um mesmo material devem ser codificadas da mesma maneira mesmo quando submetidas a várias análises; a pertinência e

a adequação as quais subentendem que as unidades de significação devem ser adaptadas ao conteúdo e aos objetivos do estudo.

Após leitura integral do texto das entrevistas, procedeu-se ao agrupamento temático de onde emergiram as categorias, subcategorias e unidades de registo ou significação. Para esta organização procuraram-se semelhanças e diferenças, agrupando-se as ideias e os aspetos significativos que, na opinião do investigador, devem ser apreendidos e transmitidos. Esta fase caracteriza-se por ser mais demorada, uma vez que se procede novamente à audição das entrevistas, de maneira a confrontar com o que já estava transcrito.

É importante referir que com a realização deste trabalho não pretendemos quantificar os dados, mas sim *medir a frequência, a ordem, a intensidade de certas palavras, de certas frases ou expressões ou de certos factos e acontecimentos* (Fortin, 2009, p.249).

Os resultados das entrevistas serão apresentados em dois subcapítulos, de acordo com as diferentes unidades temáticas. A descrição dos dados é acompanhada com excertos das entrevistas, que se consideram relevantes, de acordo com o processo de codificação realizado. Cada unidade de significação é identificada a partir da fonte de informação que foi previamente codificada: "E" corresponde à entrevista ordenando-se numericamente de acordo com a sua ocorrência. Desta forma, as unidades de significação apresentadas aparecerão codificadas, como por exemplo: (E1), que indica que a transcrição pertence à entrevista realizada à primeira puérpera. Cada unidade temática será apresentada em forma de tabela para permitir uma visualização mais rápida e eficaz das categorias e subcategorias. Após cada tabela, as categorias e subcategorias são desenvolvidas individualmente, e os resultados obtidos serão analisados sob a perspetiva de vários autores.

2.5. Considerações éticas

A investigação em Enfermagem obedece aos princípios éticos universais que, sendo comuns a uma qualquer investigação, assumem especial importância nesta área uma vez que o seu alvo é o ser humano e as suas respostas às situações de saúde/doença (Martins, 2008).

Desta forma, a participação humana em projetos deste âmbito implica a ponderação de aspetos éticos, como o respeito e a proteção do utente.

Num processo de investigação, a ética refere-se à qualidade das técnicas de investigação, no que diz respeito ao cumprimento de obrigações profissionais, legais ou sociais para com os sujeitos do estudo (Nunes, 2005).

A ética em investigação engloba a qualidade dos procedimentos, desde a pertinência do tema, realização da pesquisa, escolha da técnica adequada, informação a dar aos participantes, obtenção do consentimento voluntário e esclarecido até à publicação e divulgação dos resultados. Desta forma, os aspetos éticos devem ser tidos em conta em todas as etapas do processo de investigação (Nunes, 2005).

De acordo com as diretrizes éticas do International Council of Nurses (ICN, 2007), a investigação em enfermagem deve ter em conta: os princípios da beneficência, não-maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade.

Neste sentido, foram contemplados os seguintes pressupostos:

- Autorização para a colheita de dados no Serviço de Obstetrícia do CHSJ pelo Conselho de Administração (Anexo I)**;**
- Os potenciais riscos e benefícios da participação no estudo, não estando previstos quaisquer prejuízos para os participantes;
- Participação voluntária no estudo e possibilidade de desistência a qualquer momento sem qualquer prejuízo;
- Consentimento informado de todos os participantes no estudo (Anexo III). A sua utilização é imprescindível e define-se como o processo pelo qual os investigadores asseguram que os participantes recebem informação completa sobre o estudo, decidem de forma livre e esclarecida participar ou não no mesmo, são informados relativamente à ausência de prejuízo por aceitarem ou recusarem participar e são esclarecidos relativamente à sua confidencialidade;
- Isenção e autenticidade na análise e tratamento dos dados e na apresentação das conclusões.

3. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Os enunciados descritivos do Regulamento dos Padrões de Qualidade da OE, no âmbito dos Cuidados Especializados em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica orientam a conduta do EESMO, atribuindo-lhe elevados níveis de responsabilidade, quer no julgamento clínico, quer na tomada de decisão inerentes ao contexto da prática profissional (OE, 2011).

O padrão de qualidade referente ao autocuidado, autocontrolo e mestria designa o EESMO como o profissional que *(…) diagnostica as necessidades em cuidados e implementa as intervenções apropriadas para a promoção do autocuidado, promoção do autocontrolo e mestria no exercício do papel parental (OE, 2011, p.8).* Também a International Confederation of Midwives (ICM, 2011) reconhece como competências do EESMO a otimização da prestação de cuidados à mulher, ajudando-a na descoberta do seu corpo e na gestão das emoções, bem como na construção do seu projeto de vida.

Com o nosso trabalho pretendemos compreender quais as necessidades de cuidados das mulheres durante a fase de puerpério vivida no hospital e no domicílio.

A análise, interpretação dos dados e discussão dos resultados obtidos nesta investigação será efetuada após a caracterização da amostra.

Como referido anteriormente, a amostra foi constituída por sete puérperas internadas no serviço de Obstetrícia do CHSJ, assistidas por enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica (EESMO).

As participantes do estudo apresentavam uma média de idade de 32.1anos (*DP*=4.1), sendo a idade mínima 26 anos e a máxima 40 anos.

Relativamente às habilitações literárias, verificou-se que seis (85,7%) participantes eram licenciadas, e uma (14,3%) tinha o 8º ano de escolaridade concluído.

Quanto ao estado civil, 71,4% (*n*=5) eram casadas e 28,6% (*n*=2) viviam em união de facto.

Em relação ao tipo de parto, três (42,9%) participantes tiveram parto eutócico e quatro (57,1%) distócico por ventosa. Após caracterização da amostra, passamos a apresentar e analisar os dados obtidos.

No quadro 1, apresenta-se a matriz categorial resultante da análise das entrevistas.

Quadro 1 - Temas, Categorias e Subcategorias

Tema	Categorias	Subcategorias
Necessidades de cuidados no hospital	Cuidados ao RN	- Cuidados ao coto umbilical - Cuidados de higiene e conforto - Choro
	Cuidados à mulher	- Amamentação - Sono e repouso
Necessidades de cuidados no domicílio	Cuidados ao RN	- Cuidados ao coto umbilical - Choro
	Cuidados à mulher	- Amamentação - Sono e repouso - Apoio familiar

3.1. Necessidades de cuidados no hospital

O puerpério caracteriza-se como uma fase ativa do ciclo gravídico-puerperal em que ocorrem inúmeros fenómenos fisiológicos e psicológicos, com relevo para as alterações físicas e hormonais, sendo também um período de readaptação do organismo feminino, que sofreu alterações com a gravidez e o parto (Cabral & Oliveira, 2010).

É um período novo na vida das famílias, no qual pai e mãe sentem pela primeira vez as responsabilidades, quer na tomada de decisão, quer na prestação de cuidados ao novo membro (Soares, 2014).

O ajustamento a uma nova identidade, como mãe, é crucial durante esta fase, exigindo aprendizagem e adaptação a um novo papel bem como a reestruturação das relações familiares e profissionais (Costa et al., 2007).

É fundamental compreender como a mulher reage às diversas modificações emocionais e físicas, bem como a sua adaptação ao novo membro da família, aos desconfortos do pós-parto, alterações da imagem corporal e à realidade que todas estas mudanças acarretam na sua vida (Oliveira et al., 2012).

O internamento após o parto vaginal é de curta duração, aproximadamente 48h, tornando as vivências das mulheres durante este período, intensas e exigentes. Surgem assim inúmeras necessidades de aprendizagem, fundamentais à aquisição e desenvolvimento das competências parentais, definidas como o *conjunto de conhecimentos, de habilidades e de atitudes que facilitam e otimizam o desempenho, com mestria, do papel parental, garantindo o potencial máximo de crescimento e de desenvolvimento da criança* (Cardoso, 2011, p.52).

De acordo com Moorhead et al. (2010), o conhecimento refere-se à capacidade em compreender e mobilizar a informação; a habilidade corresponde a uma ação com determinado objetivo, e que pode ser aperfeiçoada pelo treino, por forma a desempenhar determinadas tarefas (Schmidt & Wrisberg, 2001 cit. por Cardoso, 2011).

Por outro lado, temos vindo a assistir a um decréscimo da natalidade; os casais mais jovens têm vindo a adiar o projeto da maternidade, o que faz com que tenham menos oportunidades de adquirir conhecimentos relacionados com a parentalidade a partir de experiências anteriores e familiares, porque as famílias são cada vez mais do tipo nuclear, manifestando assim maiores dificuldades para assumir o papel parental (Cardoso, 2011).

De forma a adquirir a máxima informação possível, os casais recorrem frequentemente às novas tecnologias, como por exemplo a internet, onde a informação é de fácil acesso, clarificando algumas das suas dúvidas, no entanto, *precisam de um profissional de saúde que medeie a respetiva integração nas estruturas cognitivas individuais, seja pela descodificação de alguns conteúdos, seja pela simples validação da qualidade e pertinência dessa informação* (Cardoso, 2011, p.31).

A mulher/casal manifestam dificuldades no puerpério, solicitando o apoio dos enfermeiros, pois consideram-nos profissionais acessíveis e com maiores capacidades para

transmitir toda a informação de forma mais percetível e que consideram indispensável nesta fase (Cunha, 2000).

O EESMO assume um papel de extrema importância, pois está habilitado a prestar cuidados especializados e individualizados, e é capaz de identificar as necessidades de cada mulher durante este período.

Da análise dos depoimentos constatou-se que as necessidades de cuidados no hospital se relacionaram sobretudo com os cuidados ao RN e cuidados à mulher.

A categoria *"Cuidados ao Recém-Nascido"* que emerge das subcategorias cuidados ao coto umbilical, cuidados de higiene e conforto e o choro, indica-nos que existem necessidades de cuidados no hospital, tal como ilustra a figura 1:

Figura 1: Necessidades de Cuidados ao RN no hospital

Os cuidados ao RN iniciam-se em ambiente hospitalar, logo após o nascimento, num espaço que visa a permanência do RN saudável junto da mãe até ao momento da alta. O alojamento conjunto, nesta fase, pode originar conflito emocional, pois se por um lado a mulher se sente feliz por iniciar o seu papel, por outro, a sua condição física pode limitar essa atividade, gerando-se assim sentimentos de ambivalência (Cabral & Oliveira, 2010).

Os cuidados ao coto umbilical merecem especial destaque, pois *todos os anos ocorrem, em média, em todo o mundo, 4 milhões de mortes neonatais, das quais 99% são sobretudo devido a infeções (…)* (Luís et al., 2014, p.34). Contudo, a maioria das mortes neonatais ocorre nos países subdesenvolvidos, onde o acesso aos cuidados de saúde é

precário, sendo que metade das puérperas e RN's não recebem cuidados durante os períodos da gravidez, parto e pós-parto (WHO, 2016).

O cordão umbilical é um anexo que assegura o desenvolvimento fetal, permitindo a comunicação entre o feto e a placenta materna. Este é constituído por duas artérias e uma veia que garantem as trocas gasosas e o aporte de nutrientes da mãe para o feto, assim como a eliminação dos resíduos fetais (Barbosa et.al, 2017, p.33). O coto remanescente é alvo de um processo designado de mumificação provocado pela contração dos vasos sanguíneos e pela diminuição do aporte sanguíneo, tornando-se seco, endurecido e escuro, acabando por se destacar da parede abdominal entre o quarto e o oitavo dia de vida (Miranda et al., 2016).

Após o parto, a pele do RN é colonizada por bactérias não patogénicas (espécies como *staphylococcus coagulase-negativos*, bacilos difteroides) podendo o coto umbilical ser considerado uma porta de entrada de microrganismos (Ricco et al., 2008), favorecendo a ocorrência de infeções, como a onfalite e a sépsis (Miranda et al., 2016), pelo que é essencial mantê-lo limpo. Desta forma, quanto mais longo for o tempo de queda do coto umbilical, maior é a probabilidade de ele ser colonizado por microrganismos patogénicos e desenvolver infeção (Perry, 2010).

Ao longo dos tempos foram surgindo várias recomendações, para a antissepsia desta estrutura, as quais podem gerar alguma incongruência, pelo facto de ainda não existir uma uniformização das práticas, pois estas dependem das tradições e culturas dos povos, bem como das práticas instituídas nas diferentes unidades de saúde, o que pode comprometer a qualidade dos cuidados (Luís et al., 2014).

Várias foram as práticas estudadas, utilizando diferentes antimicrobianos, sendo o álcool a 70% um dos solutos mais utilizados nos cuidados ao coto umbilical, nomeadamente em Portugal. Apesar do seu efeito bactericida, não promove a mumificação e atrasa a queda do coto, tornando-se, por isso, o seu uso pouco apropriado. Estão associados ao uso deste antissético, a ocorrência de hemorragia, hipotonia, letargia e decréscimo na resposta à dor por intoxicação (Branco, 2003). Contudo, esta substância continua a ser recomendada tal como foi possível constatar no depoimento de uma das entrevistadas*: "O coto ficou vermelho e com cheiro (…) foi visto pela enfermeira e passei a usar o álcool e ficou bem." (E4)*

Também o uso da iodopovidona é questionado, pois a sua utilização tem sido associada a alterações da função tiroideia e ao risco aumentado de alergias. A sua elevada absorção pode provocar alterações dos níveis de iodo no organismo, estimulando o hipotiroidismo neonatal (Vural & Kisa, 2006). O uso da clorohexidina reduz as colonizações bacterianas e as infeções, contudo atrasa a queda do coto comparativamente às soluções

anteriores (Rivara et al., 2013). Uma meta-análise da Cochrane, de 2013, concluiu que nenhum antisséptico é mais vantajoso na redução da incidência de infeções quando comparado com a limpeza e secagem do coto umbilical em RN's, cujo parto ocorreu em contexto hospitalar (Imdad et al., 2013). Desta forma, a técnica *dry care* consiste em manter o coto umbilical limpo e seco, sem aplicar qualquer tipo de substância ou antisséptico (Selores et al., 2014), sendo considerado um método simples e seguro nos cuidados ao coto umbilical (Quattrin et al., 2016).

As participantes do estudo executaram os cuidados ao coto umbilical durante o internamento de acordo com a técnica *dry care*, manifestando sentimentos de insegurança e medo, tal como podemos constatar através do seguinte relato: *"O procedimento de desinfeção do coto umbilical causou-me ansiedade." (E3); "(…) parece que a qualquer momento vai sair." (E7)*

De acordo com Ribeiro e Brandão (2011), os cuidados ao coto umbilical resumem-se da seguinte forma: lavagem criteriosa das mãos com água e sabão antes e depois do procedimento; limpeza do coto umbilical e da pele circundante sempre que houver contaminação com fezes ou urina; utilização de água tépida; secagem do coto e pele adjacente com movimento de baixo para cima segurando o clampe com a mão livre; manutenção do coto seco e exposto ao ar ou coberto com roupas limpas; dobrar e apertar a fralda abaixo do umbigo.

A gravidade da infeção do coto umbilical será minimizada se os sinais e sintomas de infeção forem precocemente reconhecidos. Assim, aconselha-se a inspeção regular e meticulosa em relação a sinais de infeção, tais como: cheiro fétido, rubor, hemorragia e exsudado purulento (Lowdermilk & Perry, 2009).

A execução dos cuidados supracitados gera nas mulheres sentimentos de insegurança e medo, tal como é referido num estudo realizado por Pereira et al. (2012), pois consideram que estes são envoltos em mistério e desconhecimento tal como referido por algumas participantes: *"A desinfeção do coto umbilical causou-me ansiedade (…) aquilo é uma estrutura um bocado diferente do que estamos habituados e, portanto, aquela desinfeção e o receio de infetar, acho que é isso que dá mais insegurança." (E3)*

Num estudo realizado por Munhoz et al. (2015), os autores consideram que as dificuldades na execução dos cuidados ao coto umbilical são evidentes, principalmente na primeira semana de vida, devido ao receio de causar dor ao RN, tal facto é igualmente referido por algumas das nossas participantes: *"Porque aquilo é uma estrutura com alguma fragilidade nós temos sempre receio, pelo menos falo por mim, de magoar o bebé (…)"* (E3);

"O coto parece que a qualquer momento vai sair, mete-me impressão e tenho medo que esteja a magoar o bebé (…)." (E7)

É competência específica e reconhecida do EESMO a promoção da saúde da mulher durante todas as fases do ciclo de vida, nomeadamente no período pós-parto (OE, 2010). Este cuida da mulher no sentido de potenciar a sua saúde e a do RN, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade (OE, 2011). É de salientar que durante este período, o EESMO promove o conhecimento e a capacidade necessários ao cuidado e à deteção precoce de infeções inerentes a esta estrutura, bem como os sinais de alerta que permitam a deteção precoce das infeções, sendo a sua presença imprescindível, tal como podemos constatar no seguinte relato: "(…) *com o apoio da enfermeira aqui foi excecional, foi impecável." (E4); "(…) temos sempre receio, pelo menos falo por mim, de magoar o bebé embora a enfermeira me tenha explicado que isso não acontece (…)." (E3)*

Constatamos, desta forma, que a *uniformização dos cuidados, fundamentados na melhor evidência disponível, poderá eventualmente reduzir os níveis de ansiedade dos pais, aumentar a sua segurança nos seus cuidados ao RN, promover a ligação ao novo membro da família e reforçar a sua relação terapêutica com os profissionais de saúde* (Barbosa et al., 2017, p.48).

A passagem do RN para o meio extrauterino, após o nascimento, implica variações súbitas de temperatura e de humidade devido à transição de um ambiente líquido para um meio seco (Dyer, 2013).

A pele assume-se como um órgão de grande importância multifuncional, tendo como principais funções: a proteção mecânica, a termorregulação, a vigilância imunológica, e a prevenção de perda de fluidos corporais (Fernandes et al., 2011). Para que desempenhe as suas funções adequadamente, terão de ser mantidas as condições ideais, tais como a hidratação, nível de pH, higiene e isenção de agressões mecânicas ou patogénicas (Bowden & Greenberg, 2005).

A pele do recém-nascido caracteriza-se por ser fina, sensível e frágil, e embora todas as estruturas cutâneas já se encontrem presentes no momento do nascimento, estas ainda não atingiram a sua maturidade. Assim, esta estrutura torna-se mais suscetível ao trauma e à toxicidade por absorção de determinadas substâncias (Fernandes et al., 2011).

Comparativamente à pele dos adultos, a do RN, tem um pH tendencialmente neutro, o que reduz significativamente o seu efeito protetor contra microrganismos (Lund et al., 2001 cit. por Fernandes et al., 2011). Por outro lado, a baixa atividade das glândulas sebáceas implica que haja uma reduzida quantidade de lípidos na epiderme, que são importantes para a manutenção da integridade da pele e da função barreira (Bello, 2000 cit. por Fernandes et

al., 2011). Também a espessura da camada córnea é menor, assim como o seu poder tampão, o que aumenta a permeabilidade. A imaturidade da barreira epidérmica induz uma maior permeabilidade cutânea, sobretudo nos primeiros quinze dias de vida, pelo que o RN não deve ser exposto a determinados tipos de produtos, pelo elevado risco de toxicidade (Afsar, 2009).

Segundo a OMS (2009), o primeiro banho deve ser dado, no mínimo, seis horas após o parto, devido ao risco de hipotermia durante e após o banho. Esta técnica permite a observação da condição física do RN, a promoção do seu conforto, assim como a sua interação com os pais (Costa et al., 2013 cit. por Silva et al., 2015). Deve ser de curta duração, no máximo cinco minutos, (Afsar, 2009) e quanto à sua frequência não existe evidência científica clara, pois ainda não foram comprovados os benefícios do banho diário; este ocorre de acordo com a cultura e a localização geográfica, contudo, o recomendável é de aproximadamente dois banhos por semana (Blume-Peytavi et al., 2012).

O primeiro banho é dado pelo EESMO, em contexto hospitalar, e é demonstrado individualmente aos casais no primeiro dia após o parto. Um dos objetivos desta intervenção é que os pais adquiram conhecimento suficiente para que na higienização seguinte possam, sob supervisão do ESMO, executar esta atividade obtendo, assim, capacidade para dar banho ao seu filho (Dantas et al.,2014 cit. por Silva et al., 2015). O internamento é o local mais propício para a aprendizagem do banho ao RN, visto que muitas puérperas referem medo e insegurança (Silva et al., 2015), tal como podemos constatar no testemunho: *"O banho deixou-me insegura (…)."* (E5)

A manipulação do RN no momento do banho, propicia a sua interação com os pais e aumenta a ligação afetiva (Richetto & Souza, 2015), contudo este procedimento é gerador de alguma insegurança, devido à inexperiência do casal e à dificuldade no seu manuseio, pelo seu tamanho e pela sua fragilidade (Andrade et al., 2013), tal como podemos constatar através do discurso de algumas participantes: *"A parte do banho, ainda tenho receio, porque é tão pequenino, parece tão frágil, que a qualquer momento parece que se desintegra." (E1); "(…) tinha medo de pegar no bebé." (E5); "O bebé mexe-se muito, escorrega e o meu maior receio é que ele caia." (E7)*

Antes de iniciar a técnica do banho deve-se proceder à lavagem correta das mãos e à preparação de todo o material necessário. O ambiente deverá estar a uma temperatura de 24ºC e isento de correntes de ar, de forma a prevenir as perdas de calor. Para preparar a água da banheira aconselha-se a colocação da água fria em primeiro lugar e só depois a quente, de forma a evitar queimaduras pelo sobreaquecimento da superfície de apoio do RN. A verificação da temperatura da água deve ser feita com o termómetro, com o cotovelo ou

com a face interna do pulso (zona corporal mais sensível à temperatura por possuir maior distribuição de termorecetores) e a água não deverá exceder os 7,5 cm de altura (três a quatro dedos). Aconselha-se que a toalha seja macia e que esteja pronta a receber o RN. Do mesmo modo, a roupa escolhida deverá encontrar-se junto ao local onde o bebé será seco, possibilitando o seu acesso rápido (Bowden & Greenberg, 2005). No que diz respeito aos agentes de limpeza, deve dar-se preferência ao uso de produtos de limpeza líquidos suaves ou syndets, isentos de parabenos, álcool e perfumes, com pH neutro, pois não afetam a adaptação da barreira cutânea. Estão contraindicados os produtos alcalinos, pois aumentam o pH da pele, favorecendo a dissolução dos lípidos na sua superfície (Blume-Peytavi et al., 2012).

O vestuário do RN deve ser confortável, de preferência de algodão, sem botões ou colchetes que lhe possam causar desconforto, e deve ser adequada à estação do ano. Antes de utilizar peças novas, estas devem ser lavadas com água quente e detergente neutro suave (Freitas et al., 2008).

O procedimento do banho deverá estar protocolado nos serviços de Obstetrícia, de forma a existir uma uniformização da técnica por parte dos profissionais de saúde. As orientações dadas pelo EESMO muitas vezes são incongruentes, o que pode interferir negativamente no processo de aprendizagem das puérperas (Souza et al., 2010), tal como foi dito por uma das participantes: *"Senti dificuldades (…) não sei se dou banho só com água ou não, porque existem algumas controvérsias." (E2)*

No primeiro banho existem muitas dúvidas e incertezas, principalmente nos casais, que são pais pela primeira vez. Sendo um procedimento novo, a ansiedade, o medo e a insegurança são evidentes, exigindo um lento e gradual processo de incorporação ao novo papel, o de ser mãe e pai (Silva et al., 2015). Desta forma, o EESMO tem um papel fundamental no ensino e aconselhamento aos pais, contribuindo para a aquisição de conhecimentos e capacidades, de forma a prevenir complicações no RN.

O choro é a primeira forma de comunicação do RN, considerando-se uma manifestação normal e fisiológica (Murahovschi, 2003).

Gerir os primeiros episódios de choro do RN é entendido pelas puérperas como um dos maiores desafios no internamento após o parto, pois associam a sua ineficácia à inexperiência e insegurança, características desta nova fase (Kosminsky & Kimura, 2004). Assim, numa fase inicial, o casal tem alguma dificuldade em perceber quais os motivos pelos quais o RN chora, e quais as medidas a adotar, no sentido de promover o seu bem-estar, tal como podemos verificar através dos depoimentos: *"(…) quando ele começa a chorar e não se consegue calar" (E2)*; *"Se o bebé chorar muito (…) Não sei como vou reagir." (E1)*

Vários estudos realizados nos últimos anos evidenciaram a existência de três tipos de choro, que são: o de fome, o de dor e o de desconforto, cada um deles com características distintas (Branco et al., 2006). Assim, o choro de fome caracteriza-se por movimentos laterais da cabeça, ligeira abertura da boca e aproximação das mãos à boca. O choro de desconforto caracteriza-se por testa franzida e tensão ao nível dos membros, podendo indicar alguns desconfortos como: temperatura corporal alterada (frio ou sobreaquecimento), presença de fralda suja ou desconforto abdominal. Quando o RN apresenta choro de dor causado por exemplo por cólicas, o seu fácies adquire um semblante cerrado e os membros inferiores e superiores adquirem movimentos de flexão e extensão; este tipo de choro manifesta-se por um tom mais agudo e a sua duração é variável (Brazelton e Sparrow, 2003). As cólicas normalmente têm início após a segunda semana de vida, caracterizando-se por choro intenso e repentino, que se repete todos os dias, principalmente ao final do dia (Cohen et al.,2012 cit. por Christoffel et al.,2013), por um período até três horas, mais de três dias por semana, com duração superior a três semanas, cursando até aos 3 - 4 meses de idade (Arikan et al., 2008) e a sua prevalência varia entre os 8 % e os 40 % (Ramos et al., 2014).

Segundo Saavedra et al., (2003) as cólicas podem ter diversas etiologias, tais como: imaturidade do sistema digestivo; intolerância ao leite de vaca; má absorção; refluxo gastroesofágico; deglutição de ar durante a mamada; inexperiência, insegurança e ansiedade por parte do casal; depressão ou alterações de humor no pós-parto e vivências negativas durante o parto. Embora seja objeto de estudo desde há algumas décadas, a etiologia das cólicas continua pouca esclarecida.

Um estudo realizado pelos mesmos autores concluiu que a introdução precoce de leite artificial poderia ser um dos fatores desencadeante da cólica, devido à alergia ao leite de vaca e à má absorção dos hidratos de carbono.

Um grupo de investigadores comparou duas amostras de RN's, um grupo alimentado com leite materno exclusivo e o outro com leite de fórmula, tendo-se concluído que o pico da cólica variava de acordo com o tipo de alimentação, sendo o grupo dos RN's alimentados com leite de fórmula o que apresentava um pico de choro mais precoce (Lucas & James-Roberts, 1998 cit. por Ramos et al., 2014).

Outras investigações concluíram que os alimentos ingeridos pelas mulheres que amamentam exclusivamente, podem desencadear o aparecimento das cólicas no RN, nomeadamente o amendoim, ovos, soja, nozes, amêndoas, morangos e a proteína do leite de vaca (Sharch & Michael, 2002 cit. por Silva et al., 2007).

O consumo de tabaco está igualmente associado ao aparecimento das cólicas, uma vez que consumido nas fases pré e pós-natal pode propiciar atraso no desenvolvimento dos sistemas nervoso central e digestivo (Sondergaard et al., 2001 cit. por Silva et al., 2007).

Ao identificar as dificuldades do casal na gestão do choro do RN durante o internamento, o EESMO implementa intervenções que visam o desenvolvimento de conhecimentos e competências para a utilização de estratégias para a gestão da dor e do desconforto do RN. Não existe um tratamento eficaz e seguro para a redução das cólicas, no entanto, algumas estratégias não farmacológicas para o alívio da dor poderão ser aconselhadas aos pais (Arikan et al., 2008).

A massagem é um dos métodos mais utilizados para o alívio das cólicas dos RN's. Consiste em executar movimentos de deslizamento de forma simétrica, iniciando o procedimento com movimentos de deslizamento superficiais, que se vão tornando mais profundos, sendo também utilizadas as técnicas de amassamento e fricção. Deve ser realizada preferencialmente entre as refeições, num local confortável, tranquilo e quente (Cruz & Caromano, 2005). Depois de despido coloca-se o RN sobre um lençol, toalha ou fralda e pode utilizar-se um óleo vegetal, por exemplo óleo de amêndoas doces. Segundo Motha (2007), a duração da massagem pode variar entre os cinco minutos, numa fase inicial, até aos quinze a vinte minutos, dependendo da disponibilidade da criança e da mãe (Gambet-Drago, 2006). Para RN's com idade inferior a um mês a duração aproximada é de 10 minutos (Cassar, 2000 cit. por Cruz & Caromano, 2005).

Ao longo do estudo foi notória a dificuldade que as participantes tinham na execução da técnica, demonstrando sentimentos de insegurança, mesmo após a demonstração efetuada pelo EESMO, tal como podemos constatar no seguinte relato: *"(…) tenho medo de fazer a massagem e de o magoar." (E2)*

Para além do alívio das cólicas, a massagem tem vários benefícios, tais como: diminuir a tensão e o desconforto, proporcionando calma e tranquilidade ao RN, coadjuvante no desenvolvimento neurológico e psicomotor e favorecedora do processo de vinculação (Ramos et al., 2014).

Para além da massagem, outras técnicas foram estudadas com o intuito de aliviar a dor e o desconforto do RN, tal como a técnica dos 5 S's (Swaddling, Shushing, Swinging, Sucking, Side/Stomach position), sugerida por Harvey Karp. De acordo com o autor, a causa da cólica poderá estar relacionada com a falta de um 4º trimestre de gravidez, considerando que no final do terceiro trimestre o feto ainda está imaturo para responder aos estímulos externos (Karp, 2004).

De acordo com este autor, a técnica consiste no seguinte: *swaddling* implica o envolvimento do RN numa manta suave de forma segura, simulando o aconchego sentido no útero. *Shushing* relaciona-se com os ruídos ouvidos pelo feto no útero, podendo estes ser obtidos através de sons emitidos pelo rádio, máquina a lavar ou chuveiro. A flutuação/estremecimento conferem uma sensação idêntica à sentida pelo feto dentro do útero, provocada pelo líquido amniótico. A utilização do marsúpio, assim como o ato de embalar o RN e até mesmo o passeio de carro, tendem a simular esta sensação. *Sucking* está relacionado com o reflexo de sucção, e consequentemente com a obtenção de alimento, transmitindo calma ao RN. Desta forma, a utilização da chupeta tranquiliza os RN's e podem ser utilizadas, desde que a amamentação esteja estabelecida. *Side/Stomach position* relaciona-se com o posicionamento do RN, que será em decúbito lateral ou ventral.

No que respeita à cólica, torna-se premente que o EESMO capacite o casal, transmitindo-lhe conhecimentos, competências e segurança relativamente às técnicas utilizadas para o alívio da dor, que são consideradas complexas, com o intuito de contribuir para o bem-estar do RN.

De uma forma geral, algumas das participantes do nosso estudo referiram sentir-se mais seguras na execução dos cuidados quando o EESMO estava presente, tal como revelam os seguintes testemunhos: *"(…) estou mais à vontade com o bebé." (E3); "(…) sinto-me mais segura (…) sei que sempre posso contar com as enfermeiras (…)" (E6); "(…) tento sempre que a enfermeira veja se está tudo bem para ficar mais segura." (E7)*

Segundo um estudo realizado por Mabuchi e Fustinoni (2008), as mulheres sentem-se mais seguras e confiantes quando os profissionais de saúde estão presentes e lhes transmitem calmamente a informação que elas consideram fundamental. Neste sentido, o EESMO deverá ser *(…) congruente e empático, contribuindo para o desenvolvimento de um clima caloroso e de segurança, que facilite a autonomia da mulher (Silva, 2010, p.163).*

Relativamente à categoria *"Cuidados à Mulher",* esta emergiu das subcategorias amamentação, sono e repouso, indica-nos que existem necessidades de cuidados no hospital, tal como ilustra a figura 2:

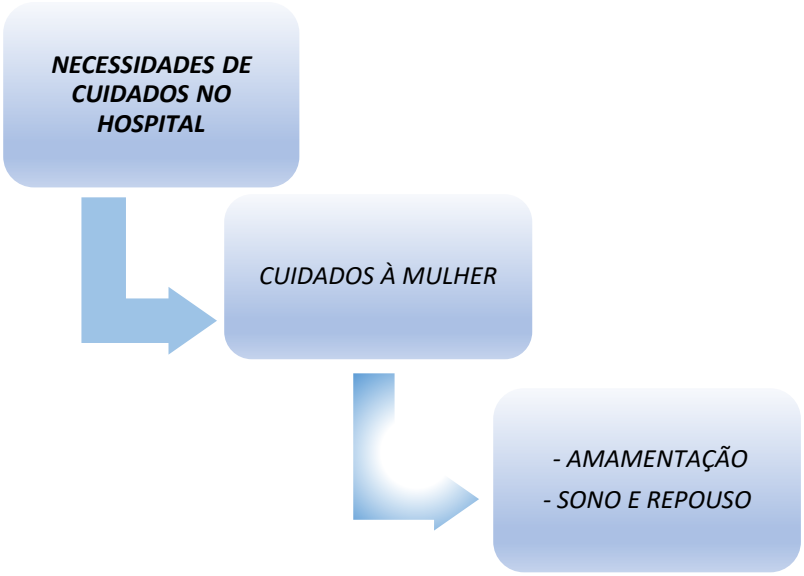

Figura 2: Necessidades de cuidados à mulher no hospital

A amamentação é considerada o método mais natural de alimentação do RN e lactentes, devendo ser usado exclusivamente durante os primeiros seis meses de vida da criança. Deve iniciar-se durante a primeira hora após o nascimento, promovendo a estimulação e produção de leite materno (WHO, 2010).

São inúmeras as vantagens de amamentar, contudo a tomada de decisão torna-se muitas vezes complexa, existindo vários fatores que influenciam na sua adesão e manutenção, tais como: fatores biológicos, psicológicos, sociais, educacionais e demográficos (Thulier & Mercer, 2009).

Ao longo do estudo foi possível observar, que apesar das dificuldades inerentes ao processo, as participantes estão conscientes das vantagens da amamentação, manifestando a sua vontade em amamentar e reconhecendo os benefícios do leite materno, tal como se pode constatar nos depoimentos: *"(…) sei que o leite materno tem muitos benefícios (…) (E6)."; "Sempre quis muito amamentar (…)". (E7)*

O leite materno é considerado um alimento completo e natural, fonte essencial de energia e nutrientes e tem um papel crucial na prevenção de infeções no RN (respiratórias, gastrointestinais e urinárias), assim como da diabetes, obesidade, hipertensão arterial e linfomas. Na mulher, a amamentação tem um papel preponderante na saúde e bem-estar,

pois contribui para a diminuição do risco de cancro do ovário e de mama, promove a involução uterina e fortalece a vinculação mãe-bebé (Levy e Bértolo, 2008).

A amamentação constituiu-se como um dos principais desafios com os quais as mulheres se deparam no pós-parto, principalmente aquelas que são mães pela primeira vez, podendo originar sentimentos de insegurança e de medo, que aumentam a sua vulnerabilidade emocional e que interferem negativamente neste processo. As participantes deste estudo fazem referência aos mesmos nos seguintes depoimentos: "(…) *tenho medo de não o estar a conseguir amamentar corretamente." (E5); "A nível da amamentação, sentia muita insegurança." (E6).* Um dos aspetos a considerar, e que é fundamental para o sucesso da amamentação, é a presença de elementos que influenciam positivamente a escolha de amamentar, levando a mulher a confiar nos seus conhecimentos e habilidades, de forma a que a amamentação tenha êxito. Pesquisas apontam que cerca de 27% das mulheres com baixos níveis de confiança na amamentação durante o período pré-natal abandonam o AM precocemente (durante a primeira semana após o parto). As mulheres com baixo nível de confiança na amamentação tiveram 3,1 vezes maior risco de a interromper do que aquelas que tinham total confiança (Oriá & Ximenes, 2010 cit. por Rodrigues et al., 2015).

As influências socioculturais, nomeadamente as crenças, mitos e a interação com pessoas significativas têm um grande impacto na decisão e manutenção da amamentação, interferindo em alguns casos no bom desenvolvimento deste processo (Azevedo et al., 2010).

Ao longo do estudo constatou-se que todas as participantes pretendiam amamentar os RN's, exclusivamente. Curiosamente, das sete puérperas inquiridas, seis são detentoras de curso superior. Algumas pesquisas têm demonstrado que a escolaridade da puérpera influencia a sua motivação para amamentar, ou seja, quanto maior o grau de instrução materno, maior a probabilidade de o RN ser amamentado durante mais tempo (Rebimbas et al., 2010).

Nos primeiros dias após o parto, as puérperas referem dificuldades e contrariedades relativas à amamentação, podendo interferir negativamente neste processo. Por exemplo, a dor sentida ao amamentar provocada pelas fissuras, a pega e o posicionamento inadequados durante a mamada, foram algumas das complicações detetadas, tal como se pode constatar nos seguintes relatos: *"(…) já tenho os mamilos com fissuras, o que me provoca muitas dores durante a amamentação (…)" (E5); "(…) o bebé tem alguma dificuldade na pega (…)" (E5); "(…) tive dificuldades, desde a pega até à posição da bebé (…)" (E6); "(…) o bebé estava mal posicionado e por isso não estava a mamar bem." (E7)*

O posicionamento correto da mãe e do RN durante a amamentação considera-se de extrema importância para o sucesso da mesma. Existem várias opções, sendo escolhida a

posição que a mulher considere mais confortável e mais apropriada para a ocasião (Saraiva, 2010). Quando o EESMO deteta que a puérpera não tem conhecimentos e habilidades para posicionar o RN durante a mamada, deve assumir um papel regulador das práticas de AM, sendo da sua competência propor novas alternativas de posicionamento, realizando ensinos e transmitindo conhecimentos baseados na melhor evidencia científica, de forma a aumentar a adesão à prática do aleitamento.

A pega correta favorece a extração efetiva do leite e o esvaziamento da mama, evitando o aparecimento de fissuras e de dor durante a mamada, proporcionando uma amamentação confortável, indolor e eficaz, o que faz aumentar a autoestima materna, (Saraiva, 2010). As fissuras mamilares, o ingurgitamento mamário e a mastite provocam dor, interferindo, na maioria das vezes, no reflexo de ejeção de leite. A angústia materna surge, pois para além do desconforto sentido, o RN mostra-se insatisfeito, o que pode aumentar o risco de desmame precoce (Frota et al., 2009).

Outra das preocupações referida pelas participantes, relaciona-se com a quantidade de leite ingerida pelo RN durante a amamentação, tal como se pode verificar pelo seguinte depoimento: *"Não sabia se ela estava a mamar o suficiente (…) a sensação que eu tinha é que ela ficava com fome" (E6).* Uma das razões mais frequentes e que gera maior apreensão nas puérperas, relaciona-se com a produção de leite e com a crença de que o seu leite é fraco, gerando sentimentos de insegurança, que podem mesmo levar ao desmame precoce. A inobservância da ejeção de leite e a perceção de insatisfação do RN, colocam dúvidas sobre a qualidade e a quantidade do leite materno, levando as puérperas a considerar que este não é o alimento ideal para suprir as necessidades do seu filho (Frota et al., 2009).

Para que a amamentação se estabeleça com sucesso, sobretudo para quem é mãe pela primeira vez, é necessário transmitir confiança, dar apoio e ensinar sobre amamentação, de forma a promover-se o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades para amamentar (Awano e Shimada, 2010). Algumas puérperas referiram a necessidade de maior apoio por parte do EESMO durante o internamento, reconhecendo a sua presença como uma mais valia: *"(…) no apoio à amamentação acho que foram os cuidados essenciais para quem é mãe pela primeira vez (…)" (E3); "(…) os enfermeiros ajudaram-me muito desde a pega até à posição da bebé (…)." (E6)*

De acordo com a OMS, os enfermeiros têm um papel fundamental na promoção, proteção e apoio ao AM, pois possuem a formação necessária para orientar adequadamente nos principais problemas que podem ocorrer durante o processo da amamentação (Parizotto, 2008). Desta forma, as intervenções do EESMO devem ter um efeito positivo na adesão e manutenção da amamentação, devendo disponibilizar todas as informações sobre

as vantagens da amamentação, orientação e avaliação da mamada, postura e promoção da autoeficácia materna (Awano & Shimada, 2010).

É de realçar que, em alguns serviços de saúde, as orientações e condutas sobre o AM são inadequadas, podendo interferir negativamente neste processo, propiciando o abandono precoce da amamentação. São exemplos: o início tardio da primeira mamada, o aconselhamento de horários rígidos e a distribuição de leite de fórmula, o que nos leva a considerar sobre a falta de formação dos profissionais de saúde sobre a temática (Bueno & Teruya, 2004). Assim, torna-se necessário que estes desenvolvam as suas capacidades de aconselhamento sobre amamentação, de forma a proporcionar o apoio necessário para a aquisição da autoconfiança materna, contribuindo, assim, para a melhoria dos indicadores de AM (Costa et al., 2009).

O puerpério caracteriza-se como sendo uma fase de profundas mudanças ao nível físico, psicológico e social, desencadeando uma série de alterações na mulher, que se processam a um ritmo acelerado e que promovem a sua instabilidade emocional. Os primeiros dias após o parto são retratados por uma série de emoções e expectativas, gerando um turbilhão de sentimentos, que se podem traduzir em reações diversas (Silva & Botti, 2005). A gravidez e a maternidade constituem processos dinâmicos de construção e desenvolvimento, onde para além de períodos de desequilíbrio e adaptação, coexistem períodos de reorganização, de crescimento e enriquecimento pessoais (Canavarro & Pereira, 2001).

Das puérperas entrevistadas, cinco referiram sentir que a fadiga (entendida como cansaço físico) foi difícil de gerir durante os dias de internamento. Muitas delas consideram esta fase extenuante, resultante da privação de sono, manifestando fadiga e irritabilidade, tal como podemos constatar através dos testemunhos: *"(…) estou com uma branca, preciso de pensar. O cansaço (…)" (E1); "O que me custou muito foi a privação de sono (…) adormeci muitas vezes com o bebé ao meu lado." (E5); "(…) não descansei nada." (E6)*

De acordo com Lowdermilk & Perry (2008, p.530), *durante 24 horas após o parto, mulheres adultas aparentemente saudáveis parecem suspender a sua participação nas atividades e responsabilidades diárias, contando com os outros para satisfazer as suas necessidades de conforto, repouso, alimentação e de proximidade com as famílias e com o recém-nascido.*

A fadiga é um fenómeno comum e natural após o parto, que influencia a capacidade de adaptação da puérpera à sua nova condição (Afonso, 1999 cit. por Silva, 2006).

Existe uma variedade de fatores que podem estar associados à fadiga no pós-parto, nomeadamente: os desconfortos físicos no final da gravidez; trabalho de parto e parto

desgastantes, quer a nível físico quer a nível emocional; período de internamento curto; privação do sono e do repouso decorrentes dos desconfortos físicos, das novas responsabilidades com o RN, da ansiedade relativa ao bem-estar do RN; o reassumir das atividades domésticas em simultâneo com os cuidados ao RN e a solicitação constante das visitas após o nascimento (Afonso, 1999 cit. por Silva, 2006).

Com o intuito de promover o repouso da puérpera, torna-se importante sensibilizá-la para algumas questões, nomeadamente a necessidade de repouso, a importância de retomar as atividades diárias de forma gradual, bem como o apoio de pessoas significativas nas novas funções, de forma a que esta possa usufruir de momentos de descanso.

Ao longo do estudo foi possível constatar que das sete puérperas entrevistadas, duas referiram que se tivessem tido a oportunidade de ter presente o companheiro durante a noite, possivelmente a fadiga teria sido minimizada, como se depreende dos seguintes relatos: *"(…) se o meu marido pudesse ter ficado comigo o dia todo, iria conseguir descansar mais um pouco (…)" (E5); "Gostaria que o meu marido pudesse ficar durante a noite (…)." (E7)*

Um estudo realizado por Pereira et. al (2012), salienta a satisfação das puérperas com a presença do companheiro durante o período de internamento. A partilha de tarefas, mesmo que estas sejam simples, minimiza a insegurança da mulher, proporcionando, até, maior solidez no relacionamento conjugal.

Atualmente, existe um maior envolvimento por parte dos companheiros, estes manifestam vontade em prestar cuidados aos filhos e mostram-se recetivos à aquisição de conhecimentos e de capacidades, o que pode influenciar positivamente a saúde da mulher e do filho (Burgess, 2008).

3.2. Necessidades de cuidados no domicílio

Após um curto período de tempo no hospital, os casais regressam a casa, sendo este um momento de grande impacto, pois terão a seu cargo todas as responsabilidades, nomeadamente as relacionadas com o RN (Cardoso, 2011).

Dado que passados quinze dias após a alta as mulheres ainda manifestam dificuldades na execução dos cuidados, seria uma mais valia implementar a visitação

domiciliária (VD) no pós-parto como prática comum, pois esta pode ter repercussões a vários níveis, nomeadamente com a insegurança e as dificuldades manifestadas pelos casais nesta etapa tão vulnerável. Desta forma, o EESMO poderá intervir, detetando problemas, sugerindo soluções e orientações, de modo a que os casais superem as dificuldades e vivam de forma plena e saudável esta nova fase das suas vidas (Almeida et al., 2004).

Com o intuito de recolher informação sobre a necessidade de cuidados e o apoio recebido no domicílio, foram efetuadas entrevistas telefónicas quinze dias após a alta, com o objetivo de compreender quais as necessidades da puérpera no regresso a casa.

Da análise dos depoimentos verifica-se que as principais necessidades sentidas pelas mulheres se relacionam com o RN, nomeadamente nos cuidados que lhes devem prestar, e ainda com as suas próprias necessidades.

Na categoria cuidados ao RN, foram identificadas duas subcategorias: cuidados ao coto umbilical e choro. Na categoria cuidados à mulher, são identificadas três subcategorias: amamentação, sono e repouso e apoio familiar, tal como ilustra a figura 3:

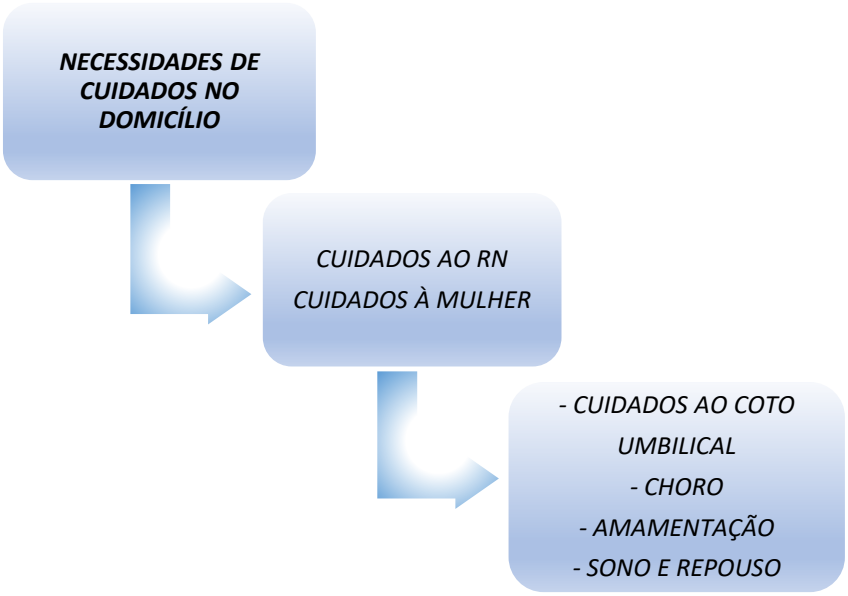

Figura 3: Necessidades de cuidados da mulher e do RN no domicílio

Com o nascimento de um filho a família sofre uma reorganização, de forma a integrar o filho(a) na dinâmica familiar, sendo este momento caracterizado por dúvidas e insegurança.

A alta precoce tem inúmeras vantagens para a diminuição dos custos hospitalares, contudo potencia a necessidade de cuidados no domicílio, de forma a garantir a recuperação segura das puérperas e dos seus filhos (Neves, 2013).

De acordo com um estudo realizado por Oliveira et al. (2012), a necessidade de cuidados no domicílio relaciona-se com a dificuldade na integração dos conhecimentos no hospital, devido ao curto período de internamento, levando a que os profissionais de saúde não tenham a disponibilidade necessária para atender às necessidades dos casais, tal como se pode constatar através dos relatos: *"(…) eles explicam e, entretanto, vão embora. Estas coisas demoram e acho que aqui se poderia perder um pouco mais de tempo." (E2); "(…) as mulheres estão tão fragilizadas (…) que reforçar e explicar o porquê de se fazer acaba por ser uma mais valia." (E1)*

A visita domiciliária efetuada pelo enfermeiro do centro de saúde, à puérpera e ao RN, assume especial destaque, contudo das sete participantes, apenas três tiveram acesso a este tipo de cuidados manifestando bastante satisfação, tal como sugerem os seguintes relatos: *"(…) foi uma grande ajuda (…)" (E2); "(…) vieram a casa (…) é mais vantajoso para os dois (…)" (E3); "(…) tive o apoio da enfermeira que veio cá a casa e é um descanso (…)." (E6)* As restantes tiveram que se deslocar ao centro de saúde sempre que necessário, referindo que: *"(…) seria muito importante (…) não tinha que andar com o bebé de um lado para o outro e para sítios com muita gente." (E4); "(…) ajudava muito (…) uma pessoa cheia de dores e com um bebé tão pequeno ter que sair de casa para ir lá não é muito agradável." (E7)*

Quando o profissional de saúde transmite informação de uma forma clara e objetiva, acaba por criar um vínculo de confiança com o casal, o que promove uma participação nos cuidados mais satisfatória e ativa (Alexandre & Martins, 2009), como é referido por uma das participantes: *"Acho que é importante explicar o porquê dos procedimentos e os seus objetivos." (E1).*

Duas puérperas manifestaram ter tido dificuldades nos cuidados ao coto umbilical, no domicílio, tendo sido colmatadas pelo enfermeiro do centro de saúde: *"(…) o enfermeiro foi uma grande ajuda porque o coto infetou (…)" (E2); "O coto ficou vermelho e com cheiro (…) foi visto pela enfermeira, que me deu alguns conselhos e depois ficou tudo bem." (E4)*

Um estudo realizado por Santos et al. (2014) demonstra que 25% das puérperas inquiridas no domicílio têm dificuldades em executar os cuidados ao coto umbilical, apontando a fragilidade do RN como principal entrave para a correta execução dos cuidados.

Para Tomeleri & Marcon (2014) as dificuldades inerentes à execução dos cuidados ao coto umbilical são evidentes na primeira semana após o parto, e em muitos casos estão associadas ao sangramento decorrente da queda do mesmo.

Cuidar adequadamente do RN e atender a todas as suas necessidades é uma das principais preocupações maternas, geradoras de sentimentos de insegurança e de insatisfação (Pereira et al., 2012). O choro, como já referido, é uma das variáveis que mais insegurança provoca, pois para além de ser difícil atribuir-lhe uma causa, é também difícil de compreender.

Ao longo das entrevistas constatou-se que algumas puérperas manifestaram dificuldades na gestão do choro após a alta hospitalar, tal como se depreende dos os seguintes relatos: *"(…) quando chora e eu não o consigo acalmar." (E1); "(…) fiquei preocupada porque percebia que estava com dores e aflito." (E3)*

Um estudo realizado por Carrascoza et al. (2005) revelou que 15% das mulheres relacionaram o choro do RN com a qualidade do leite materno, o que levou a uma maior propensão para a introdução de leite artificial. Também, no nosso estudo, duas das participantes relacionaram o choro do RN com problemas associados à amamentação: *"Ele não pegava muito bem e chorava muito, devia ser com fome." (E4); "(…) tive que mudar de leite e de biberão e as coisas melhoraram." (E6)*

A preocupação materna com a quantidade e a qualidade do leite interfere negativamente na autoeficácia para amamentar, principalmente nas primíparas, devido à sua inexperiência e insegurança (Rodrigues et al., 2013), facto que se observa pelos seus testemunhos: *"Parecia que não mamava o suficiente, que estava sempre insatisfeita e eu queria pesá-la todos os dias para ter certeza. Já não sabia se era fome ou se era sede." (E5); "(…) por ela ser pequena e eu não ter a certeza se mamava o suficiente (…)" (E6*). Esta preocupação pode ainda contribuir para a introdução precoce de leite artificial.

Ao longo do estudo constatou-se, através de alguns relatos, que nos primeiros quinze dias após o parto foi introduzido leite artificial, como forma de colmatar algumas das dificuldades sentidas pelas mulheres*: "(…) também faz leite adaptado, com o meu leite fica insatisfeito." (E3); "(…) o pediatra aconselhou-me o leite artificial e ficou bem." (E4); "(…) senti que fui mal informada o que fez com que tivesse que dar leite artificial muito cedo (…)" (E5); "(…) por não ter a certeza se mamava o suficiente introduzi o leite (…) fico mais tranquila em dar também o leite artificial." (E6)*

São vários os fatores que contribuem para a introdução precoce do leite de fórmula, destacando-se: o baixo peso à nascença, crenças transmitidas ao longo das gerações, dor ao amamentar, reinício precoce da atividade laboral e insegurança materna (Baptista et al.,

2009). Também as alterações mamárias, especialmente a dor, influenciam a introdução do leite artificial e o abandono precoce do aleitamento materno.

Um estudo realizado por Azevedo et al. (2010), salienta o quão importante é orientar as mulheres sobre as boas práticas relativas à amamentação, proporcionando maior satisfação e confiança, o que contribui para a manutenção do AM. Das participantes entrevistadas, uma referiu ter tido problemas mamários no domicílio: *"Por volta do 4º dia comecei a ficar com as mamas muitos cheias e tensas e foi complicado (…) para quem quer amamentar é muito doloroso, ainda por cima fiquei com os mamilos em ferida." (E7).* Para Castro & Souto (2009), os principais problemas mamários (mamilo plano ou semi-protuso, ingurgitamento mamário, fissura mamilar, mastite e abcesso mamário) têm início nos primeiros quinze dias após o parto e podem ser determinantes na manutenção da amamentação.

Um estudo realizado por Munhoz et al. (2015) indica que o principal desconforto mamário detetado no domicílio foi a fissura mamilar decorrente da pega incorreta. Desta forma, quando as mulheres são confrontadas com dificuldades e desconfortos iniciais durante a amamentação, se não tiverem o apoio de profissionais qualificados, tendem a desistir do processo (Azevedo et al., 2010 cit. por Quirino et al., 2011).

O EESMO assume um papel de extrema importância na promoção e manutenção do AM, sendo essencial a sua presença junto da mulher/casal após o parto. Deve mostrar disponibilidade, incentivo, orientação e apoio, estabelecendo uma comunicação simples e objetiva e, desta forma, promover o sucesso da amamentação (Almeida & Do Vale, 2003).

No nosso estudo, verificámos que algumas participantes referiram ter tido apoio de um enfermeiro do centro de saúde no domicílio, tendo manifestado que: *"(…) foi uma grande ajuda (…) os bebés são muito pequeninos e andar com eles sempre no centro de saúde (…) e também me sinto cansada (…)" (E2); "(…) já vieram a casa (…) preferia que viessem sempre a casa, seria vantajoso para os dois, porque nestes locais há muitos vírus e há risco de ficar doente." (E3); "(…) tive apoio da enfermeira que veio cá a casa e é um descanso, fiquei muito mais tranquila porque percebi que estava tudo bem." (E6)*

De acordo com Neves (2013), durante o período pós-parto, os cuidados de enfermagem no domicílio revelam a evolução na reestruturação dos cuidados de saúde maternos. A mesma autora refere que a visitação domiciliária no pós-parto tem como objetivo *aconselhar, orientar e ajudar as mães/famílias na prestação de cuidados, proporciona mais comodidade, individualização dos cuidados no seu ambiente natural e suscita menor tensão para a exposição de preocupações e necessidades, constitui-se um momento privilegiado de partilha entre os profissionais e os pais, estando estes*

particularmente motivados para fazerem aprendizagens que facilitem a função parental, ou seja o empoderamento. Deste modo, procura-se a capacitação e autonomia parental, através da aquisição de competências pessoais, familiares e sociais (Neves, 2013, p.47).

Para além do apoio do enfermeiro, no domicílio, também o apoio prestado pelos familiares mais significativos mostrou ser importante para as mulheres. Assim, a maioria das participantes referiu ter tido o apoio do marido no domicílio: *"(…) tive apoio do meu marido (…)" (E2); "(…) tive apoio do pai do bebé nas tarefas diárias (…)" (E3); "(…) tive apoio do meu marido apenas." (E5); "(…) O meu marido também ajuda (…)" (E6); "(…) tive o apoio do marido (…) eu tinha receio do banho." (E7)*

O apoio concedido pela mãe e pela irmã foi igualmente considerado pela maioria como muito significativo: *"A minha mãe também me ajuda, mas mais com a lida doméstica." (E1); "(…) a minha mãe nas tarefas de casa e da roupa." (E3); "(…) a minha mãe também ajudou." (E6); "(…) a minha mãe ajudou-me (…)" (E7); "Tive o apoio da minha irmã (…)." (E4)*

O contexto familiar sofre alterações com o nascimento dos filhos, exigindo que a família, nomeadamente o pai da criança e os avós, encontrem formas de lidar com as novas situações, tornando-se fundamentais na sua adaptação (Rapoport & Piccinini, 2006).

De acordo com Dessen e Braz (2000), as mulheres identificam o apoio do marido/companheiro como o principal e, em segundo lugar, aquele que recebem das suas próprias mães. O apoio do conjugue torna-se fundamental quando este reparte tarefas e responsabilidades parentais, auxiliando a mulher a desempenhar o seu papel de forma mais segura e confiante, contribuindo para o bem-estar materno (Simons & Johnson, 1996 cit. por Rapoport & Piccinini, 2006). O apoio dos avós é essencial nesta fase, uma vez eles que ajudam a família nas tarefas domésticas, auxiliam na resolução de tarefas difíceis, prestam apoio psicológico e em alguns casos colmatam necessidades financeiras (Dessen & Braz, 2000).

Frequentemente ouvimos mulheres, que foram mães recentemente, queixarem-se da fadiga provocada pela privação de sono, pois o RN passa a ser o centro das atenções e os seus dias passam a ser ditados pelas suas necessidades, tal como é expresso por duas participantes: "*Houve muitas alterações, principalmente no sono (…)." (E3); "(…) dormir pouco, que é horrível (…) a falta de sono, não temos discernimento para pensar (…) estamos muito cansadas (…)." (E5)*

De acordo com um estudo realizado por Mendes (2007), algumas mulheres revelaram algum cansaço na primeira semana após o parto, devido não só à inexperiência em cuidar do RN, mas também à adaptação às novas rotinas, que consideram exigentes.

Com o intuito de relacionar o nascimento de um filho com o aumento de stresse nos progenitores, Miller & Sollie (1980 cit. por Moura-Ramos e Canavarro, 2007) concretizaram

um estudo, através do qual se constatou que os níveis de stresse eram sempre mais elevados nas mães do que nos pais, facto que também constatamos pelo testemunho seguinte: *"Com a ajuda do meu marido, ele é menos stressado que eu." (E1)*

Considerando o puerpério uma fase em que a mulher sofre profundas alterações, e que é acompanhada de grande instabilidade emocional, a presença do companheiro e de familiares significativos torna-se determinante (Silva & Botti, 2005), pois influenciam positivamente os comportamentos adaptativos do casal (Cardoso, 2011). Para este equilíbrio é necessário repouso, estabelecer prioridades nas suas rotinas diárias, bem como adaptá-las à sua nova condição, o que contribui para o bem-estar individual e do casal.

De uma forma geral, o EESMO, quer em contexto hospitalar, quer em contexto domiciliário necessita aperfeiçoar as suas competências de forma efetiva, *com o objetivo de proporcionar apoio, conforto, informação e estimular a confiança* (Silva, 2010, p.162), assim como precisa ter a disponibilidade necessária para a troca de ideias e o esclarecimento de dúvidas (Lampinen et al., 2009).

4. CONCLUSÃO

A fase de puerpério assume especial destaque, dado que é caracterizada por dúvidas, medos e inseguranças. A presença do EESMO pode colmatar a necessidade de apoio que as mulheres/casal apresentam, na medida em que este é dotado de competências técnicas e científicas, que lhe permitem identificar e responder precocemente a essas mesmas necessidades.

Este trabalho focou-se essencialmente na identificação das necessidades de cuidados que as mulheres manifestaram no puerpério, quer durante o internamento, quer no regresso a casa, e sobre as dificuldades no desenvolvimento das competências parentais durante este período.

Apresentados e refletidos os resultados do nosso estudo, considera-se que foi atingido o objetivo inicialmente proposto, na medida em que nos permitiu identificar e compreender melhor as necessidades em cuidados manifestadas pelas puérperas durante o internamento e no domicílio.

Relativamente às necessidades de cuidados no hospital, através dos resultados obtidos compreendeu-se que estas se relacionavam com os cuidados ao RN e os cuidados à mulher. Dos cuidados ao RN emergiram necessidades relacionadas com o coto umbilical, cuidados de higiene e conforto e o choro. Dos cuidados à mulher mereceram especial destaque a amamentação, o sono e o repouso.

No que respeita aos cuidados ao coto umbilical a ansiedade, o medo e a insegurança foram manifestados pela maioria das participantes, destacando-se a fragilidade associada a esta estrutura, assim como o receio em causar dor ao RN durante a sua manipulação. Dos cuidados de higiene e conforto, o procedimento do banho foi o que gerou maior insegurança, não só pela dificuldade no manuseio e fragilidade do RN, mas também pela informação controversa, sobre produtos e técnica a usar, transmitida pelos profissionais de saúde durante o internamento. As intervenientes do estudo manifestaram dificuldades em distinguir os tipos de choro, bem como dificuldade na execução de técnicas de alívio da dor, como a massagem abdominal. No que concerne à amamentação, houve reconhecimento das suas vantagens e benefícios, no entanto, sentimentos como a insegurança e o medo geraram algumas dificuldades, principalmente relacionadas com a gestão da dor resultante de complicações.

Constatou-se que a fadiga resultante da privação de sono influencia de forma negativa a capacidade de adaptação da puérpera às novas rotinas. Consideraram que a presença do marido durante a noite seria fundamental para a partilha de cuidados, permitindo maior repouso e conforto.

No que respeita às necessidades de cuidados no domicílio, através dos resultados obtidos compreendeu-se que estas se relacionavam com os cuidados ao RN e os cuidados à mulher. Dos cuidados ao RN salientam-se os cuidados ao coto umbilical e o choro. Dos cuidados à mulher mereceram especial destaque a amamentação, o sono e repouso e o apoio familiar.

Os cuidados ao coto umbilical foram mencionados novamente pelas participantes, devido ao surgimento de complicações no domicílio, tais como o rubor e o cheiro fétido, que implicaram a intervenção do enfermeiro. A gestão do choro foi referida novamente pelas puérperas, devido às dificuldades que mantiveram na sua identificação, bem como a sua hipotética relação com a satisfação nutricional, quer pela quantidade, quer pela qualidade do leite materno. Nos quinze dias após a alta hospitalar foi possível constatar que mais de metade das participantes introduziram o leite de fórmula, referindo como principais motivos: a insatisfação manifestada pelo RN após a mamada; a insegurança relacionada com a quantidade de leite materno e a influência de outros profissionais de saúde. Também os problemas mamários interferiram negativamente no processo da amamentação no domicílio, tendo sido necessário o apoio de profissionais qualificados nesta área. A visitação domiciliária foi considerada imprescindível por todas as puérperas entrevistadas, uma vez que a presença do enfermeiro seria uma mais valia na resolução de problemas, contudo apenas três tiveram a oportunidade de usufruir dessa visita do enfermeiro para cuidados no domicílio. O apoio prestado pelos familiares mais significativos, nomeadamente o marido, a mãe e a irmã, mostrou ser revelador de grande importância, devido à partilha de tarefas e responsabilidades, o que contribuiu para o bem-estar materno. A fadiga foi novamente relacionada com a privação de sono, devido às inúmeras responsabilidades a cargo da mulher, principalmente as relacionadas com o RN e as suas próprias necessidades.

O contributo das intervenções do EESMO na resolução de problemas destaca-se pelos aspetos de natureza técnica e científica, assim como relacional. No que concerne à natureza técnica e científica, as puérperas atribuíram relevância à qualidade e pertinência da informação disponibilizada, referindo que durante o internamento o EESMO foi capaz de as ajudar a ultrapassar as dificuldades, transmitindo-lhes calma, confiança e segurança, demonstrando competências e capacidades para as orientar. A qualidade da informação dispensada pelo EESMO é fundamental, assim como o momento e o contexto em que é

fornecida, devendo ir ao encontro das reais necessidades da mulher. Relativamente ao contributo da intervenção do EESMO, de natureza relacional, as puérperas entrevistadas valorizaram a disponibilidade e a humanidade, sendo de referir que apenas uma das participantes demostrou haver necessidade do EESMO despender mais tempo na explicação dos procedimentos. Podemos assim dizer que os casais reconhecem a importância de serem escutados por profissionais disponíveis, atentos e que lhes transmitam confiança e que os ajudam a adquirir autonomia.

Como referido ao longo do trabalho, o tempo de internamento após o parto vaginal é de curta duração, normalmente 48 horas, sendo exigido à mulher/casal que adquiram conhecimentos e habilidades, por forma a responder às necessidades do RN. Por outro lado, acresce o facto de as participantes no estudo serem primíparas, revelando maiores dificuldades no desempenho do papel parental e exibindo um elevado nível de cansaço e ansiedade relacionados com as novas rotinas e com a privação de sono.

Relativamente à estrutura organizacional, no serviço de Obstetrícia, o EESMO depara-se com algumas dificuldades, nomeadamente as relacionadas com o exercício das suas funções, que nem sempre permitem o tempo e a disponibilidade desejados para responder de forma efetiva às necessidades das mulheres/casais. Por outro lado, a uniformização de alguns procedimentos, tais como o banho e os cuidados ao coto umbilical seria uma mais valia, pois constatou-se alguma incongruência na informação veiculada pelos profissionais de saúde, tornando-se gerador de confusão e insegurança nos pais.

A execução deste trabalho teve em conta variados fatores limitadores, tais como: o tempo de espera para a resposta de autorização do Conselho de Ética da instituição; a obtenção da amostra, pois embora as mulheres se mostrassem interessadas e recetivas no internamento, acabavam por desistir no momento do segundo contacto, referindo não ter tempo disponível para responder às questões; poderá ser considerada uma limitação deste estudo o facto das entrevistas se limitarem às puérperas, pois a opinião dos homens poderia constituir uma mais valia na identificação das necessidades do casal, e ainda, por não ter sido possível saber se os cuidados de enfermagem prestados no domicílio foram da exclusiva responsabilidade de um EESMO, ou de um enfermeiro de cuidados gerais.

Os resultados deste trabalho poderão constituir-se como um contributo para o desenvolvimento de competências que permitam ao EESMO responder de forma clara e objetiva às necessidades de cuidados às mulheres, no puerpério, ajudando na tomada de decisão, baseada na evidência científica, contribuindo assim, para a excelência dos cuidados em enfermagem de saúde materna e obstétrica e para a obtenção de ganhos em saúde.

BIBLIOGRAFIA

AFSAR, F. Skin care for preterm and term neonates. *Clinical and experimental dermatology*, 2009, vol. 34, pp. 855-858.

ALEXANDRE, A. e MARTINS, M. A vivência do pai em relação ao trabalho de parto e parto. *Cogitare Enfermagem*, 2009, Vol. 14, Sup. 2, pp. 324-31.

ALMEIDA, A., [et al.] *Fecundação e contracepção: percursos da vida reprodutiva das mulheres portuguesas*. Lisboa: Imprensa das Ciências Sociais, Instituto das Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, 2004.

ANDRADE, L., [et al.] Conhecimento de puérperas internadas em alojamento conjunto acerca da higiene do neonato. *Cogitare enferm*, 2012, Vol. 9, pp. 13-19.

ARIKAN, D., [et al.] Effectiveness of massage, sucrose solution, herbal tea or hydrolysed formula in the treatment of infantile colic. *Journal of Clinical Nursing*, 2008, Vol. 17, nº 13, pp. 21-27.

AWANO, M. e SHIMADA, K. Development and evaluation of a self care program on breastfeeding in Japan: A quasi-experimental study. *International Breastfeeding Journal*, 2010, Vol. 5, nº 9, pp. 5-9.

AZEVEDO, D. [et al.] Conhecimento de primíparas sobre os benefícios do aleitamento materno. *Rev Rene. Fortaleza*, 2010, Vol .11, n. 2, pp. 53-62.

AZEVEDO, M. e MENDES, E.N.W. Manutenção da lactação: um desafio para mães de prematuros hospitalizados. *Rev Gaúch enferm*, 2012, Vol. 10, n.1. pp. 43-48.

BALANCHO, L. F. *Ser pai, hoje*. Lisboa: Ed. Presença, 2003.

BARACHO, E., *Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

BARBOSA, M., [et al.] Desinfeção do cordão umbilical: Revisão baseada na evidência. *Rev Port Med Geral Fam*, 2017, Vol. 33, pp. 41-7.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2013.

BATISTA K., [et al.] Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato. *Saúde em Debate*, 2013, Vol. 37, Sup. 96, pp.130-38.

BAYLE, F. A. Parentalidade. In LEAL, I. *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Fim de Século, 2005.

BLUME-PEYTAVI, U., [et al.] Skin care pratices for newborn and infants: Review of the clinical evidence for best pratices. *Pediactric dermatology*, 2012, Vol. 29, nº1, pp. 1-14.

BOGDAN, R. e BIKLEN, S. *Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora, 1994.

BOWDEN V. e GREENBERG C. *Procedimentos de Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

BRANCO MJ, NUNES B. *Uma observação sobre o aleitamento materno*. ONSA, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. 2003, Lisboa.

BRANCO, A., [et al]. O choro como forma de comunicação de dor do RN: uma revisão. *Rev Paul Pediatria*, 2006, Vol. 24, nº 3, pp. 270-274.

BRANCO, M. Cuidados com o Cordão Umbilical. In: MARTINS, V., et al. (Ed.). *Boletim Informativo da Secção de Neonatologia da S.P.P.* 2003, Vol. 2, pp. 8-9

BRANDEN, P. S. *Enfermagem Materno-Infantil*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2000.

BRAZELTON, T. e SPARROW, J. *A Criança e o Choro*. Lisboa: Editorial Presença, 2003.

BUENO, L.G. S. e TERUYA, K.M. Aconselhamento em amamentação e sua prática. *Jornal de Pediatria*, 2004, Vol. 80, nº 5, pp. 17-19.

BURGESS, A. L. e BOROWSKY, I. W. Health and home environments of caregivers of children investigated by child protective services. *Pediatrics*, 2008, Vol. 125, Sup. 2, pp. 273-281.

CABRAL, F.B., OLIVEIRA, D.L.L.C. Vulnerabilidades de puérperas na visão de equipas de saúde de família: ênfase em aspetos geracionais e adolescência. *Rev Esc Enferm USP*, 2010, Vol. 44, Sup. 2, pp.368-75.

CANAVARRO, M. C. *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001.

CANAVARRO, M.C. e PEDROSA, A.A. Transição para a parentalidade: compreensão segundo diferentes perspetivas teóricas. In: LEAL, I. *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Fim de Século, 2005, pp. 35-86.

CANTILINO, A., [et al.] Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 2010, Vol. 37, Sup. 6, pp. 278-84.

CARDOSO, A. *Tornar-se mãe, Tornar-se pai - Estudo sobre a avaliação das competências parentais*. Universidade Católica Portuguesa, 2011. Tese de Doutoramento.

CARNEIRO, S. C.S e AZULAY-ABULAFIA, L. Pele na Gestação. *Revista Brasileira de Reumat,* 2005, Vol. 45, n. 3, pp.146-52.

CARNEIRO, T. Vivenciando o Cuidar e o Curar Como Familiar em um Hospital. *Revista Brasileira de Enfermagem,* 2008, Vol. 61, Sup. 3, pp. 11-17.

CARRASCOZA K.C., [et al.] Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. *Estudos de Psicologia,* 2005, vol. 22, n.º 4, pp. 433-440.

CASTRO, K. F., [et al.] *Intercorrências mamárias relacionadas à lactação: estudo envolvendo puérperas de uma maternidade pública de João Pessoa, PB* [Em linha]. [consult. 19 novembro 2017]. Disponível em: http://bases.bireme.br/cgibin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&bas e=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=551994&indexSearch=ID#top

COHEN, E.A., [et al.] Breastfeeding may improve nocturnal sleep and reduce infantile colic: Potential role of breast milk melatonin. *Eur J Pediatr*, 2012, vol. 171, pp. 729-32.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. CIPE, Versão 2: Classificação Internacional para a prática de Enfermagem. 2011, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

COSTA R., [et al.] Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto. *Rev. Psiq.Clín*, 2007, vol. 34, n.º 4, pp. 157-65.

COSTA, A.R.C., [et al.] Análise da prática de profissionais no apoio à amamentação. *Com Ciências Saúde*, 2009, vol. 20, n.º 1, pp. 55-64.

COUTO, G. *Preparação para o Parto*. Loures: Lusociência, 2003.

CRUZ, C.M.V. e CAROMANO, F.A. Características das técnicas de massagem para bebês. *Rev Ter Ocup*, 2005, vol. 16, n.º 1, pp. 47-53.

CRUZ, O. *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto editor, 2005.

CUNHA, M.L.C. Recém-nascidos Hospitalizados: a vivência de pais e mães. *R. Gaúcha Enferm*, 2000, Vol. 21, pp.70-83.

DARVILL, R. [et al.] Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. *Midwifery*, 2010, Vol.26, nº3, pp. 357-66.

DESSEN, M.A. e Braz MP. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicol Teor Pesqui*, 2000, vol. 16, n.º 3, pp. 221-31.

DYER, J. Newborn skin care. Dermatology in infants. *Colômbia*, 2013, Vol. 37, pp. 3-7.

EBERSOLD, S., [et al.] *Nurses and Breastfeeding. Are you Supportive? Nursing for Women´s Health* [Em linha]. Vol. 11, nº 5, 2007 [consult. 22 outubro 2017]. Disponível em: http://onlinelibrary. wiley.com/doi/10.1111/j.1751-486X.2007.00216.x/abstract

FALEIROS, F. [et al.], L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Revista de Nutrição*, 2006, vol. 19, n.º 5, pp. 623-630.

FERNANDES, J., [et al.] Prevenção e cuidados com a pele da criança e recém-nascido. *Anais Brasileiros Dermatologia*, 2011, Vol. 86, nº 1.

FERREIRA, C. A Realidade do aleitamento Materno. Nursing. 2006, vol. 1, p. 16.

FIGUEIREDO, B. Perturbações psicopatológicas da maternidade. In CANAVARRO, M. C. *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto, 2001, pp. 24-37.

FISHER, J., [et al.] Adverse psychological impact of operative obstetric interventions: A prospective longitudinal study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1997, pp. 728-738.

FONTANELLA, [et al.] Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 2008, vol. *24*, n.º 1, pp. 17-27.

FORSTER, D. [et al.] Factors associated with breastfeeding at six months postpartum in a group of Australian women. *Breastfeed Journal*, 2006, Vol. 18, nº 1.

FORTIN, M. F. Fundamentos e etapas do Processo de investigação. Loures: Lusodidacta, 2009.

Freitas GL, [et al.] Avaliação do conhecimento de gestantes acerca da amamentação. *REME Rev Min Enferm*, 2008, vol. 12, n.º4, pp.461-8.

FROTA, M.A., [et al.] Fatores que interferem no aleitamento materno. *Rev Rene Fortaleza*, 2009, v.10, n. 3, pp.61-67.

GALVÃO, D. *Amamentação bem-sucedida: alguns factores determinantes*. Loures: Lusociência, 2006.

GLADYS, E. C., [et al.] La Teoría de las Transiciones y la Salud de la Mujer en el Embarazo y en el Posparto. *Aquichan*, 2007, vol.7, nº1, pp. 8-24.

GRAÇA, L. M. Distocia Ombros. In: GRAÇA, L.M. *Medicina Materno-Fetal*. 4ª ed. Lisboa: Lidel, 2010, pp.701-705.

HAMMES, S. R. Editorial: Sex matters in preclinical research. *Molecular Endocrinology Baltimore, Md.*, 2007, vol. *28, n.º* 8, pp. 1209-1210.

HARRISON, M.B. Transitions, continuity, and nursing Practice. *Canadian Jornal of Nursing Research*, 2004, vol. 36, pp. 16-27.

HESBEEN, W. *Qualidade em Enfermagem: pensamento e ação na perspetiva do cuidar*. Loures: Lusociência, 2001.

HORTA B.L., [et al.] Duração da amamentação em duas gerações. *Revista de Saúde Pública*, 2007, vol. 41, pp. 13-8.

IMDAD, A., [et al.] Umbilical cord antiseptics for preventing sépsis and death among newborns. Cochrane Database Syst Ver, 2013, vol. 31, n.º 5, pp. 35-42.

International Confederation of Midwive. Essential Competencies for Basic Midwives Practice. [Em linha]. 2011 [consult. 13 setembro 2017]. Disponível em: http://www.internationalmidwives.org/

International Council of Nurses. Statement position in Nursing Research. Geneva. Disponível em:
http://nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/Improving-Your-Practice/Research-Toolkit/ICN-Evidence-Based-Practice-Resource/Closing-the-Gap-from-Evidence-to-Action.pdf

KARP, H. *Five simple steps to calm your baby´s fussies! Pediatrics for parents.* Bangor: Bangor University. 2007.

KITZINGER, S. *A experiência do parto*. Lisboa: Instituto Piaget, 1995.

KOCH, M. *Ultrapassar a perda involuntária da gravidez: um modelo de intervenção de enfermagem*. Instituto de Ciências da Saúde, Porto, 2014. Tese de Doutoramento.

KOSMINSKY, F. S. e KIMURA, A. F. Cólica em Recém-nascido e Lactente: revisão da literatura. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 2004, Vol.25, nº2, pp. 147-56.

KRALIK, D. [et al.] Transition: a literature review. *Journal of advanced nursing,* 2006, vol. 55, Sup. 5, pp. 320-329.

KVIST, J.; PERSSON, K. Evaluation of changes in postnatal care using the "Parents' Postnatal Sense of Security" instrument and an assessment of the instrument's reliability and validity. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2009, Vol.12, nº 9, pp. 34-42.

LAMPINEN, R., VEHVILÄINEN-JULKUNEN, K. e KANKKUNEN, P. A review of pregnancy in women over 35 years of age. *The Open Nursing Journal*, 2009, vol. 3, pp. 33-38.

LEOPARDI, M.T. *Metodologia da Pesquisa na Saúde*. Santa Maria: Palloti, 2001.

LEVY, L.; BÉRTOLO H. Manual do Aleitamento Materno. Lisboa: Comité Português para a UNICEF/ Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, 2008.

LOLAND, BAERUG e NYLANDER, G. Human milk, immune responses and health effects. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 2007, vol. 127, n.º 18, pp. 2395-8.

LOPES, R.C.S., [et al.] O Antes e o Depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2005, Vol. 18, nº2, pp. 247-254.

LOWDERMILK, DEITRA L. e PERRY, S.E. *Enfermagem na Maternidade*. 7ª ed. Camarate: Lusodidacta, 2008.

LUIS, S. e APARICIO, M. *Boas Práticas nos Cuidados ao Coto Umbilical: Um estudo de Revisão*. Escola Superior de Saúde de Viseu, 2014. Tese de mestrado.

MABUCHI, A. e FUSTINONI, S. O significado dado pelo profissional de saúde para trabalho de parto e parto humanizado. *Acta Paulista de Enfermagem* [Em linha]. 2008, vol. 21, nº 3, pp. 420-426. [consult. 29-9-2017].Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/pt_06.pdf

MARTINS, J.C.A. Investigação em Enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar em Enfermagem*, 2008, Vol. 12, nº2, pp. 62-66.

MELEIS, A., [et al.] Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 2000, Vol. 23, nº 1, pp.12-28.

MELEIS, A., [et al.] Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*, 2010, Vol. 376. n.º 9756.

MELEIS, A. - Theoretical Nursing: Development and Progress. 3ª ed. Philadelphia: Lippincott, 2005.

MELLO A, NEME, B. Puerpério: fisiologia e assistência. *Obstetrícia Básica, Servier*, 2000, vol. 3, pp. 158-65.

MENDES, M. *Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2007. Tese de Doutoramento.

MENEZES, C. *A relação conjugal na transição para a parentalidade: da gestação ao segundo ano de vida do bebé*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001. Dissertação de Mestrado.

MENEZES, C., LOPES, R. Relação Conjugal na Transição para a Parentalidade: gestação até dezoito meses do bebê. *Psico-USF*, 2007, vol. 12, nº1, pp. 83- 93.

MERIGUI, M., [et al.] Vivenciando o período puerperal: uma abordagem compreensiva da fenomenologia social. *Rev. Bras. Enferm*, 2006, vol. 5, pp. 35-44.

MIRANDA J., [et al.] Evidências para as práticas de cuidado do coto umbilical: Revisão integrativa. *Revista de enfermagem UFPE on line* [Em linha]. 2016, vol. 10, Sup. 2, pp. 821-829. . [consult.14 setembro 2017]. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11025/12411

MOORHEAD, S. [et al.] *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

MOTHA, G. e MACLEOD, K. *Suave primeiro ano. Guia essencial para o bem-estar da mãe e do bebé durante os primeiros doze meses.* Lisboa: Estrela Polar, 2007.

MOURA-RAMOS, M. [et al.] Assessing infertility stress: Re-examining the factor structure of the Fertility P0roblem Inventory. *Human Reproduction*, 2007, vol. 27, pp. 496-505.

MUNHOZ, N., [et al.] Dificuldades vivenciadas por puérperas nos cuidados domiciliar com o recém-nascido. *Rev Enfer Revol*, 2015, vol 3, pp. 12-19.

MURAHOVSCHI, J. Cólicas do lactente. *Jornal De Pediatria*, 2003, Vol.79, nº2, pp.101-102.

NATAL, S.; MARTINS, R. Aleitamento Materno: O Porquê do Abandono. *Millenium,* 2011, vol. 40, pp. 39-51.

NEVES, A. *Visitação Domiciliária no Pós-Parto: Expetativas e necessidades de ambos os pais na transição para a parentalidade*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, 2013. Tese de Mestrado.

NEVES, I. *Preparação para o Parto – Expectativas/Vivências de um grupo de mulheres.* Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, 2012. Tese de Mestrado.

NUNES, L. Ética na Investigação em Enfermagem. Fundamentos e horizontes. Loures: Lusociência. 2005.

OLIVEIRA, J. [et al.] Perceção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipa de saúde no puerpério. *Fortaleza: Rev Rene*, 2012, vol. 13, n.º 1, pp. 74-84.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia. 2011, Lisboa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. 2011, Lisboa.

PAGLIUCA L. e VALE E. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. *Revista brasileira de enfermagem*, 2011, vol.64, nº1, pp. 22-27.

PARIZOTTO, J. E ZORZI, NT. Aleitamento Materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS. *O mundo da Saúde*, 2008, vol. 3, pp. 466-74.

PEREIRA, M., [et al.] Sentimentos da puérpera primípara nos cuidados com o recém-nascido. *Cogitare Enferm*, 2012, vol. 17, n.º 3, pp. 537-42.

PERRY e POTTER. *Fundamentos de enfermagem*. Loures: Lusociência. 2003.

PERRY, S. Assessment and care of the newborn and family. *Midwifery*, 2010, Vol. 18, nº 3, pp. 753-768.

POLIT, D., HUNGLER e BERNARDETTE, P. *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 1995.

POLIT, D., BECK, C. e HUNGLER, B. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed. 2004.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Regulamento n.º 127/2011 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Legislação da saúde 2011. Lisboa: Diário da República: 2.ª série — N.º 35 de 18 de fevereiro. 2011.

QUATRRIN, R., [et al.] 70% álcool versus dry cord care in the umbilical cord care. *Medicine*, 2016, vol. 95, n.º 14, pp. 11-23.

QUIVY, R. e CAMPENHODUT, L. *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 2ª ed. Lisboa: Editora Gradiva. 1998.

RAMOS, E., [et al.] O uso da massagem para alívio de cólicas e gases em recém-nascidos. *Rev enferm UERJ*, 2014, vol. 22, n.º 2, pp. 245-50.

RAPOPORT, A. e PICCININI, C. Apoio social e experiência da maternidade. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*, 2006, vol. 16, n.º 1, pp. 85-96.

REBIMBAS S., PINTO C. e PINTO R. Aleitamento Materno: Análise da Situação num Meio Semiurbano. *Nascer e Crescer, Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*, 2010; vol. 21, n.º 2, pp. 22-26.

RENFREW M. [et al.] Early versus delayed initiation of breastfeeding. *Cochrane database Syst Rev*. [Em linha]. 2000, vol. 2. [consult. 13-9-2017]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10796101

REZENDE, J. *Obstetrícia*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

RIBEIRO, J. *Metodologia de investigação em psicologia e saúde.* 3ªed. Porto: Livraria da faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da U.P., 2010.

RIBEIRO, M. e BRANDÃO, M. Produção cientifica de enfermagem sobre o coto umbilical. *Revista Interdisciplinar NOVA FAPI,* 2011, vol. 4, n.º 3, pp. 54-9.

RICCO, R., [et al.] *Puericultura Princípios e Práticas: atenção integral à saúde da criança e do adolescente*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

RICE, R. *Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários: conceitos e aplicação*. 3ª ed. Loures: Lusociência, 2004.

RICHETTO, A.M. e SOUZA A.B.G. A higiene do recém-nascido e cuidados com o coto umbilical. In: SOUZA A.B.G., et al*. Enfermagem neonatal: cuidado integral ao recém-nascido*, 2011, São Paulo: Atheneu, 2011, pp.107-13.

RIVARA, D. [et al.] Umbilical cord care: effect of three diferente antiseptic solutions (chlorhexidine 4%, alcohol 70% and iodopovidone 5%) on bacterial colonization, infection and cord separation time. Rev. Peru Pediatr, 2007, vol. 60, n.º 2, pp. 81-87.

RODRIGUES, A.P., [et al.] Fatores que interferem na autoeficácia da amamentação: revisão integrativa. Rev enferm UFPE, 2013, vol. 7, pp. 4144-4152.

RODRIGUES, D. P., [et al.] Representações sociais de mulheres sobre o cuidado de enfermagem recebido no puerpério. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 2007, Vol. 15, nº2, pp.97-204.

SAAVEDRA, [et al.] A comprehensive definition of infant colic: parents' and nurses' perspectives. *Jornal de Pediatria*, 2003, Vol.79, nº2, pp. 115-22.

SALONEN, A. H., [et al.] Effectiveness of an internet-based intervention enhancing Finnish parents' parenting satisfaction and parenting self-efficacy during the postpartum period. *Midwifery*, 2011, Vol. 27, nº 6, pp. 832-841.

SANCHES, M. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. *Jornal de Pediatria* [Em linha]. 2004, vol. 80, nº 5, pp. 155-162. [consult. 13-9-2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/ v80n5s0a07.pdf.v.80,n.5,p.s155-62

SANTOS, E. *Puerpério normal. Enfermagem Obstétrica e neonatológica: textos fundamentais*. 2ª ed. Florianópolis: Cidade Futura. 2002.

SANTOS, M. e BAPTISTA, M. Necessidades em Cuidados de Enfermagem da Puérpera e Recém-nascido. *Texto & Contexto enferm*, 2016, vol. 36, n.º 2, pp. 455-472.

SANTOS, R.V. e PENNA, C.M.M. A educação em saúde como estratégia para o cuidado á gestante, puérpera e ao recém-nascido. *Texto & Contexto enferm*, 2014, vol. 18, n.º 4, pp. 652-660.

SARAIVA, H. *Aleitamento Materno - Promoção & Manutenção*. Lisboa: Edições Lidel; 2010.

SCHMIDT M.L.S.e BONILHA, A.L.L. Alojamento conjunto: expectativas do pai com relação aos cuidados da sua mulher e filho. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 2003, Vol. 24, nº 3, pp. 316-324.

SCHUMACHER, K.; MELEIS, A. Transitions: a central concept in nursing. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 1994, Vol. 26, nº 2, pp. 119-127.

SELORES, M., MACHADO, S., GODINHO, C. *Consenso Clínico Neonatologia: Cuidados cutâneos no recém-nascido*. [Em linha]. [consult. 19 setembro 2017]. Disponível em: http:// lusoneonatologia.com/site/upload/consensos/2014- Pele_RN.pdf.

SHEEHAN, A.; SCHMIED, V.; BARCLAY, L. Women's experiences of infant feeding support in the first 6 weeks post-birth. *Maternal & Child Nutrition*, 2009, Vol. 5, nº 2, pp. 138-150.

SILVA A. *Cuidar do recém-nascido – O enfermeiro como promotor das competências parentais*. Universidade Aberta de Lisboa, 2006, Tese de Mestrado.

SILVA L., [et al.] Significados atribuídos por puérperas adolescentes à maternidade: autocuidado e cuidado com o bebé. *Texto Contexto Enferm*, 2009, vol. 18, n.º 1, pp. 48-56.

SILVA, A.A., [et al.] Tabagismo e dieta materna: uma relação com a cólica infantil. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 2007, Vol. 36, no. 4, pp. 56-62.

SILVA, A. *Vivências da maternidade: expetativas e satisfação das mães no parto*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, 2010. Dissertação de Mestrado.

SILVA, C. [et al.] Sentimentos vivenciados por puérperas na realização do primeiro banho do recém-nascido no alojamento conjunto. *O mundo da saúde*, 2015, vol. 39, n.º 3, pp. 279-286.

SILVA, E.T. e BOTTI, N.C.L. Depressão puerperal – uma revisão de literatura. *Rev Elet Enferm*, 2005, vol. 7, n.º 02, pp. 231-238.

SOARES, A. *O cuidado de enfermagem baseado na evidência: A influência da introdução da chupeta no primeiro mês de vida na duração da amamentação*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2014. Relatório de Estágio.

SOARES, C. *Supervisão e formação pessoal: um estudo em contexto de trabalho*. Universidade de Aveiro, 2004. Tese de Mestrado em Supervisão.

SOUZA A. I., [et al.] Alterações hematológicas e gravidez. *Revista hematológica e hemoterapia*, 2002, vol. 24, n.º 1, pp. 29-36.

SOUZA, C.D., [et al.] As vivências e os significados do primeiro banho dado dado pela puérpera em seu filho recém-nascido. *Enfermaria Global*, 2010, vol.1, n.º 19, pp.1-15.

STREUBERT, H. J. e CARPENTER, D. R. *Investigação Qualitativa em Enfermagem: avançando o imperativo humanista*. 2ª ed. Loures: Lusociência. 2002.

TAMEZ R.N. *Amamentação: bases científicas para a prática profissional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2002.

THULIER, D.; MERCER, J. Variables associated with breastfeeding duration. *Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing,* 2009, vol. 38, nº 3, pp. 259-268.

TOMELERI K.R. e MARCON S.S. The adolescente mother and the care of her child in the first week of life. *Rev Bras Enferm*, 2009, vol. 62, n.º 3, pp. 355-361.

VURAl, G. e KISA, S. Umbilical Cord Care: A Pilot Study Comparing Topical Human Milk, Povidone-Iodine, and Dry Care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*., 2006, vol. 35, n.º 1, pp. 123-128.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Newborns: reducing mortality*. [Em linha]. Geneva, 2016. [consult. 15 setembro 2017]. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/en/

WORLD HEALTH ORGANIZATION e UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. Baby Friendly Hospital Initiative, revised, updated and expanded for integrated care. [Em linha]. 2009, Geneve: WHO [consult. 19 setembro 2017]. Disponível em: https://www.unicef.org/nutrition/files/BFHI_2009_s1.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 10 facts on breastfeeding. [Em linha]. Geneva: WHO, 2011. [consult. 5 outubro 2017]. Disponível em: http://www.who. int/features/factfiles/breastfeeding/facts/en/index.ht>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Infant and young child feeding: Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*. [Em linha]. Geneve: WHO, 2009. [consult. 19 Agosto 2004]. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241597494/en/

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Postpartum Care of the Mother and Newborn: a Practical Guide*. [Em linha]. Geneva: WHO, 1998. [consult. 19 setembro 2017]. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_rht_msm_983/en/

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The optimal duration of exclusive breast feeding: results of a WHO systematic review. [Em linha]. Geneve: WHO, 2001. [consult. 15 de outubro de 2017].Disponível em: http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/WHO_NHD_01.09/en/

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn* [Em linha]. Geneva: WHO; 2013. [consult. 19 setembro 2017]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/ 10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf?ua=1

ANEXOS

Anexo I: Pedido de Autorização ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar de S. João.

Direcção Clínica
29 DEZ. 2015

CES 117-15

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar de S. João – EPE

AUTORIZADO
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO REUNIÃO DE 12 JAN 2016

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo/projecto de investigação

Nome do Investigador Principal: Catarina Alexandra Ribeiro de Sousa

Título do projecto de investigação: A importância do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia no Puerpério.

Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de Obstetrícia do Centro Hospitalar de S. João – EPE o estudo/projecto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efectivação.
Para o efeito, anexa toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de S. João respeitante a estudos/projectos de investigação, à qual endereçou pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 31 / Janeiro / 2015

O INVESTIGADOR/PROMOTOR

Catarina Alexandra Ribeiro de Sousa

Comissão de Ética para a Saúde do Centro HSJ
Parecer

Projeto de Investigação: "A importância do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia no Puerpério".

Investigador: Enf.ª Catarina Alexandre Ribeiro de Sousa.

Concepção e pertinência do estudo:
Trata-se de um estudo a desenvolver no âmbito do Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia na Escola Superior de Enfermagem do Porto da Escola Superior de Enfermagem do Porto, sob orientação da Professora Doutora Maria Cândida Morato Pires Koch. (Decl. Anexa).

Tem como **objetivo**:

- Conhecer a importância que a mulher/casal atribuem aos cuidados prestados pelo Enfermeiro de Saúde Materna e Obstetrícia;
- Identificar quais os cuidados que mais contribuíram para o desenvolvimento das suas competências parentais;
- Conhecer as dificuldades sentidas pela puérpera/casal durante o internamento e conhecer quais as dificuldades sentidas pela puérpera/casal no regresso a casa.

O estudo, de cariz qualitativo, exploratório e descritivo, com recurso à entrevista semiestruturada com gravação (em dois momentos) será desenvolvido no Serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar São João, para o qual dispõe de concordância do Exmo. Diretor de Serviço de Obstetrícia Prof. Doutor Nuno Montenegro, bem como da Exma. Enf.ª Chefe Maria Carmo Prucha, (declarações anexas).

A amostra será constituída por 15 puérperas, primigestas, numa faixa etária entre os 18-40 anos, no período até 48 horas pós parto vaginal (eutócico/distócico por ventosa) com ou sem episiorrafia, sem patologia associada da gravidez e do recém-nascido.

Para a recolha de dados a investigadora irá utilizar um entrevista semiestruturada, a realizar em dois momentos uma durante o internamento e outra 15 dias após a alta.***(Não anexa). Deverá esclarecer onde se realiza esta segunda entrevista.***

Os procedimentos éticos inerentes ao tipo de estudo estão devidamente acautelados. Todas as participantes no estudo serão informadas, pela investigadora, sobre o estudo e seus objetivos, após o qual assinarão uma Declaração de Consentimento Informado Esclarecido e livre (mod. da CES).

Benefício / Risco:
Não existem quaisquer benefícios/riscos imediatos para as participantes no estudo.
Respeito pela liberdade e autonomia:
Está salvaguardada pelo modelo de Consentimento da CES e adequada informação aos participantes no estudo.
Confidencialidade dos dados:
A proposta apresentada pelo investigador garante a confidencialidade dos dados e anonimato dos participantes.
Indemnização por danos
Não aplicável
Continuação do tratamento
Não aplicável.
Propriedade dos dados:
Não aplicável.
Conclusão:

De acordo com a análise efetuada, propõe-se à CES do Centro Hospitalar do São João, um parecer favorável à realização do estudo, após a entregar o documento em falta, e esclarecer a questão em itálico.

Porto, 24 de Abril de 2015

O relator,

Teresa Guerreiro

7. SEGURO

a. *Este estudo/projecto de investigação prevê intervenção clínica que implique a existência de um seguro para os participantes?*

SIM ☐ (Se sim, junte, por favor, cópia da Apólice de Seguro respectiva)
NÃO ☒
NÃO APLICÁVEL ☐

8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Catarina Alexandra Ribeiro de Sousa, abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação da CES de que o recrutamento para este estudo se fará junto de doentes que não tenham participado em outro estudo no decurso do actual internamento ou da mesma consulta.

Porto, 31 /Janeiro / 2015

24/04/15

A Comissão de Ética para a Saúde tendo aprovado o parecer do Relator, aguarda que o Investigador/Promotor esclareça as questões nele enunciadas para que possa emitir parecer definitivo.

Prof. Doutor Filipe Almeida
Presidente da Comissão de Ética

Catarina Alexandra Ribeiro de Sousa

Catarina Alexandra Ribeiro de Sousa

O Investigador Principal

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO

emitido na reunião plenária da CES de ___/___/___

Centro Hospitalar **São João**

CONSIDERADOS QUE FORAM COMO SATISFATÓRIOS OS ESCLARECIMENTOS PRESTADOS PELO(A) INVESTIGADOR(A), A CES APROVA POR UNANIMIDADE O PARECER DO RELATOR, PELO QUE NADA TEM A OPOR À REALIZAÇÃO DESTE PROJETO DE INVESTIGAÇÃO.

06/10/15

Prof. Doutor Filipe Almeida
Presidente da Comissão de Ética

Anexo II: Informação ao Participante

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Eu, Catarina Alexandra Ribeiro de Sousa, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica neste serviço, encontro-me a realizar o presente estudo *O ENFERMEIRO DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NO PUERPÉRIO – DA NECESSIDADE DE CUIDADOS ÀS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM,* que tem como objetivos: conhecer a importância que a mulher/casal atribuem aos cuidados prestados pelo Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia; identificar quais os cuidados que mais contribuíram para o desenvolvimento das suas competências parentais; conhecer as dificuldades sentidas pela puérpera/casal durante o internamento e conhecer quais as dificuldades sentidas pela puérpera/casal no regresso a casa.

Será um estudo de natureza qualitativa, exploratório e descritivo e o método de colheita de dados será a entrevista semi-estruturada com recurso a gravação, realizada em dois momentos, o primeiro antes da alta e o segundo quinze dias após o regresso a casa, por via telefónica.

A participação neste estudo é voluntária, tendo a possibilidade de refletir e decidir acerca da mesma.

Tem possibilidade de desistir da sua participação neste estudo, sem qualquer tipo de riscos, estando sempre assegurados os cuidados de saúde.

Toda a informação inerente a este estudo garante a confidencialidade dos dados.

A realização deste estudo teve conhecimento e aprovação pela Comissão de ética para a Saúde do Centro Hospitalar de S. João –EPE.

Desde já grata pela vossa colaboração e participação neste estudo de investigação.

Com os melhores cumprimentos

_____

(Catarina Sousa)

Anexo III: Declaração de Consentimento Informado

Consentimento Informado

O ENFERMEIRO DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NO PUERPÉRIO – DA NECESSIDADE DE CUIDADOS ÀS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Eu, abaixo-assinado_____: fui informado de que o Estudo de Investigação acima mencionado se destina a compreender quais as necessidades de cuidados no puerpério, de forma a identificar quais os cuidados que mais contribuíram para o desenvolvimento das competências parentais; conhecer as dificuldades sentidas pela puérpera/casal durante o internamento e conhecer quais as dificuldades sentidas pela puérpera/casal no regresso a casa.

Foi-me garantido que os dados relativos à identificação dos Participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Foi-me explicado que neste estudo serão realizadas duas entrevistas com total gravação em áudio.

Posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem qualquer tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado e autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Nome do Participante no estudo _____

Data Assinatura

___/___/_____ _____

Nome do Investigador Responsável _____

Data Assinatura___/___/_____ _____

Anexo IV: Guião da Entrevista Presencial

Guião da Entrevista Presencial	
Elementos de Identificação	Entrevista nº Data Local Hora: Início……. Fim……
Dados Sociodemográficos	Idade Escolaridade Profissão / Trabalho remunerado Estado civil
Dados Obstétricos	Gesta Para Idade gestacional Vigilância da gravidez Tipo de parto: Eutócico …... Distócico por ventosa …… Experiência de parto: Positiva …… Negativa …….

- Contextualização da temática de investigação e seus objetivos;
- Salientar a importância da participação da entrevistada/casal para a investigação;
- Solicitar autorização para a gravação;
- Assegurar a confidencialidade;
- Informar sobre o tempo previsto.

Objetivo:

- Identificar as necessidades em cuidados das puérperas durante o internamento e no domicílio.

Questões orientadoras:

- Quais as intervenções que o EESMO teve consigo, que mais contribuíram para o desenvolvimento das suas competências parentais?

- De que forma os cuidados prestados pelo EESMO foram ao encontro das suas necessidades em cuidados no puerpério?
- Quais as dificuldades sentidas durante o período de internamento?

Anexo V: Guião da Entrevista Telefónica

Questões orientadoras	• Quais as dificuldades sentidas no regresso a casa? • Quais as necessidades de cuidados no domicílio? • Teve algum apoio após a alta hospitalar? • Teve apoio domiciliário por parte dos enfermeiros do centro de saúde? Se sim, considera que a sua presença foi mais valia?