

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE: Necessidade de
Cuidados de Enfermagem no Pós-parto Eutócico

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Orientação:
Professora Doutora Marinha Carneiro

Catarina de Sousa e Silva

PORTO/2012

AGRADECIMENTOS E DEDICATÓRIAS

À Professora Doutora Marinha Carneiro pela disponibilidade, acompanhamento, dedicação, incentivo e pelo exemplo.

Aos pais e mães, sem os quais a realização deste trabalho teria sido impossível.

Ao Centro Hospitalar do Porto. E.P.E. e ao Serviço de Obstetrícia da Maternidade Júlio Dinis.

À Enfermeira Fernanda Henriques, pela amizade e pelo apoio incondicional.

Aos meus pais, por tudo.

Ao Ricardo, por se manter firme comigo, nos meus sonhos e projectos.

E a todas as outras pessoas que também amo, pelo tempo que não lhes consegui dedicar.

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO.....	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	15
1.1 Parentalidade.....	16
1.1.1 <i>Gravidez.....</i>	<i>18</i>
1.1.2 <i>Parto.....</i>	<i>19</i>
1.1.3 <i>Pós-Parto.....</i>	<i>21</i>
1.2 Modelo Teórico De Referência.....	24
1.2.1 <i>Aplicação da Teoria de Meleis à Transição para a Parentalidade..</i>	<i>25</i>
1.2.1.1 <i>Natureza da Transição para a Parentalidade.....</i>	<i>26</i>
1.2.1.2 <i>Condições da Transição para a Parentalidade.....</i>	<i>28</i>
1.2.1.3 <i>Padrões de Resposta da Transição para a Parentalidade..</i>	<i>28</i>
1.3 Estado da Arte.....	29
2 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	35
2.1 – Paradigma de Investigação.....	35
2.2 – Participantes e Procedimentos Para Recolha De Dados.....	38
2.3 – Instrumento Para Recolha De Dados.....	40
2.4 – Estratégias Para Análise Dos Dados.....	43
2.5 – Considerações Éticas.....	45

3. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS – PERSPECTIVA PARENTAL.....48

3.1 Experiência da Parentalidade nas Primeiras 48 Horas Pós-Parto.....49

3.1.1 Características do Processo de Transição Maternal.....50

3.1.1.1 Fatigante.....50

3.1.1.2 Ambivalente.....51

3.1.2 Características do Processo de Transição Paternal.....53

3.1.2.1 Observante.....55

3.1.2.2 Secundário.....56

3.2 Necessidades de Cuidados.....58

3.2.1 Aquisição de Competências Parentais.....59

3.2.1.1 Amamentação.....60

3.2.1.2 Banho do Recém-Nascido.....63

3.2.1.3 Coto Umbilical.....64

3.2.1.4 Cólica.....65

3.2.2. Vigilância de Saúde da Mulher.....71

3.2.2.1 Cuidados Perineais.....71

3.2.2.2 Lóquios.....74

3.2.2.3 Reinício da Actividade Sexual.....75

3.2.2.4 Cuidados com as Mamas.....79

3.2.3 Parceria dos Cuidados.....81

3.2.3.1 Papel Parental.....81

3.2.3.2 Relações de Poder.....84

3.2.4 Suporte Emocional.....86

3.2.4.1 Rede de Apoio Familiar.....86

3.2.4.2 Partilha de Experiências.....88

3.3 Papel dos Enfermeiros – Uma Perspectiva Parental.....	89
3.3.1 <i>Competências Técnico-Científicas e Relacionais.....</i>	90
3.3.1.1 <i>Disponibilidade.....</i>	90
3.3.1.2 <i>Continuidade na Prática dos Cuidados.....</i>	91
3.3.1.3 <i>Individualização dos Cuidados.....</i>	92
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98
ANEXOS	107
ANEXO I – GUIÃO DA ENTREVISTA	109
ANEXO II – DECLARAÇÃO DO CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO	113
ANEXO III – DOCUMENTO IDENTIFICATIVO DO ESTUDO.....	117
ANEXO IV – AUTORIZAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, E.P.E. PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	121

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Caracterização dos participantes (idade e escolaridade).....	40
Quadro 2: Dimensões, categorias e subcategorias em análise.....	48
Quadro 3: Experiência da Parentalidade nas Primeiras 48 horas Pós-Parto.....	49
Quadro 4: Necessidades de Cuidados de Enfermagem.....	59
Quadro 5: Perspectiva parental acerca do papel dos Enfermeiros.....	90

RESUMO

O nascimento do primeiro filho é um acontecimento que altera definitivamente a vida dos progenitores. Pais e mães reestruturam e integram novos papéis, num processo que, habitualmente, é facilitado por ajudas externas, nas quais se inclui o enfermeiro de saúde materna e obstetrícia, cujas intervenções “relativamente à promoção de saúde podem afectar, durante muitos anos, o bem-estar da mulher, da criança que vai nascer e da restante família” (Lowdermilk e Perry, 2008, p.246).

Com este estudo pretendemos compreender as necessidades de cuidados de Enfermagem, sentidas pelas mães e pelos pais, durante a transição para a parentalidade, no internamento após o nascimento do primeiro filho, por parto eutócico, quando a díade mãe-filho não apresenta problemas de saúde nem factores de risco associados.

A investigação desenvolvida enquadra-se no paradigma qualitativo, na qual participaram 26 progenitores – treze pais e treze mães. Como estratégia de colheita de dados recorreu-se à entrevista semi-estruturada, cujas respostas foram dissecadas à luz da análise de conteúdo, categorizando as unidades de registo.

A análise dos dados permitiu identificar três dimensões - experiência da parentalidade nas primeiras 48 horas pós-parto, necessidades de cuidados de Enfermagem e uma perspectiva parental acerca do papel do enfermeiro, das quais emergiram as seguintes categorias: características do processo de transição maternal e paternal, aquisição de competências parentais, vigilância de saúde da mulher, parceria nos cuidados, suporte emocional e as competências técnico-científicas e relacionais do enfermeiro, mais valorizadas pelos pais.

A realização deste estudo permite concluir que a transição para a parentalidade, no período das 48 horas pós-parto, é uma fase de intensas transformações, sentimentos, aprendizagens e abertura aos cuidados prestados pela equipa de Enfermagem. Pais e mães esperam destes profissionais de saúde a adopção de estratégias que lhes permitam sentirem-se confiantes, elucidados e capazes de cuidar dos seus filhos. Assim, identificar as necessidades de cuidados dos pais, disponibilizar informação concordante, bem como criar um espaço de abertura comunicacional suficiente, para que possam expor e analisar as preocupações demonstradas, parece fortalecer o sentimento de auto-confiança no papel a desempenhar.

Espera-se, através dos resultados obtidos trazer contributos para a prática da Enfermagem de saúde materna e obstetrícia, de modo a que estes profissionais sejam cada vez mais conhecedores deste processo de vida e funcionem como um recurso facilitador da transição para a parentalidade.

Palavras-chave: necessidades parentais, transição para parentalidade, cuidados de Enfermagem no pós-parto eutócico.

ABSTRACT

Transition to parenthood: Need for Nursing Care in Postpartum

The first child's birth is definitely an event changing the lives of parents. Fathers and mothers have to restructured and integrate new roles, a process that usually is facilitated by external aid, which is included maternal health and obstetric specialist nurses, whose assistance "to the promotion of health can affect, for many years, well -being of women, child and the rest of the family" (Lowdermilk and Perry, 2008, p.246).

The aim of this study is understand the needs of nursing care experienced by the mothers and fathers during the transition to parenthood in hospital after the birth of first child by normal delivery when the mother and newborn haven't health problems or risk factors associated.

The research undertaken falls within the qualitative paradigm, which was attended by 26 parents - thirteen fathers and thirteen mothers. As data collection strategies resorted to semi-structured interview, the answers were dissected in the light of the content analysis, categorizing the registration units.

Data analysis identified three dimensions (experience of parenting in the first 48 hours postpartum, nursing care needs and a parental perspective on the role of the nurse), which

led to the following categories: characteristics of maternal and paternal transition, the achieving of parenting skills, women's health surveillance, partnership in care, emotional support and the technical and scientific skills and relational nursing, most valued by parents.

This study shows that: the transition to parenthood in the period of 48 hours postpartum is a time of intense changes, feelings, openness to learning and care provided by nursing staff. Fathers and mothers expect these health care professionals to adopt strategies that enable them to feel confident, clarified and able to care for their children. Thus, identifying the need for parental care, provide consistent information, and create an open communication space enough for them to expose and examine the concerns raised seems to strengthen the feeling of self-confidence in the role.

It is expected by the results obtained bring contributions to the practice of nursing maternal health and obstetric, so that these professionals are increasingly knowledgeable about the process of life and functions as a facilitator of the transition to parenthood.

Keywords: Parental Needs, Transition to Parenthood, Nursing Care After Normal Delivery.

0 – INTRODUÇÃO

O nascimento de um filho, em especial do primogénito é um acontecimento que altera, transforma e reestrutura definitivamente a vida dos progenitores. E, o internamento pós-parto é um período intenso nesta adaptação parental aos novos papéis.

“A hospitalização no período pós-parto oferece à paciente e ao seu companheiro a oportunidade de se adaptarem aos seus novos papéis de pais” (Branden, 2000, p. 433). Concordantemente, Lowdermilk e Perry (2008, p.491), afirmam que “o objectivo dos cuidados de Enfermagem no pós-parto imediato é ajudar a mulher e a sua família no período inicial da parentalidade”.

O internamento pós-parto eutócico sem factores de risco é, habitualmente curto, muitas vezes, não ultrapassando as 48 horas. Neste período existe uma complexidade de intervenções autónomas, interdependentes e dependentes, a que o Enfermeiro dá resposta, durante a planificação e execução dos cuidados. Contudo, é premente perceber que, a satisfação das necessidades de cuidados que os progenitores consideram indispensáveis para ultrapassarem as potenciais dificuldades com que se deparam na vivência deste processo desenvolvimental, inerente ao nascimento do primeiro filho, denominado por transição para a parentalidade é imprescindível para o sucesso da prática dos cuidados e produção de ganhos em saúde. Logo, perceber se são e como são satisfeitas essas necessidades é uma prioridade.

O conhecimento e a descoberta das necessidades de cuidados que os casais identificam como relevantes neste *timing*, com certeza, facilitará o diagnóstico, a planificação e a execução dos cuidados de Enfermagem e promoverá a transição para a parentalidade, durante o internamento pós-parto eutócico.

Assim, definiu-se como objecto de estudo: necessidades de cuidados de Enfermagem sentidas pelas mães e pelos pais, durante a transição para a parentalidade, no período de internamento pós-parto eutócico.

A Ordem dos Enfermeiros no Art. 88.º, alínea a) do código deontológico refere como dever do profissional de Enfermagem e com vista à excelência do exercício, “analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude”. O cumprimento deste dever subentende a utilização de uma metodologia científica que baseie e sustente a prática em estudos de investigação, como um dos caminhos promotores da qualidade dos cuidados e da excelência do exercício (Ordem dos Enfermeiros, 2003b).

Portanto, é de suprema importância para a prática perceber as necessidades de cuidados de Enfermagem sentidas pela população. Segundo a Organização Mundial de Saúde, o conceito de saúde não se circunscreve à ausência de doença, assim sendo, as necessidades de cuidados em saúde não se esgotam com o diagnóstico e tratamento das mesmas. Por exemplo, extrapolando a doença e o tratamento da mesma, os pais necessitam de adquirir competências que os ajudem a viver a transição para o exercício do papel parental.

Frei e Mander (2010), através da revisão da literatura mais recente acerca dos cuidados pós-natais afirmam que é urgente conduzir mais estudos que demonstrem as experiências, expectativas e percepções decorrentes do impacto da prestação de cuidados de saúde durante o período pós-natal. Neste sentido, as necessidades das mulheres devem ser uma variável importante a estar, constantemente, sob vigilância, tendo em conta o sentimento de satisfação da população alvo (Kvist e Persson, 2009).

Tendo em conta as considerações supracitadas, foram delimitadas questões orientadoras do estudo com o objectivo de conhecer as necessidades parentais em cuidados de Enfermagem, durante o internamento após o nascimento do primeiro filho, por parto eutócico, quando a díade mãe-filho não apresenta problemas de saúde nem factores de risco associados. Na tentativa de compreender de que forma é vivenciado este período de tempo de transição para a parentalidade pretende-se contribuir para ampliar o conhecimento, adquirir competências nesta área e produzir ganhos em saúde, adequando e optimizando os cuidados prestados.

Consequentemente, emergem as seguintes questões de investigação:

- Como é experienciado o processo de transição parental, no caso do primeiro filho, sem factores de risco associados, durante o internamento pós-parto eutócico?

- Quais as necessidades de cuidados de Enfermagem sentidas por casais que foram pais pela primeira vez, durante o internamento no período pós-parto eutócico?

- Qual a perspectiva parental acerca do papel do Enfermeiro durante o internamento no período do pós-parto eutócico, tendo em conta as necessidades sentidas?

Alguns conceitos base serão estruturantes na formulação desta investigação. Assim, entende-se por parentalidade o “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” (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, 2006, p.43). E, por transição para a parentalidade o ajustamento e adaptação ao conceito acima definido, reformulando os aspectos necessários de forma a garantir os pressupostos anteriores.

O pós-parto é outro dos conceitos que importa definir. A Organização Mundial de Saúde, em 1998, estipulou que os cuidados denominados de puerperais compreendiam as primeiras seis semanas após a data do parto (Kvist e Persson, 2009). Contudo, esta definição para que não fosse tão redutora deveria contemplar, também, as mudanças inevitavelmente associadas ao cuidar do bebé e à integração da parentalidade, como uma nova dimensão do indivíduo (Salonen *et al.*, 2011).

As necessidades de cuidados de Enfermagem é outro postulado com relevância neste trabalho e deverão ser entendidas como necessidades de cuidados de saúde que não se centram apenas nas situações de doença, mas sim “nos processos de transição que os desafios da saúde lhes vão lançando ao longo da vida” (Ordem dos Enfermeiros, 2003a:3). Para Adam (1994, p. 115), necessidade é sinónimo de exigência, no sentido em que considera este conceito como “actividade a todo o ser humano, para que seja completo ou íntegro”.

Este estudo enquadra-se no paradigma qualitativo, que visa criar novo conhecimento, fornecido através da compreensão e interpretação de um fenómeno dentro de um determinado contexto, proporcionando uma oportunidade para estudar e criar significado, que enriquecerá e contribuirá para a compreensão da vida humana (Streubert e Carpenter, 2002). “A abordagem da investigação qualitativa exige que o mundo seja examinado com a

ideia de que nada é trivial, que tudo tem potencial para constituir uma pista que nos permita estabelecer uma compreensão mais esclarecedora do nosso objecto de estudo” (Bogdan e Biklen, 1994, p. 49).

A colheita de dados foi realizada através do recurso à entrevista semi-estruturada. Esta foi aplicada a casais denominados de informantes privilegiados, após contacto prévio com os mesmos, ainda em ambiente hospitalar.

Para a análise dos dados optou-se pela análise de conteúdo, categorizando as unidades de registo segundo categorias. “No conjunto das técnicas da análise de conteúdo, é de citar em primeiro lugar a análise por categorias; cronologicamente é a mais antiga; na prática é a mais utilizada. Funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos” (Bardin, 2009).

O presente trabalho estruturar-se-á em diversos capítulos e subcapítulos. O primeiro capítulo será referente ao enquadramento teórico, o qual contempla o modelo teórico de referência, subjacente à concepção deste trabalho, bem como a exploração do estado da arte. No segundo capítulo será apresentado o enquadramento metodológico, de forma a clarificar o paradigma inerente à investigação, a selecção dos participantes, o procedimento, o instrumento e a estratégia para recolha e análise dos dados, englobando ainda, as considerações éticas. O terceiro capítulo contemplará a apresentação, análise e discussão dos dados. No quarto capítulo encontrar-se-ão as considerações finais do estudo.

1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O nascimento de um bebé é um evento de transcendente importância, que envolve e desafia a responsabilidade parental. Esta investigação centrar-se-á nos pais e mães, como alvos dos cuidados de Enfermagem.

Para Meleis (2007, p.467), “the most central concept within the domain of nursing is the recipient of care or the potential recipient of care – the nursing client. Although a client is also central to a number of other disciplines, the perspective from which that client is considered is invariably different and evolves from the domain of the discipline”. Tendo em conta esta problemática, os pais serão considerados os receptores ou potenciais receptores dos cuidados de Enfermagem. A tentativa de compreensão e descrição das necessidades parentais, relativas aos cuidados de Enfermagem durante o período de internamento pós-parto eutócico, é o que define o domínio específico e central para obter contributos para a disciplina e profissão de Enfermagem, neste caso particular da Saúde Materna e Obstetrícia.

É propósito deste trabalho de investigação contribuir para o conhecimento da natureza e estrutura da disciplina de Enfermagem, conduzindo a intervenções com base nos pressupostos necessários a uma transição salutar e por consequência à obtenção de ganhos em saúde. Portanto, é suposto dar contributos para que o enfermeiro seja um recurso facilitador para a vivência da transição para a parentalidade, contrariando que, “o que a literatura existente não demonstra é a forma como as enfermeiras, em contextos determinados, constroem e utilizam o seu saber na interação com os utentes e de que forma os resultados são analisados pelas próprias e pelos utentes” (Basto, 2005, p. 28).

Este capítulo trata de efectuar um balanço do que foi escrito até hoje, no âmbito da temática deste estudo, uma vez que as questões de investigação não poderão ser abordadas sem ter em conta os conhecimentos pré-existentes (Fortin, 2003). Esta etapa, além de permitir a verificação do estado desses conhecimentos, favorecerá o estabelecimento de ligações entre este trabalho e os estudos que o antecederam, bem como facilitará a estruturação e delimitação do problema de investigação e uma melhor definição dos conceitos em estudo.

No que diz respeito, especificamente, à revisão da literatura, acrescenta-se a importância que pode assumir a elaboração de um conjunto coerente de documentação seleccionada, organizada e contextualizada no tempo, reveladora do percurso efectuado, configurando a abordagem global dos fenómenos relativos ao desenvolvimento do processo de investigação, resultante de uma construção pessoal do autor, dotada de originalidade e peculiaridade.

1.1 Parentalidade

A “parentalidade (do latim *parentâle*) é um processo maturativo que leva a uma reestruturação psicoafectiva permitindo a dois adultos de se tornarem pais, isto é de responder às necessidades físicas, afectivas e psíquicas do(s) seu(s) filho(s)”(Leal, 2005, p. 322).

A parentalidade estabelece um ponto de confluência da complexidade envolvida entre os processos biológicos e culturais, e neste caso seria pouco congruente estabelecer uma barreira entre a natureza e a cultura. Natureza e cultura não são entidades opostas, no ser humano estas sobrepõem-se.

A natureza humana entende-se como uma natureza cultural, no sentido em que as aquisições da cultura estão integradas no que são os indivíduos e as sociedades, constituindo uma espécie de memória colectiva que se transmite, reconstrói e acumula.

Neste sentido, as estruturas do indivíduo são interdependentes e indissociáveis das da sociedade, e a parentalidade não é exceção. A história da parentalidade vai emergindo através de uma construção que alimenta, define e amplia os significados de que dispomos para a produção do sentido dado à mesma, que se configura como fenómeno biológico e acontecimento social.

Nesta perspectiva, a parentalidade comporta aspectos etnológicos e culturais e pode apresentar diversas modalidades, de acordo com os grupos e culturas, não sendo nem instintiva nem automática, requer aprendizagem. Esta problemática do instinto parental realça também a importância da cultura no comportamento das pessoas, bem como as crenças, valores e costumes de determinada sociedade que são condicionantes do comportamento dos sujeitos (Badinter, 1998). Assim sendo, os valores de uma sociedade são, às vezes, tão imperiosos que exercem uma influência incalculável sobre os nossos desejos, condicionando as respostas de cada um, sendo necessário contextualizar os comportamentos, evitando interpretações erróneas que podem limitar a resposta necessária aos desejados cuidados culturalmente adaptados (Giger e Davidhizar, 1991).

As condicionantes culturais das necessidades e respostas humanas incluem também o contexto histórico sobre as questões da parentalidade. O cristianismo como religião predominante no Ocidente teve um importante impacto na assistência à gravidez, parto, pós-parto e saúde sexual e reprodutiva, bem como as crenças e mitos existentes, em determinada cultura, num período de tempo.

A parentalidade poderá, também, ser entendida como modelo cultural, fruto dos modelos familiares, que por sua vez, transformam-se em prol das exigências sociais, económicas, políticas e religiosas, com impacto no decorrer da gravidez, nascimento e pós-parto. As mesmas podem afectar a forma como a grávida se sente, a forma como se comporta perante a gravidez e o parto e o modo como educa o seu filho. Logo, “ incorporar o meio relacional das puérperas, o contexto social onde se encontram e suas vivências se torna imprescindível (...). Assim, acreditamos que nossas condutas poderão estar mais próximas do que procuramos: vivências mais prazerosas de maternidade.” (Stefanello, Nakano e Gomes, 2008, p. 281).

Contudo, tal como relembram Lowdermilk e Perry (2008), é necessário não esquecer que para prestar cuidados apropriados, à mãe, criança e família, o profissional de Enfermagem deve ter conhecimentos sistematizados sobre a anatomia, fisiologia e restantes aspectos inerentes aos processos de gravidez, parto e pós-parto. Daí, que se fará uma breve abordagem destes conceitos, de forma a clarificar a temática em estudo.

1.1.1 Gravidez

A gravidez corresponde a um período de preparação física e psicológica, para o nascimento e parentalidade. Tornar-se pai e mãe é considerado uma das etapas de maturação da vida adulta, representando um período de múltiplas aprendizagens quer para os progenitores quer para os que lhes estão próximos (Lowdermilk e Perry, 2008). Concordantemente, Santos e Silva (2007), expõem que, este é um período de transição, durante o qual ocorrem mudanças psicológicas, bioquímicas, socioeconómicas, envolvendo a necessidade de reestruturação e reajustamento em várias dimensões.

Para além disso, a gravidez apresenta um desafio na preparação para um relacionamento triádico e, ao mesmo tempo, na continuação de um relacionamento diádico com o companheiro (Silva e Figueiredo, 2005).

Esta etapa corresponde, portanto, a um período complexo de alterações fisiológicas e psicológicas com impacto na mulher e na família. Vários aspectos culturais e educacionais podem exercer uma influência importante na vivência da gravidez pela mulher. De uma forma universal, as mulheres vivem a gravidez como um acontecimento tanto psicológico como físico. Mudanças na imagem corporal, alterações hormonais, apoios circundantes e expectativas culturais são inevitavelmente espelhadas na vida mental da mulher grávida (Colman e Colman, 1994). Para além disso, representa um período crucial na vida de um casal, sendo, em simultâneo, uma meta e um novo recomeço e, como tal, exigente para ambos, que equacionam passado, presente e futuro.

Relativamente às adaptações fisiológicas maternas, Lowdermilk e Perry (2008), referem que as mesmas são consequência de alterações hormonais e de pressões mecânicas provocadas pelo aumento do útero e de outros tecidos, de modo a protegerem as funções fisiológicas da mulher, responder às necessidades metabólicas impostas e satisfazer as necessidades de crescimento e desenvolvimento fetal.

Ao processo de gravidez correspondem diversas alterações que ultrapassam o âmbito da dimensão física, sendo a mesma, comumente, dividida em trimestres. O primeiro caracteriza-se pelo conhecimento e aceitação da gravidez, quer pela grávida quer pelo meio

social que a rodeia. Por esta altura, dão-se discretas alterações corporais que são frequentemente acompanhadas por náuseas, vômitos e oscilações de humor. O segundo trimestre de gravidez caracteriza-se pela percepção dos movimentos fetais e consequente reconhecimento do feto como ser separado da mãe. Por fim, o terceiro, caracteriza-se, especialmente, pela ansiedade em terminar uma gestação bem sucedida e pela antecipação do parto. Para Pacheco *et al.* (2005, p. 8), “os receios e as preocupações da mulher, que estão presentes ao longo de toda a gravidez e acompanham as mudanças habituais da evolução da gestação, reflectem-se especialmente na antecipação da experiência de parto”.

1.1.2 Parto

“Ao contrário da gravidez, na qual a evolução é lenta e permite que as diversas mudanças aconteçam gradualmente, o parto é um processo abrupto que rapidamente introduz mudanças intensas” (Santos e Silva, 2007, p.38).

Tal como a gravidez, todos os restantes acontecimentos de vida, revestem-se de uma componente indissociável do ser humano, que é o contexto no qual o mesmo acontece, e o parto não é excepção. Daí que, este último não é um evento exclusivamente biológico, é também um processo social e cultural, e muito do comportamento da mulher durante o parto é determinado pelo modo como previamente concebe esta experiência. Isto porque, a experiência que a mulher antecipa vir a ter durante o parto é determinada por diversas condicionantes, entre as quais “ (...) as normas que vigoram na cultura e sociedade à qual pertence, mas também com dimensões de ordem individual, particularmente relacionadas com a experiência de cada mulher, ou com a experiência de pessoas que lhe são próximas.” (Pacheco *et al.*, 2005, p. 5).

Por outro lado, além deste ser influenciado por um vasto número de factores também influirá noutros quantos, daí, Lopes *et al.* (2005, p. 247), referirem 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. Na mesma perspectiva,

Kitzinger (1984, p. 21), afirma que “(...) a experiência de dar à luz é fundamental para a vida de uma mulher. Anos depois do nascimento do bebé, e ela lembra-se precisamente dos pormenores do trabalho de parto e das sensações quando a criança nasceu”.

Apesar de ser tão marcante, nem sempre, o parto foi encarado do mesmo modo. No passado, este era um acontecimento natural, que tinha lugar no ambiente familiar; contudo com o avanço tecnológico da medicina, esta apropriou-se da gravidez e do parto, conseguindo, na verdade, aquele que era o seu objectivo primordial, diminuir as taxas de morbilidade e mortalidade. Mas, a outra face da moeda não se fez esperar, o parto ficou assim circunscrito ao ambiente hospitalar, e passou a ser encarado como um risco e muitas vezes transformado “ (...) numa doença e a mulher numa doente cada vez mais habituada a entregar nas mãos dos profissionais de saúde o nascimento do seu filho (...), na qual a parturiente não sabe muito bem o que acontecerá, o que lhe estão a fazer e porquê” (Couto, 2003, p.76).

Para Cardoso, Santos e Mendes (2007, p. 143), a mulher foi distanciando-se aos poucos “ (...) do seu saber instintivo e natural à medida que se submeteu às rotinas hospitalares, perdendo o conhecimento do potencial funcional do seu corpo para viver o processo parturitivo, ao assumir uma posição passiva no momento do parto”. E, acrescentam ainda que, os avanços das ciências biomédicas “ (...) deixam evidente a relação de poder dos profissionais de saúde sobre as mulheres, modificando o conceito de normal e patológico, isto é, entre o fisiológico e o passível de intervenção médica (Santos, 2003, cit. por Cardoso, Santos e Mendes, 2007, p.143).

Assim, sabendo que o parto é um acontecimento de vida com a potencialidade de acarretar benefícios ou prejuízos futuros, há mais envolvido neste processo para além do que a saúde e integridade física da mãe e do bebé. Isto porque, as mulheres que se sentiram “(...) humilhadas e rebaixadas pela dor, por serem os instrumentos passivos de processos físicos que não podiam compreender não são as únicas a ser afectadas. Carregam consigo, durante toda a vida, a recordação desta experiência, e a sua atitude afecta outras mulheres e homens (...)”(Kitzinger, 1984, p. 21).

Por outro lado, o parto tem a capacidade de afectar as relações existentes entre o casal e também o estabelecimento do vínculo entre pais e filhos, pois tal como referenciam Lopes *et al.* (2005, p. 247), este “ (...) por sua natureza, não é um evento neutro - ele tem força para mobilizar grandes níveis de ansiedade, medo, excitação e expectativa (...) e pode ser considerado um momento importante do processo de transição para a maternidade”.

1.1.3 Pós-Parto

O período pós-parto abrange um tempo crítico de transição em termos fisiológicos, psicológicos, relacionais e sociais quer para a mulher, como para o bebé e companheiro, e para a sua família. Este período, segundo Lowdermilk e Perry (2008), corresponde ao intervalo entre o nascimento e o retorno dos órgãos reprodutores da mulher ao seu estado pré-gravídico, sendo denominado de puerpério ou quarto trimestre de gravidez. Contudo, apesar de o puerpério, tradicionalmente, possuir a duração de seis semanas, este tempo varia de mulher para mulher.

Relativamente às mudanças biológicas compreendidas no período do pós-parto, é imprescindível considerar que as alterações físicas que ocorrem na mulher durante os nove meses de gestação, são devidas sobretudo a uma produção hormonal marcada, acrescentando ainda que, “ (...) associam-se por vezes, a sentimentos de perda de auto-estima devido a percepções subjectivas de fraca atractividade física e incapacidade de sedução” (Silva e Figueiredo, 2005, p.4). O corpo da mulher sofre profundas alterações durante a gravidez, contudo, durante o período pós-parto essas mudanças também são significativas.

Imediatamente após o parto ocorrem alterações fisiológicas no sistema reprodutor da mulher, tais como, o retorno do útero ao estado não gravídico, processo denominado de involução, que começa imediatamente após a expulsão da placenta, com a contracção do músculo liso uterino (Lowdermilk e Perry, 2008). Esta rápida involução só é possível através da contracção das fibras musculares e da descamação das camadas mais superficiais do tecido uterino, por meio de perda hemática, via vaginal, habitualmente, designada de lóquios.

As contracções das fibras musculares e miometriais são, muitas vezes, sentidas pela puérpera como dor e são mais intensas durante as mamadas, como resultado da libertação de ocitocina em resposta à sucção mamilar (Graça, 2005). O mesmo autor refere que, os lóquios nos primeiros dias após o parto são constituídos essencialmente por eritrócitos e fragmentos de decídua, a partir do quinto dia tornam-se serosos e acastanhados e após o

décimo dia adquirem uma coloração amarelada e um aspecto mucóide e espesso, que se deve a um predomínio de leucócitos. A sua libertação é mais abundante nas primeiras duas semanas, e desaparecem tipicamente pela quinta ou sexta semana. Nas mulheres submetidas a cesariana a presença de lóquios é mais escassa, porque os resíduos uterinos são removidos manualmente com a placenta.

A mucosa vaginal também se altera, podendo nunca mais apresentar o mesmo tamanho do que era antes da gravidez (Ricci, 2008). Acrescendo ainda que, as rugas características da mucosa vaginal na nulípara reaparecem três semanas após o parto, contudo menos proeminentes, sendo que a maior parte delas desaparece permanentemente (Lowdermilk e Perry, 2008).

Com o regresso à normalidade da função ovárica e o recomeço da produção de estrogénios, a mucosa vaginal regressa ao seu estado habitual e a produção normal de muco e o espessamento da mucosa retornam normalmente com a ovulação, pelo que, “a maioria das mulheres apresenta ressecamento localizado e desconforto durante a relação sexual (dispareunia), geralmente até à menstruação voltar” (Ricci, 2008, p.334). Contudo, é necessário considerar as diferenças significativas a nível das hormonas hipofisiárias e da função ovárica entre as mulheres que amamentam e aquelas que não o fazem, o que interfere com o aparecimento da primeira ovulação e com o restabelecimento da menstruação. “A elevação persistente dos níveis de prolactina nas mulheres que amamentam, parece ser responsável pela supressão de ovulação” (Lowdermilk e Perry, 2008, p.482). A produção de prolactina está associada ao atraso no retorno da ovulação, assim, o retomar da ovulação na mulher que amamenta depende da frequência da amamentação, variando entre o 2º e 18º mês após o parto (Graça, 2005; Ricci, 2008).

O períneo pode apresentar, com frequência, edema e equimoses após o parto. A episiotomia é uma técnica, que caso tenha sido efectuada no parto, tem repercussões na sexualidade, pois afecta a integridade corporal e viola o controlo da mulher sobre o seu próprio corpo (Progianti, Araújo e Mouta, 2008). A cicatrização completa do períneo “ (...) deve ocorrer dentro de duas a três semanas” (Lowdermilk e Perry, 2008, p. 481). Como complicações podem ocorrer: hematoma, infecção, deiscência e dispareunia.

Durante o período pós-parto, todos os outros sistemas além do reprodutor, sofrem alterações de forma a regressar ao seu estado antes da gravidez. Por exemplo, relativamente ao sistema urinário, “(...) cerca de 12 horas após o parto, a mulher começa a eliminar o excesso de líquidos acumulado nos tecidos durante a gravidez” (Lowdermilk e

Perry, 2008, p.482). Segundo as mesmas autoras, para tal, contribuem dois mecanismos: a diáfore intensa, sendo esta a mudança mais notável no sistema tegumentar e aumento da diurese, sendo que, ambos são responsáveis pela perda de 2,25 quilos no pós-parto imediato. Podem ocorrer também problemas de obstipação devido à diminuição do tônus muscular, que faz reduzir o peristaltismo, ou devido ao medo de ter dor ou laceração perineal, no caso de existir episiorrafia.

“As mulheres costumam apresentar fadiga, intolerância à actividade e imagem corporal distorcida por semanas após o nascimento, resultado da queda dos níveis de relaxina e progesterona, o que causa dor nos quadris e nas articulações, que interfere na deambulação e nos exercícios físicos” (Ricci, 2008, p.335).

As alterações endócrinas estão intimamente ligadas a este período, em especial se a mulher estiver a amamentar. Os níveis plasmáticos das hormonas placentárias decrescem rapidamente após o parto, como também diminui a produção de estrogénios e progesterona. Surge então o ingurgitamento mamário e o aumento da prolactina e ocitocina, se a mulher estiver a amamentar. As mamas estão aumentadas desde a gravidez, no entanto, com a queda das hormonas atrás mencionadas e com o aumento da prolactina dá-se a secreção de leite em vez de colostro, se ocorrer sucção por parte do recém-nascido.

Relativamente às mudanças relacionais e sociais no pós-parto, é necessário ter em conta que este período constitui um tempo de adaptação e ajustamento para o casal. Os novos pais estão frequentemente repletos de tarefas relacionadas com o bebé, sendo comum o cansaço, medo e ansiedade. A transição para a parentalidade é frequentemente descrita como uma época de desordem e desequilíbrio, mas também de satisfação.

Segundo Lowdermilk e Perry (2008), podem ser observadas três fases à medida que a figura materna se adapta ao seu papel parental, caracterizadas por comportamentos dependentes, seguindo-se de dependentes-independentes e posteriormente comportamentos interdependentes. Durante as primeiras 24 a 48 horas após o parto, predominam as necessidades de dependência, isto porque, “mulheres adultas e aparentemente saudáveis parecem suspender a sua participação nas actividades e responsabilidades diárias, contando com os outros para satisfazer as suas necessidades” (Lowdermilk e Perry 2008, p.530).

Na perspectiva destas autoras, nesta fase, o verbalizar e aceitar as experiências de gravidez e nascimento ajuda os pais a passarem à fase seguinte, acrescentando ainda que,

“se a mãe teve o apoio e os cuidados necessários nas primeiras horas ou dias, pelo segundo ou terceiro dia deseja tornar-se independente nas suas acções” (Lowdermilk e Perry, 2008, p.531).

1.2 Modelo Teórico De Referência

É urgente compreender que sem teoria própria de Enfermagem não se consegue responder às inquietudes da prática e, conseqüentemente, sem a qual o conhecimento estaria incompleto e nunca chegaria a gerar uma prática disciplinar autónoma que tenha por base uma teoria que a clarifique.

A Teoria de Médio Alcance de Meleis que servirá de modelo conceptual para este trabalho vem enfatizar a importância dos cuidados de Enfermagem nas mudanças condicionadas por Transições de Vida. Segundo Silva (2007), ajudar os pais a adquirirem competências associadas a um eficaz exercício do papel parental é uma dimensão pró activa e construtiva dos sistemas de fornecimento de cuidados de saúde.

Neste modelo, a atenção deve estar assente nas representações que a própria pessoa tem de determinada transição, isto é, é necessário que sejamos capazes de facilmente descodificar os significados que a pessoa atribui à transição que necessita de viver. Pois, desta forma, os enfermeiros constituirão um recurso para os alvos de cuidados, quando conhecem em profundidade as questões que promovem a saúde, através do auxílio na aquisição de habilidades e competências relacionadas com a transição para a parentalidade (Gladys *et al.*, 2007). Esta perspectiva de cuidar em Enfermagem permite redefinir a compreensão da parentalidade enquanto transição que transcende a dimensão biológica.

Portanto, competência profissional, baseada numa relação interpessoal e em teorias de Enfermagem que assentam no cuidar, tendo em conta as respostas humanas durante as transições de vida poderão evidenciar à sociedade a utilidade da disciplina de Enfermagem, sendo que, a investigação constitui a ferramenta que permitirá aos enfermeiros serem

reconhecidos como verdadeiros recursos durante as transições inerentes ao ciclo de vida, neste caso em particular a da Parentalidade. Neste estudo pretende-se promover a capacidade do enfermeiro predizer e intervir nos elementos capazes de interferir com a experiência desta transição, de forma salutar.

1.2.1 Aplicação da Teoria de Meleis à Transição para a Parentalidade

Tal como já foi referido, anteriormente, a teoria orientadora da concepção deste trabalho é a Teoria das Transições, proposta em 1994, por Meleis, como um modelo profissional que traduz o modelo exposto para o modelo em uso, centrada no conceito de *Transição*, que segundo a autora “denotes a change in health status, or in role relationships, expectations, or abilities. It denotes change in needs of all human systems. Transition requires the person to incorporate new knowledge, to alter behaviour, and therefore to change the definition of self in social context” (Meleis, 2007, p. 470).

Este modelo encara a prestação de cuidados de saúde num âmbito multidisciplinar, isto é, a Enfermagem para além de profissão é também uma disciplina do saber diferente das restantes, cujo foco da atenção se relaciona com o estudo da resposta humana face à confrontação com as transições de vida, que correspondem a períodos de maior vulnerabilidade e de risco para a saúde, através de um processo de intervenção baseado na inter-relação. Por outro lado, a forma como cada pessoa vivencia a transição, as suas representações e significados acerca dos factores inerentes à mudança subjacente sofrem grandes influências do contexto em que se insere, porque, “nursing does not deal with transition of an individual, a family, or a community in isolation from an environment. How human beings cope with transition and how the environment affects that coping are fundamental questions for nursing (...)” (Meleis, 2007, p.471).

Relativamente à parentalidade, esta nova etapa do ciclo de vida implica o ajustamento a um conjunto de mudanças e redefinições de papéis pessoais e sociais, constituindo uma transição para a mãe, para o pai, para o casal e para a família, que se prepara para redefinir papéis e relações, alterar rotinas quotidianas e adquirir competências que permitam cuidar do novo membro.

A teoria das transições será aplicada à transição para a parentalidade e neste caso em particular, tentar-se-á perceber quais as necessidades parentais durante o internamento pós-parto eutócico e de que forma os pais percebem o papel do enfermeiro durante este período de tempo que se insere na transição para a parentalidade, tendo em conta a experiência que vivenciaram.

A transição para a parentalidade incorpora em si diversas alterações do que se encontrava anteriormente estabelecido e, tal como todas as outras transições de vida, pode ser classificada quanto à natureza, condições e padrões de resposta, segundo a Teoria de Meleis.

1.2.1.1 - Natureza da Transição para Parentalidade

A natureza das transições caracteriza-se pelos tipos, padrões e propriedades (consciencialização/ *awareness*, envolvimento, mudança, duração da transição e eventos críticos).

Quanto ao tipo de transições, tal como referem Meleis *et al.*, (2000, p.12), a transição para a parentalidade insere-se nas de desenvolvimento, uma vez que implica “un logro de integración, maduración y especialización en las esferas del componente humano de lo biológico, mental, social y espiritual” (Gladys *et al.*, 2007, p. 15). Não se insere na mudança do status da saúde e não se circunscreve apenas a uma alteração de papéis, para além disso, contempla o desenvolvimento de habilidades. E ainda, “caracteriza-se pela necessidade de resolver tarefas desenvolvimentais específicas” (Leal, 2005, p. 240).

Relativamente ao padrão, esta transição classifica-se como múltipla. Pois, os cônjuges anteriormente apenas casal transformam-se em pais, progenitores de uma família e necessitam de reformular várias esferas da vida privada, familiar e muitas vezes social (Lopes, 2007).

A consciencialização envolve a percepção que a pessoa tem de si própria e poder-se-á dizer que consiste na demonstração de conhecimento acerca das mudanças inerentes ao decurso da transição, estando relacionada com o grau de congruência entre o conhecimento do processo, as expectativas e as respostas individuais. Consequentemente, o envolvimento poderá ser resultado do nível de consciência, uma vez que uma pessoa que

vive uma transição da qual não tem consciência poderá não conseguir envolver-se, pois não tem, nem prevê a necessidade de mobilizar recursos. A mudança é outra das propriedades das transições, implica a alteração das rotinas habituais para integrar e desempenhar novos papéis, neste caso o parental.

A divergência entre as expectativas e a realidade das exigências do novo papel, muitas vezes, só é percebida através das mudanças, pois tal como concluíram Gladys *et al.* (2007) “ las expectativas son otro fenómeno subjetivo que influye colectivamente en la experiencia de transición. Durante la transición, las personas pueden o no conocer lo que esperan, y sus expectativas podrían no ser reales”. Isto é, a pessoa quando não tem consciência da mudança que está ou irá viver não sente necessidade de se envolver, e por conseguinte, poderá até apresentar expectativas pouco reais face à situação.

No que diz respeito, à duração da transição para a parentalidade, esta não tem um limite de tempo preciso, caracteriza-se antes, pelo período de tempo que os pais necessitam para integrar os novos papéis e serem capazes de os executarem, o que culmina num novo período mais estável relativamente ao anterior. Canavarro (2006), concorda que, o tempo cronológico para a adaptação não é linear. Mas, o processo de transição pode ser considerado concluído quando estes assumem uma nova identidade, denominada por Meleis de Integração Fluida, ao conseguir atingir os níveis de mestria nas habilidades e nos conhecimentos.

Quanto aos eventos críticos, estes podem ser classificados como um momento identificável, que é susceptível de alterar positiva ou negativamente a transição. Identificados antecipadamente são passíveis de uma intervenção de Enfermagem, por exemplo, de modo a possibilitar o aumento da consciência de mudança e promoção do envolvimento das pessoas intervenientes. Num estudo realizado na Colômbia foi identificado como momento crítico durante o pós-parto o início e a manutenção da amamentação (Gladys *et al.*, 2007). Sendo importante considerar que, “the support given to mothers in the postpartum period may help them to cope with their feelings and have a significant contribution to their emotional well being and adaptation to motherhood” (Scrivens e Summers, 2001, p. 30).

1.2.1.2 – Condições da Transição para a Parentalidade

Estas podem ser denominadas de facilitadoras ou inibidoras e são classificadas como pessoais ou relativas à comunidade.

Dentro das pessoais, as mesmas ainda podem ser subdivididas quanto aos significados - “el significado que dan a la transición hace que ésta sea más fácil de vivir” (Gladys *et al.*, 2007, p. 17) - crenças e atitudes; estatuto socioeconómico e preparação. Daí que, “incorporar o meio relacional das puérperas, o contexto social onde se encontram e suas vivências se torna imprescindível” (Stefanello, Nakano e Gomes, 2008, p. 281). Cada progenitor/casal atribui à parentalidade o valor relativo à interpretação que cada um dá ou não às perdas/ganhos daí resultantes, o que inclui o que é ou não valorizado em determinado contexto.

Menezes e Lopes (2007), referem que, variáveis como habilidades individuais para lidar com situações stressantes e rede de apoio social são importantes factores na transição para a parentalidade. Bem como, as experiências, os modelos e representações mentais influem na funcionalidade da nova família. Para Perren *et al.* (2005, p.454), “the impact of family-of-origin experience seems to be particularly high during the challenging transition to become a family”.

1.2.1.3 - Padrões de Resposta da Transição para a Parentalidade

Quanto aos padrões de resposta são considerados os indicadores de processo e os de resposta ou de resultado, que permitem verificar o conhecimento que a pessoa tem sobre a transição, os recursos próprios e a forma de encarar os momentos críticos.

Os indicadores de processo englobam o sentir-se envolvido, a interacção, o estar situado, a confiança e coping. Estes são fundamentais, pois permitem a identificação precoce do sentido da transição, que poderá estar a ser vivida de forma saudável ou conduzir a estados de ainda maior vulnerabilidade e predispor o cliente a riscos de saúde acrescidos. Por isso, Schmied *et al.* (2008), acreditam que a prestação de cuidados de Enfermagem no pós-parto hospitalar deve focalizar-se em promover a recuperação do cansaço resultante do trabalho de parto, o sentimento de auto-eficácia das mulheres e a confiança nelas próprias.

Relativamente ao sentir-se integrado Meleis *et al.*, (2000), referem que sentirem-se ligadas a profissionais de saúde que pudessem responder às suas dúvidas e com os quais se sentiam familiarizadas foi um outro indicador de transições saudáveis. O interagir funciona positivamente, quando resulta na clarificação de dúvidas, comportamentos e atitudes.

Desenvolver confiança e estratégias de coping para lidar com a situação são favorecidos pelo aumento da compreensão dos fenómenos inerentes ao processo de transição.

Os indicadores de resultado, mestria e integração fluida, são uma forma de constatar a conclusão de uma transição e contemplam o domínio e as identidades integracionistas fluidas como uma transição favorável. O domínio diz respeito à aquisição de competências e as identidades integracionistas fluidas representam a reformulação da identidade, a acomodação ao papel parental. “La culminación de una transición en forma saludable se manifiesta en un sentido de maestría y en la capacidad de asumir una nueva identidad, esto es lo que significa tener una identidad integradora fluída” (Gladys *et al.*, 2007, p. 13).

Após a análise da Teoria de Meleis aplicada à transição para a parentalidade conclui-se que, a experiência da transição traz consigo a reformulação da identidade, sendo um processo complexo que requer tempo para a preparação e desenvolvimento de habilidades. Portanto, o papel dos enfermeiros, no internamento após o parto deverá ser promotor da saúde, ao facilitar a transição e apoiar na procura de soluções para satisfazer as necessidades do casal em cuidados de Enfermagem. Daí a importância da investigação, de modo a que se possam conhecer em profundidade os aspectos relacionados com a transição e consequentemente otimizar a aplicabilidade do modelo.

1.3 Estado Da Arte

No subcapítulo anterior foi aplicado o modelo das transições para o caso específico da parentalidade, tendo em conta a investigação existente acerca deste processo transacional. Contudo, houve a necessidade de encontrar e explorar a evidência existente na comunidade científica acerca de apenas um período temporal restrito da transição para a parentalidade: o internamento após o parto, no que concerne às necessidades de cuidados de Enfermagem sentidas pelos alvos dos cuidados.

A Organização Mundial de Saúde, em 1998, estabeleceu que os cuidados pós-natais têm que ser centrados nas famílias, individualizados, multidisciplinares, holísticos e culturalmente contextualizados. Tendo em conta que, o período pós-parto é particularmente significativo para a mãe, pai e bebé e reconhecido como necessário à adaptação física e psicológica da mulher é premente estar atento à tendência que ao longo dos anos tem vindo a ser a precocidade da alta hospitalar pós-parto.

Durante a pesquisa bibliográfica efectuada foi possível constatar que os cuidados pós-parto são, habitualmente, perspectivados pelas figuras parentais como de qualidade inferior, comparativamente, com aqueles que são recebidos no período pré-natal e no parto. Assim, segundo diferentes perspectivas, alguns autores sentiram que esta era uma situação emergente que instigava a investigação.

Na Suécia, Rudman e Waldenstrom (2007), exploraram os cuidados pós-parto. Neste estudo prospectivo, com 2783 puérperas, emergiram as seguintes descrições: organização e ambiente não promotores do descanso e da recuperação, atitudes e comportamento dos profissionais, como obstáculos para obter informação individualizada e restrições da participação paterna nos cuidados.

No mesmo país, um estudo intitulado *'We feel like one, they see us as two': new parents' discontent with postnatal care*, com 1474 pais, foi possível inferir que "the close emotional attachment between the parents was not always supported by staff. The father was treated as an outsider and the care was described as 'a woman's world'. The asymmetric encounter between parents and staff was pronounced with respect to decision-making, and some designated this as 'paternalism'" (Ellberg, Hogberg, Lindh, 2010, p. 465).

Fredriksson, Hogberg e Lundman (2003), ainda no contexto sueco, com objectivo de descrever a escolha dos novos pais, no que concerne ao tipo de cuidados hospitalares que pretendem receber no período pós-parto (a suite familiar ou alta precoce, no prazo de 24 horas após o nascimento) e obter uma melhor compreensão da experiência parental em diferentes contextos do cuidar, realizaram um estudo qualitativo por meio do qual perceberam existir uma grande necessidade de privacidade nas horas seguintes ao parto. Para além disso, dispor de cuidados de saúde especializados era considerado uma fonte de segurança, mas o estar unidos como família, bem como participar nas decisões relativas ao recém-nascido, são factores determinantes. O que é concordante, com um estudo etnográfico, realizado numa unidade hospitalar suíça, no qual, as mulheres que são mães pela primeira vez referem que a qualidade da relação com os enfermeiros parece ajudá-las a sentirem controlo da sua própria situação aquando da alta hospitalar, contudo o mais

importante é o suporte familiar (Frei e Mander, 2010). Do mesmo modo que, investigadores no contexto finlandês acreditam que, os cuidados de saúde durante o período pós-natal devem ser centralizados na família, incentivando e fortalecendo este recurso (Oommen *et al.*, 2011, p.7).

Do outro lado do mundo, na Austrália, as mulheres estudadas por Forster *et al.* (2008), especialmente, aquelas que eram mães pela primeira vez mencionam, de modo geral, a falta de confiança nelas próprias como mães e na sua capacidade de cuidar do recém-nascido. E, concordantemente com outras publicações consideravam os cuidados recebidos a nível hospitalar após o parto como inadequados e de qualidade inferior ao esperado, inconsistentes e não promotores do envolvimento paternal. Desta investigação surgiu um dado interessante: a percepção do nível inferior da qualidade dos cuidados é partilhada, igualmente, pelas enfermeiras enquanto profissionais. Talvez por isso, para Scrivens e Summers (2001), a tendência das novas gestões hospitalares instiga algumas preocupações, pois a prática de Enfermagem é cada vez mais confrontada com a redução do tempo de internamento, resultando numa quantidade mínima temporal para prestar cuidados especializados às mulheres.

Em 2009, também na Austrália, outros autores re-exploraram esta problemática, contudo é possível verificar que 9 anos passados do trabalho anterior, no qual as enfermeiras qualificam o trabalho que prestam como sendo de qualidade inferior ao desejado "new ideas and changes are not always readily accepted in midwifery practice" e "two themes emerged which may explain the response of midwives to the actions, notably, a lack of ownership of the actions and the problematic nature of the current culture of the postnatal-care environment" (McKellar, Pincombe e Henderson, 2009, p. 112).

Assim, Schmied *et al.*, (2009), tentaram resolver este *handicap* dos cuidados de saúde materno-obstétricos. Recorreram a uma amostra por conveniência, com 146 mulheres, cuja estratégia-chave delineada, implementada e avaliada foi '*one-to-one time*', focada em proporcionar às mulheres um período ininterrupto de tempo a cada dia, no qual, a enfermeira estaria disponível para discutir as preocupações das mulheres. Nesta amostra o atendimento individualizado e estratégias que aumentem a possibilidade de descanso têm impacto positivo na percepção da qualidade dos cuidados recebidos, contudo as rotinas estabelecidas e as prioridades institucionais mantêm-se difíceis de mudar. As enfermeiras têm tendência para atender as prioridades institucionais ao invés de abordar as prioridades das mulheres e a estratégia desenvolvida '*one-to-one time*', foi pouco preponderante sobre

as rotinas estabelecidas, sendo as mudanças difíceis de acomodar, o que é sobreponível a estudos anteriores. Para além disso, a habilidade de ser capaz de ouvir as mulheres de uma forma sensível precisa ser melhor investigada, no contexto hospitalar pós-natal.

O mesmo autor em 2008, num hospital metropolitano de Sydney, já tinha descoberto que, embora as enfermeiras concordassem que a qualidade dos cuidados pós-natais passava, essencialmente, por construir relações de confiança nas quais a flexibilidade e as necessidades percebidas pelas mulheres fossem prioritárias, as profissionais “stressed that clerical tasks, such as the paper work associated with daily admissions and discharges, were a major barrier to providing postnatal care in the way they wanted. Time was also lost waiting for doctors to come to discharge women, as midwifery-led discharge was not an option in this maternity unit at this time” (Schmied *et al.*, 2008, p. 102).

Uma revisão bibliográfica realizada nos Estados Unidos, acerca dos cuidados de saúde prestados no pós-parto, encontrou evidência semelhante, isto é, a priorização das necessidades de cuidados não são coincidentes, “not surprisingly, growing evidence demonstrates that mothers’ and nurses’ priorities for postpartum care and education may differ.(...) However, the standard nursing care for postpartum mothers often focuses on mothers’ physical changes and care that are medically based” (Cheng, Fowles e Walker, 2006, p.38).

Em 2005, um mega projecto, que compreendia mulheres com idade entre os 18 e os 45 anos que tivessem tido um filho nos hospitais dos Estados Unidos, foram envolvidas no *The Listening to Mothers II*. “The predominant picture that emerges is that large segments of the population (...) are experiencing inappropriate care that does not reflect the best evidence, wishes of mothers, legal disclosure standards, and interests of mothers and babies” (Sakala e Corry, 2007, p. 185).

Uma outra revisão bibliográfica foi realizada por Fraser e Cullen (2006), subordinada *Postnatal management and breastfeeding*. Esta forneceu uma visão geral da gestão dos cuidados pós-natais, reconhecendo, novamente, o inadequado apoio, aconselhamento e tratamento. Factores estes com impacto sobre a vida diária da mulher e dos seus relacionamentos com a família e amigos, bem como, sobre as suas habilidades parentais. Segundo estas autoras, muitos estudos têm mostrado a relutância das mulheres em relatarem os problemas com que se deparam neste período de tempo, pois assumem que os mesmos são parte, naturalmente, integrante das consequências normais do parto ou porque têm vergonha de os abordar.

No Canadá, foi efectuada outra revisão sistemática da literatura, na qual examinaram a evidência publicada sobre a eficácia dos programas de apoio pós-parto. Na Medline, CINAHL, PsycINFO e Cochrane não foram encontraram ensaios clínicos randomizados com evidência para apoiar a prestação estandardizada de apoio após o parto com o intuito de melhorar a parentalidade, a saúde mental, a qualidade de vida ou a saúde física materna. Apenas, foi encontrada alguma evidência que as populações de alto risco, podem beneficiar deste apoio pós-parto (Shaw *et al.*, 2006, p.219).

Estes achados são concordantes com os encontrados por Emmanuel, Debra e Fraser (2001), no *What Mothers Want*, cujas questões investigativas compreendem a identificação das necessidades maternas (n=500) e das barreiras existentes para a optimização dos cuidados, sugerindo alternativas para as ultrapassar. A análise temática dos comentários revelou que a prática dos cuidados de Enfermagem, no contexto do curto período de tempo de internamento pós-parto deve dar prioridade a aspectos como um ambiente calmo na enfermaria, promotor do repouso, bem como valorizar a demanda das mulheres por um programa individualizado e especificamente adaptado às suas necessidades, em vez da prestação de cuidados *standard* e universais.

Relativamente, ao contexto Português foram encontrados dois estudos que abordavam, de alguma forma, as necessidades dos pais no âmbito dos cuidados de Enfermagem durante a hospitalização no pós-parto. Um dos quais, num paradigma de investigação fenomenológico, subordinado à compreensão do processo de construção do ajustamento materno e paterno no período pós-parto, a partir da perspectiva das experiências vivenciadas por ambos os pais (Mendes, 2007). Já Soares (2008), por sua vez, visou obter uma compreensão acerca das vivências daqueles que eram pais pela primeira vez, durante a adaptação para a parentalidade delimitando qual o contributo específico proporcionado pelo enfermeiro durante este processo. Ainda que, sem dar especial ênfase à fase de internamento pós-parto, refere-se a este período como sendo de importância indubitável na satisfação com o papel parental e com a promoção do sentimento de auto-eficácia, determinantes no processo de parentalidade.

Mendes (2007), concluiu que a relação de ajuda na prestação de cuidados à mãe e ao bebé é um factor positivo para o ajustamento materno pós-parto mas que, a rapidez na demonstração dos cuidados prestados ao bebé, orientações para auto-cuidado e falta de disponibilidade dos profissionais de saúde são considerados como constituintes chave da estrutura essencial das experiências negativas. Comparativamente, o ajustamento paterno no pós-parto, no que se refere aos profissionais de saúde apenas apresentava aspectos

negativos: rapidez na demonstração dos cuidados prestados ao bebé, desorientação perante informações divergentes sobre o cuidar do bebé e orientações pouco esclarecedoras no momento da alta.

Concluindo, foi possível compreender através da análise do estado da arte que, de modo geral, as figuras parentais apresentam menor satisfação com os cuidados recebidos no período pós-natal, comparativamente, aos restantes de que foram alvo nas maternidades. Para além disso, apesar de ambas as partes envolvidas (pais e enfermeiros) terem a percepção que a qualidade destes serviços de saúde materno-obstétricos não ser o desejável, as mudanças a nível institucional são difíceis de acomodar nas rotinas pré-estabelecidas. E ainda que, independentemente, do género e dos contextos sócio-demográficos, os pais querem ser tratados numa base individual, de acordo com as suas necessidades. Para tal, é necessário flexibilizar a aliança Enfermagem-pais, para satisfação de ambos.

2 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

2.1 – Paradigma de Investigação

O enquadramento de um dado estudo num determinado paradigma investigativo passa em primeiro lugar por perceber o que pensa o investigador sobre a sua realidade e respectiva natureza e o que existe nesse domínio que possa ser conhecido (Guba e Lincoln, 1994, cit. por Soares, 2004). Assim, mediante os aspectos supracitados a metodologia adoptada teve em conta também as diferentes lógicas de acção em pesquisa que se prendem com a explicitação dos quadros de referência ou paradigmas que as ancoram.

Importa, então, definir o que se considera por paradigma de investigação, para o qual se adopta a descrição de Bogdan e Biklen (1994, p.52), segundo os quais, “um paradigma consiste num conjunto aberto de asserções, conceitos ou proposições logicamente relacionados e que orientam o pensamento e a investigação”. Segundo Bardin (2009), existem dois tipos de abordagens, a quantitativa e a qualitativa, cujos campos de acção são díspares. A primeira obtém dados resultantes do um método estatístico sendo, especialmente, útil, para verificar hipóteses. “A segunda corresponde a um procedimento mais indutivo, mas também mais maleável e mais adaptável a índices não previstos, ou à evolução das hipóteses (...). É válida, sobretudo, na elaboração das deduções específicas sobre um acontecimento (...) e não em inferências gerais” (Bardin, 2009, p.141).

O paradigma subjacente à investigação que sustenta este trabalho classifica-se, quanto à abordagem, como qualitativo. A sua natureza qualitativa provém não só do tipo de técnica de recolha de dados mas, essencialmente, dos objectivos que o regem, os quais se direccionam para a compreensão e interpretação das significações atribuídas pelos participantes, relativamente ao que se pretende conhecer, pois, “o objectivo dos investigadores qualitativos é o de melhor compreender o comportamento e experiência humanos” (Bogdan e Biklen, 1994, p.70), isto porque, “considera-se essencial conhecer uma realidade do ponto de vista das pessoas que a experienciaram, sendo direccionada a atenção de quem investiga sobre a percepção dos indivíduos acerca da mesma” (Fortin, 2009, p.156).

A metodologia qualitativa é suportada pelo raciocínio indutivo desenvolvendo conceitos, ideias, entendimentos ou até mesmo teorias a partir de padrões identificados na análise dos dados. Através do seu carácter exploratório pretende-se interpretar a significação de determinado fenómeno para as pessoas que o vivenciam, conhecendo em profundidade as vivências e representações associadas ao mesmo. Assim, o pesquisador assume-se como instrumento privilegiado neste processo, devido à relação próxima com as pessoas em estudo, contudo o mesmo deve adoptar estratégias que minimizem o impacto da sua presença, o que exige treino, disponibilidade temporal e capacidade de discernimento.

O recurso à abordagem qualitativa, cujas raízes se encontram nas Ciências Humanas e Sociais, remonta há pouco mais de um século. Nestes tipos de pesquisas investigativas, “não se pretende estudar o fenómeno em si, mas sim, entender seu significado individual ou colectivo para a vida das pessoas (...). O significado tem função estruturante: em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde” (Turato, 2005, p.509).

Segundo Bogdan e Biklen (1994), a abordagem qualitativa caracteriza-se, essencialmente, pelos quatro aspectos seguintes: as situações são aprendidas 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. Acrescentando ainda que, a actividade científica implica um escrutínio empírico e sistemático baseado nos dados recolhidos, sendo que, a investigação qualitativa preenche estes requisitos.

Por outro lado, tal como afirma Haguette (1995, p.87) “a objectividade é um ideal inatingível mas que, mesmo assim, o cientista deve tentar a aproximação”, contudo, “a meta do rigor na investigação qualitativa é apresentar rigorosamente as experiências dos participantes no estudo” (Streubert e Carpenter, 2002, p.33), até porque, segundo Turato (2005), este método tem maior força no rigor da validade dos dados colectados, já que a escuta em entrevista, por ser em profundidade, tende a levar o investigador bem próximo da essência da questão em estudo.

Relativamente aos objectivos, o estudo pode classificar-se como exploratório e descritivo, na medida em que o alcance dos mesmos corresponde à descoberta de realidades “que ainda não se verificaram, relativamente às quais é necessário tomar decisões que pressupõem o conhecimento de uma série de dados, de atitudes, de expectativas por parte da população interessada” (Ferrarotti, 1985, p.96).

Descortinando cada um dos objectivos *per si*, o estudo é exploratório 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 aspectos do fenómeno” (Fortin, 2009, p.240). E, descritivo, pois “a investigação qualitativa é descritiva. Os dados recolhidos são em forma de palavras ou imagens e não de números (...). Na sua busca de conhecimento, os investigadores qualitativos não reduzem as muitas páginas contendo narrativas e outros dados a símbolos numéricos” (Bogdan e Biklen, 1994, p. 48), com o intuito, no caso específico desta investigação, de discriminar os factores determinantes ou conceitos que, eventualmente, possam estar associados ao fenómeno em análise, referente à situação singular de um único serviço, o de obstetrícia do Centro Hospitalar do Porto, EPE.

Assim sendo, as metodologias qualitativas “privilegiam o contexto da descoberta como contexto de partida de uma investigação (aquando da formulação da problemática e do início do trabalho de campo), contexto ao qual está, aliás, associada a abordagem indutiva” (Lessard-Hébert, Goyette e Boutin, 2005, p.95) e, “uma das estratégias utilizadas baseia-se no pressuposto de que muito pouco se sabe acerca das pessoas e ambientes que irão constituir o objecto de estudo” (Bogdan e Biklen, 1994, p.83).

Quanto ao tempo, o paradigma desta investigação classifica-se como transversal, pois a colheita de dados foi efectuada apenas numa única ocasião, isto é, o factor tempo não foi considerado como determinante para a percepção e significação dos pais, relativamente ao fenómeno em estudo, até porque “a interpretação de cada indivíduo é baseada no que

percebe como sendo a realidade – a realidade que é desenvolvida e construída durante uma vida ao receber, processar e interpretar a informação, no compromisso da interacção humana” (Streubert e Carpenter, 2002, p.4). E, considerando ainda que, um estudo de natureza qualitativa pressupõem um corte espaço-temporal do fenómeno em estudo (Neves, 1996).

2.2 – Participantes e Procedimentos Para Recolha De Dados

Os participantes desta investigação foram pais e mães, que receberam cuidados de Enfermagem durante o internamento pós-parto eutócico no serviço de obstetrícia do Centro Hospitalar do Porto, EPE., após o nascimento do primeiro filho, sem problemas de saúde e factores de risco associados quer à mãe, quer ao recém-nascido. Destes, através de uma amostragem teórica por selecção racional, isto é, intencional, foram escolhidos os casais denominados de, informantes privilegiados; porque, “ este método de seleccionar indivíduos para participarem num estudo baseia-se no seu conhecimento específico de um determinado fenómeno, com finalidade de partilhar esse conhecimento” (Streubert e Carpenter, 2002, p.66).

Através de contacto prévio com os mesmos foram seleccionados aqueles que se previa funcionarem como uma mais-valia para o estudo, de forma a obter o máximo de informação pertinente face aos objectivos delineados; acreditando na aptidão que os seleccionados terão “de testemunhar sobre a sua experiência ou de descrever o que interessa ao investigador, o que supõe uma motivação para participar e uma capacidade de se exprimir” (Fortin, 2009, p.149). Portanto, “ (...) de modo diferente da investigação quantitativa, não existe necessidade de recorrer a amostragem, uma vez que a manipulação, controle e generalização dos resultados não é intenção da pesquisa” (Streubert e Carpenter, 2002, p.25).

Para além disso, os participantes obedeceram a alguns critérios de inclusão, que se passa a expor: parto eutócico, puérpera e recém-nascido sem factores de risco e/ou patologias associadas, pais a coabitarem com recém-nascido e nacionalidade Portuguesa.

No que concerne ao número de participantes é necessário ter em linha de conta os poucos meses disponíveis para a concretização deste trabalho e que “uma amostra de grande tamanho é de evitar em investigação qualitativa, porque gera um enorme amontoado de dados, difícil de analisar” (Fortin, 2009, p.156). Contudo, a inclusão do número de participantes só se extinguiu quando foi possível atingir um conceito, denominado na literatura como: *saturação dos dados*, isto é, quando o acréscimo de participantes não adicionou nada de novo aos dados já obtidos; “isto significa que, mais do que a amostra ser um número específico de indivíduos para obter significado em alguma manipulação estatística, o investigador qualitativo procura a repetição e confirmação de dados previamente colhidos” (Streubert e Carpenter, 2002, p.26).

Após a selecção da amostra, segundo os enunciados supracitados, aquando da alta hospitalar foi pedido a esses pais a concessão da entrevista, no domicílio dos mesmos, até aos primeiros quinze dias de vida do recém-nascido. Durante este pedido informal foram-lhes comunicados os objectivos e finalidade do estudo, bem como garantida a confidencialidade dos dados recolhidos. Quando os mesmos concordaram em participar no estudo, foi-lhes pedido contacto telefónico naquele momento (sem recurso aos dados pessoais contidos nos processos clínicos), para agendamento da data para recolha de dados, uma vez que “os investigadores devem contactar com os participantes antes da entrevista a fim de os preparar para o encontro real e para responderem a qualquer pergunta preliminar” (Streubert e Carpenter, 2002, p.66).

Finalizando, segundo Fortin (2009), o sujeito pode ser influenciado nas suas respostas pelo lugar onde se desenrola a entrevista e, a mesma deve acontecer num contexto privado, calmo e agradável em que os participantes se sintam à vontade para responder às questões. Logo, o local escolhido para a realização da entrevista foi o domicílio dos participantes considerando que, este é provavelmente, o território no qual os mesmos se sentem mais seguros e protegidos, comparativamente à concessão da entrevista durante o internamento, pois algumas mulheres podem recusar-se a fornecer feedback sincero por medo de comprometer o seu cuidado, de alguma forma (Emmanuel, Debra e Fraser, 2001). Concordantemente Quivy (2008, p. 76), salienta que, “é preciso procurar que a entrevista se desenrole num ambiente e num contexto adequados. É inútil esperar uma entrevista aprofundada e autêntica se esta se desenrolar na presença de outras pessoas, num ambiente barulhento e desconfortável”.

Realizaram-se treze entrevistas, com vinte e seis participantes. Isto é, cada uma das entrevistas foi efectuada a duas pessoas: às puérperas e aos respectivos companheiros, pais do recém-nascido, o que perfaz um total de 26 participantes.

De seguida fez-se uma breve caracterização dos participantes; sendo que, a apresentação destes dados tem apenas um cariz informativo acerca da idade, escolaridade e estado civil. Os participantes tinham idades compreendidas entre os vinte e os quarenta anos. Relativamente à escolaridade, esta oscilava entre o 9º ano e a licenciatura. Por último, quanto ao estado civil, nove dos casais eram casados e os restantes viviam em união de facto.

Quadro 1: Caracterização dos participantes (idade e escolaridade).

	Idade (anos)				Escolaridade		
	[20-24]	[25-29]	[30-34]	[35-40]	9º ano	[9-12ºano]	Licenciatura
Feminino	2	6	5	0	0	4	9
Masculino	1	5	5	2	2	4	7

2.3 – Instrumento Para Recolha De Dados

Para este estudo o instrumento de recolha de dados mais adequado, face ao objecto de estudo é a entrevista. Esta “ é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo” (Bogdan e Biklen, 1994, p. 134).

A entrevista, para além disso, “permite entrar no mundo da outra pessoa e é uma excelente fonte de dados. A completa concentração e a participação rigorosa no processo de entrevista aumentam o rigor, a confiança e a autenticidade dos dados ” (Streubert e Carpenter, 2002, p.67).

A mesma caracteriza-se pela comunicação e interacção entre duas ou mais pessoas, da qual resulta uma verdadeira troca: o entrevistado exprime as suas percepções sobre um dado acontecimento ou situação, as suas reacções ou interpretações, enquanto o investigador facilita essa expressão, evita que ela se afaste dos seus objectivos e promove o máximo de autenticidade e profundidade (Quivy e Campenhoudt, 2003). Tendo em mente que, “o que se revela mais importante é a necessidade de ouvir cuidadosamente. Oíça o que as pessoas dizem. Encare cada palavra como se ela fosse potencialmente desvendar o mistério que é o modo de cada sujeito olhar para o mundo” (Bogdan e Biklen, 1994, p.137).

Para Ferrarotti (1985), tradicionalmente, a entrevista enquanto técnica de recolha de dados e de prova científica, tem sido submetida a críticas, especialmente no que diz respeito ao ponto de vista da subjectividade, pois, é considerada duplamente vulnerável: quer relativamente ao entrevistado, quer ao entrevistador. Contudo, para este autor, esta é a única técnica de levantamento de dados a que se pode recorrer em certas circunstâncias; pelo que considera que: “o entrevistador não só ouve o que o entrevistado diz, como, além disso, vê como o diz, capta a atmosfera da relação, as dificuldades do fluxo de comunicação, anota as contradições manifestadas, descobre os sentimentos e opiniões, verdadeiros e íntimos, que se escondem por trás de atitudes e sentimentos (...)” (Ferrarotti, 1985, p.97).

Coincidentemente, Bell (2004, p.137), advoga a adaptabilidade da entrevista como a sua grande vantagem, pois “um entrevistador habilidoso consegue explorar determinadas ideias, tentar respostas, investigar motivos e sentimentos, coisa que o inquérito nunca poderá fazer. A forma como determinada resposta é dada (o tom de voz, a expressão facial, a hesitação, etc.) pode transmitir informações que uma resposta escrita nunca revelaria”.

Tendo em conta as características supracitadas desta técnica de recolha de dados para Streubert e Carpenter (2002, p.27), “quando a entrevista é a principal estratégia de colheita de dados, é importante determinar como será conduzida”. Assim sendo, no conjunto das variantes da entrevista, a escolha recaiu sobre a entrevista semi-estruturada. A entrevista semi-estruturada supõe uma conversação continuada entre participante e pesquisador e deve ser dirigida por este de acordo com seus objectivos, isto é, “o investigador esforçar-se-á simplesmente por reencaminhar a entrevista para os objectivos cada vez que o entrevistado deles se afastar e por colocar as perguntas às quais o entrevistado não chega por si próprio no momento mais apropriado e de forma tão natural quanto possível” (Quivy, 2008, p.193).

Assim sendo, “distingue-se da entrevista estruturada no sentido em que esta, visando igualmente a recolha de informações, não considera de modo absoluto a ordem de aparição das informações no desenvolvimento do processo” (Lessard-Hébert, Goyette e Boutin, 2005, p.162).

Nesta variante da entrevista o entrevistado tem a possibilidade de discursar sobre o tema proposto, sem respostas ou condições predefinidas pelo pesquisador, sendo que, o guião da entrevista ou perguntas-guia, permitem que no decurso da mesma se possa acrescentar algumas questões e deixar outras de lado, assim como alterar a ordem das perguntas. Logo, embora haja uma lista de temáticas a abordar, as questões contemplaram respostas livres, sem escolhas predeterminadas, depreendendo-se assim que, o casal se exprimiu pelas suas próprias palavras, utilizando as expressões que desejou, segundo a ordenação que mais lhe conveio. Isto é, “ao entrevistado será permitida uma margem considerável de movimentos dentro desta estrutura. São feitas determinadas perguntas, mas os entrevistados têm a liberdade de falar sobre o assunto e de exprimir as suas opiniões” (Bell, 2004, p. 141); não existindo obrigatoriedade de resposta pela ordem que as mesmas foram anotadas, permitindo, “tanto quanto possível ‘deixar andar’ ”o entrevistado para que este possa falar abertamente, com as palavras que desejar (Quivy, 2008, p.192).

Na primeira parte, a entrevista consiste numa breve caracterização dos participantes, que inclui: idade, escolaridade, estado civil e, a segunda parte na procura de respostas aos objectivos do estudo.

Foram realizadas duas entrevistas exploratórias, de modo a otimizar a proposta para o guião da entrevista, na medida em que as mesmas têm “como função principal revelar determinados aspectos do fenómeno estudado em que o investigador não teria espontaneamente pensado por si mesmo e, assim, completar as pistas de trabalho sugeridas pelas suas leituras” (Quivy, 2008, p.69). E, se necessário, “alterar progressivamente a configuração das entrevistas, à medida que o estudo avança, a fim de incluir cada vez mais questões que pressuponham uma análise” (Albarello *et al.*, 1997, p. 99). Em suma, o objectivo das entrevistas exploratórias realizadas consistiu em verificar se as perguntas inscritas na entrevista “(...) estão rigorosamente relacionadas entre si e se, no caso de obterem resposta, satisfazem as necessidades de dados e informações determinadas pelos objectivos do trabalho” (Ferrarotti, 1985, p.100); e, ainda segundo o mesmo autor, analisar a entrevista da perspectiva do entrevistado, isto é, perceber se são suficientemente claras que facilitem a resposta. Assim considera-se que, “é nesta etapa que

um investigador se encontra quando tenta saber que tópicos e áreas são importantes (...). Nesta etapa procura pistas quanto às áreas a explorar ou a abandonar”(Bell, 2004, p.140).

Resumidamente, poder-se-á depreender que, “a informação é cumulativa, isto é, cada entrevista, determina e liga-se à seguinte” (Bogdan e Biklen, 1994, p.136), com objectivo final de poder “inferir algo, através dessas palavras, a propósito de uma realidade (...) representativa de uma população de indivíduos ou de um grupo social” (Bardin, 2009, p.90); mas, o mesmo autor refere ainda que, é ainda particularmente notável nas entrevistas encontrar pessoas na sua unicidade.

2.4 – Estratégias Para Análise Dos Dados

O ponto de partida da análise deverá ser o seguinte: “a seguir a uma entrevista, os investigadores devem ouvir imediatamente a gravação (...). Quando a colheita de dados começa, inicia-se igualmente a análise de dados. A partir do momento em que os investigadores comecem a ouvir as descrições de um determinado fenómeno, a análise está ocorrendo. Estes processos são inseparáveis” (Streubert e Carpenter, 2002, p.68).

Porém, durante esta etapa da investigação é imprescindível considerar determinadas características específicas resultantes das entrevistas, tais como: “a riqueza desta fala, a sua singularidade individual, mas também a aparência por vezes tortuosa, contraditória, ‘com buracos’, com digressões incompreensíveis, negações incómodas, recuos, atalhos, saídas fugazes ou clarezas enganadoras ”(Bardin, 2009, p. 90). Isto porque, embora haja várias formas de conduzir e estruturar entrevistas, quaisquer delas, que se insiram no âmbito da investigação com o propósito de produzir novo conhecimento “devem ser registadas e integralmente transcritas (incluindo hesitações, risos, silêncios, bem como estímulos do entrevistador) ” (Bardin, 2009, p.89), para permitir a optimização dos resultados obtidos através da análise dos dados.

Assim, na sequência do raciocínio supracitado, decidiu-se que as respostas obtidas durante a realização das entrevistas seriam gravadas em áudio, até porque, “com base na experiência, podemos afirmar que uma grande parte dos dados recolhidos se perde irremediavelmente, se o registo dos mesmos não for feito imediatamente, no decurso da própria entrevista” (Ferrarotti, 1985, p.100). Posteriormente, foram transcritas para um documento em formato Microsoft Office Word, pois “as transcrições são os principais ‘dados’ de muitos estudos de entrevista” (Bogdan e Biklen, 1994, p.172); e ainda, porque, o material resultante da transcrição foi alvo de várias leituras atentas e activas, de modo a permitir a inventariação dos temas relevantes do conjunto, ideologia e conceitos mais utilizados (Amado, 2008). Este procedimento é defendido por vários autores, contudo, parece pertinente acrescentar aos autores supracitados, a seguinte afirmação de Streubert e Carpenter (2002, p.69): “a seguir à colheita de dados e à transcrição do verbatim, os investigadores, para assegurarem o rigor, devem ouvir as gravações enquanto lêem as descrições. Esta etapa ajudará a familiarizá-los com os dados e a começar a imergi-los no fenómeno em estudo”.

Assim sendo, concomitantemente com o processo de recolha de dados, existe a confrontação com a necessidade de explanar o seu processo de análise. A opção incidu sobre a análise de conteúdo. Esta técnica confere a possibilidade de tratar, de forma metódica, informações e testemunhos, dotados de um certo nível de profundidade e complexidade, de que é exemplo o conteúdo proveniente das entrevistas semi-estruturadas (Quivy e Campenhoudt, 2003).

Como definição de análise de conteúdo aceita-se a seguinte premissa: “um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações” (Bardin, 2009, p.33). Acrescendo que “melhor do que qualquer outro método de trabalho, 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”(Quivy, 2008, p. 227); principalmente porque “ a leitura efectuada pelo analista, do conteúdo das comunicações, não é, ou não é unicamente, uma leitura ‘à letra’, mas antes o realçar de um sentido que se encontra em segundo plano ” (Bardin, 2009, p.43).

Para Bogdan e Biklen (1994), a análise envolve a organização, síntese e transformação dos dados em unidades manipuláveis, resultantes da procura de padrões. Logo tornou-se necessário prosseguir o tratamento dos dados existentes com recurso a um processo de codificação, isto é, “o processo pelo qual, os dados brutos são transformados e agregados em unidades, por forma a permitir uma representação do seu conteúdo, ou da sua expressão, susceptível de esclarecer o analista acerca das características (...) relevantes do conteúdo” (Bardin, 1977, p. 103).

É importante salientar que, com o desenvolvimento deste trabalho não se pretendeu a quantificação dos 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); organizando o material recolhido por temas, que orientam o agrupamento dos dados emergentes em unidades que descodificam significados. E, por tema entende-se: “unidade de registo para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências, etc. As respostas a questões abertas, as entrevistas (não directivas ou mais estruturadas) individuais ou de grupo (...) são frequentemente, analisadas tendo o tema por base ” (Bardin, 2009, p.131).

Este processo poder-se-á traduzir pela denominação de sistema de codificação, o que envolve as seguintes etapas: procura de regularidades e padrões presentes nos dados que serão, em seguida, representados por palavras e frases, constituindo estas, à posteriori, as categorias de codificação (Bogdan e Biklen, 1994); processo este que tem como principal objectivo “fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados em bruto” (Bardin, 2009, p.147).

2.5 – Considerações Éticas

“A primeira reflexão ética deve surgir no momento da decisão do problema a investigar. O facto de que os trabalhos de investigação interferem com seres humanos, deve estar presente na mente do investigador, impedindo-o de iniciar trabalhos cujo âmbito fuja à sua capacidade de resposta profissional” (Martins, 2008, p.64). Para além disso, o mesmo autor sublinha ainda que, dever-se-á prever que a temática escolhida cumprirá o fim último de

poder fazer avançar a ciência, ou então dar resposta a problemas concretos do exercício profissional. Parece importante, nesta perspectiva ética destacar a temática eleita pois, “numa realidade humana como a Enfermagem, é imperativo que os enfermeiros adoptem uma tradição de investigação que forneça os modos mais significativos de descrever e compreender as experiências humanas” (Streubert e Carpenter, 2002, p. 3).

Após a concretização do projecto de investigação inerente a este trabalho de investigação foram diligenciadas acções para cumprir todos os requisitos necessários para a concessão da autorização do Conselho de Administração do CHP, EPE., sem a qual, não era possível prosseguir com a investigação.

No pedido de autorização ao Conselho de Administração constou, na íntegra, o projecto de investigação, bem como todos os termos de responsabilidade e autorizações dos responsáveis pelas unidades com interferência no processo de investigação, para além de todo o preenchimento da listagem de documentos de trabalhos de investigação que conferem grau académico, exigidos pelo departamento de ensino, formação e investigação do Centro Hospitalar do Porto, EPE. Após esta permissão procedeu-se à recolha, análise e discussão dos resultados obtidos, garantindo os pressupostos éticos, nos quais se inclui o consentimento informado dos participantes e a garantia que todas as informações não violam o direito dos mesmos à confidencialidade dos dados.

O consentimento informado assinado pelos participantes foi conforme o modelo que consta na listagem de documentos de trabalhos de investigação que conferem grau académico, exigidos pelo departamento de ensino, formação e investigação do Centro Hospitalar do Porto, EPE. Contudo, para além dos itens nele já contemplados foi, também, pedida autorização para proceder à gravação da totalidade da entrevista, de modo a que a mesma fosse posteriormente, transcrita para papel e disponibilizado o meu contacto telefónico e o endereço electrónico, para que os participantes possam ter acesso aos resultados do estudo. Isto porque, a comunicação dos resultados é a afirmação lógica do esforço que será desenvolvido, no sentido de evidenciar o contributo pessoal, teórico e/ou prático (Fortin, 2003). No caso específico do mestrado, inclui a elaboração de uma tese, a qual será defendida publicamente, para a obtenção do grau de mestre, que será posteriormente concedida aos participantes no estudo, pois, “os resultados finais da investigação deveriam também ser comunicados, sempre que possível, aos doentes/utentes que nela participaram, particularmente se houver benefícios só aplicáveis a outras pessoas” (Graça cit. por Martins, 2008, p.66).

Ainda, no que concerne aos resultados obtidos foi sempre considerado que, “é mais fácil reconhecer que os nossos pontos de vista podem imiscuir-se numa análise de dados do que evitar que tal aconteça”(Bell, 2004, p.142); para tal, é imprescindível “uma análise isenta e rigorosa com real suporte nos dados recolhidos. Só assim se podem extrair conclusões válidas, e por isso, mais pertinentes. Uma das mais valiosas características que pode ter o investigador é, sem dúvida, a humildade, que permitirá reconhecer a possibilidade de erro e colocar em dúvida metódica as conclusões” (Martins, 2008, p.65).

Assim, durante todo o desenvolvimento do estudo, prevaleceu a preocupação constante pelo respeito dos princípios éticos, que advém de uma investigação com sujeitos humanos: consentimento informado, manutenção da confidencialidade e protecção contra eventuais danos (Quivy e Campenhoudt, 2003).

3. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS – PERSPECTIVA PARENTAL

O seguinte quadro geral apresenta a sistematização dos dados obtidos, com objectivo de facilitar a sua rápida visualização.

Quadro 2: Dimensões, categorias e subcategorias em análise.

<u>DIMENSÕES</u>	<u>CATEGORIAS</u>	<u>SUBCATEGORIAS</u>
<u>EXPERIÊNCIA DA PARENTALIDADE NAS PRIMEIRAS 48 HORAS PÓS-PARTO</u>	Características do Processo de Transição Maternal	- Fatigante - Ambivalente
	Características do Processo de Transição Paternal	- Observante - Secundário
<u>NECESSIDADES DE CUIDADOS</u>	Aquisição de Competências Parentais	-Amamentação -Banho do recém-nascido -Coto umbilical -Cólicas
	Vigilância de Saúde da Mulher	- Cuidados perineais - Lóquios -Reinício actividade sexual - Cuidados com as mamas
	Parceria nos Cuidados	- Papel parental - Relações de poder
	Suporte Emocional	- Rede de apoio familiar - Partilha de experiências
<u>PAPEL DO ENFERMEIRO - UMA PERSPECTIVA PARENTAL</u>	Competências Técnico-Científicas e Relacionais	- Disponibilidade - Continuidade na prática dos cuidados - Individualização dos cuidados

3.1 Experiência da Parentalidade nas Primeiras 48 Horas Pós-Parto

Na dimensão “Experiência da Parentalidade nas Primeiras 48 Horas Pós-Parto” emergiram categorias maternas e paternas. Destas categorias obtiveram-se subcategorias resultantes da forma como cada uma das figuras parentais, por género, descreveram o processo que vivenciaram e quais os significados que eles próprios atribuíram a esta experiência de vida, tal como é possível observar no quadro que se segue.

Importa compreender precocemente o sentido que os progenitores atribuem a esta transição e a Teoria das Transições proposta por Meleis sugere que se recorra aos padrões de resposta, através dos quais é possível avaliar a forma como é encarado o momento crítico.

Quadro 3: Experiência da Parentalidade nas Primeiras 48 horas Pós-Parto.

Dimensão	Categoria	Subcategoria
Experiência da Parentalidade nas Primeiras 48 horas Pós-Parto	Características do Processo de Transição Maternal	- Fatigante - Ambivalente
	Características do Processo de Transição Paternal	- Observante - Secundário

3.1.1 Características do Processo de Transição Maternal

A análise dos depoimentos permitiu que da categoria “Características do Processo de Transição Maternal” emergissem as seguintes subcategorias: fatigante e ambivalente.

À medida que a mulher se adapta ao seu papel materno podem ser observadas três fases evidentes, representadas por: comportamentos dependentes, comportamentos dependentes-independentes e comportamentos interdependentes (Lowdermilk e Perry, 2008).

3.1.1.1 Fatigante

A gravidez, parto e puerpério compõem uma das fases críticas de transição do ciclo de vida humano e representam verdadeiros períodos de desenvolvimento da personalidade e crescimento emocional (Torre, 2001). Mas, para além disso, parece ser consensual que a fadiga acompanha os primeiros tempos de adaptação às exigências deste novo estatuto que é a maternidade.

Das mulheres entrevistadas oito referiram sentir que a fadiga, entendida como cansaço físico foi atributo dos dias em que estiveram internadas.

Torre (2001), denomina o intervalo de tempo, entre o primeiro e o segundo dia, como período de introspecção ou fase de adaptação, caracterizando a mulher como passiva, dependente e muito necessitada de protecção e apoio. Para este autor é durante estes dias que a mulher, mais frequentemente revê a sua experiência do trabalho de parto e parto e acrescenta ainda que, o sono ininterrupto é importante neste espaço de tempo, uma vez que, muitas puérperas apresentam efeitos de privação do sono, fadiga, irritabilidade, tal como referem nos seguintes testemunhos: “...fisicamente é extenuante...” (E1); “...parecia que havia momentos que estava noutra planeta, talvez fosse do cansaço...” (E2); “...tem-se cansaço físico pela falta de horas de descanso...” (E6); “...não é fácil ser-se mãe pela primeira vez, os dias iniciais são muito trabalhosos, com muito cansaço à mistura, é preciso

ter muita paciência...” (E7); “...nós também precisamos de descanso...” (E9); “...não sei se foi por estar a dormir pouco que me sentia tão fatigada...” (E11); “...depois de ter o bebé há uma série de dificuldades que temos que ultrapassar pela primeira vez e muitas vezes sem dormir quase nada, é muito cansativo.” (E12).

As primeiras 24 a 48 horas, após o nascimento são caracterizadas por necessidades de dependência, satisfeitas por outros. “Durante 24 horas após o parto, mulheres adultas e aparentemente saudáveis parecem suspender a sua participação nas actividades 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” (Lowdermilk e Perry, 2008, p.530).

Esta característica do processo de transição maternal é narrada por Branden (2000), quando afirma que na primeira semana de puerpério, a mulher costuma apresentar fadiga. As últimas semanas da gravidez, o esforço exaustivo do trabalho de parto e as bruscas alterações hormonais, bem como as solicitações do recém-nascido contribuem para essa fadiga puerperal. Assim, os padrões de sono e repouso devem ser avaliados, tendo em mente que as necessidades de descansar e dormir variam de indivíduo para indivíduo.

Para Santiago (2009), esta primeira etapa que tem lugar durante o internamento pós-parto e que denomina como sendo de incorporação sucede entre o primeiro e o segundo dia após o nascimento. Este autor caracteriza-a por uma maior dependência física da mãe, que necessita do apoio dos profissionais de saúde no que concerne à satisfação das suas próprias necessidades, o que é concordante com as perspectivas de Lowdermilk e Perry (2008), Torre (2001) e Branden (2000).

Portanto, pela análise do conteúdo exposto é possível entender-se que, “as necessidades físicas, carência alimentar e o bem-estar da nova mãe, terão de ser entendidas pela equipa de saúde e depois, sim, a nova mãe será capaz de atender às necessidades do recém-nascido” (Torre, 2001, p.24).

3.1.1.2 Ambivalente

A forma como a mulher se sente em relação a si própria e ao seu corpo durante o puerpério pode afectar o seu comportamento e adaptação ao processo de maternidade. No

período de pós-parto imediato, a mulher encontra-se perante uma situação muito particular, onde tem lugar a readaptação fisiológica que ocorre, designadamente, por via hormonal e resulta num aumento da sensibilidade emocional.

É ainda neste período que todo o processo de identificação com o bebé real e de separação psicológica do bebé imaginário deve, paralelamente ocorrer, para além do ajustamento psicológico da auto-imagem e da construção das novas relações familiares. Estas súbitas alterações podem provocar um estado de confusão, letargia, ansiedade, que sendo frequentemente auto limitadas, podem noutras situações evoluir desfavoravelmente (Alves, 2008).

Várias mulheres foram peremptórias ao afirmarem que a vivência destes dois primeiros dias pós-parto foi ambivalente, isto é, se por um lado os sentimentos de alegria e felicidade eram bem patentes, por outro e inexplicavelmente, surgiam sentimentos antagónicos, como por exemplo, o choro, a sensibilidade emocional e a estranheza, tal como é possível conferir: *“...naqueles primeiros dias, eu estava feliz, mas às vezes só queria chorar...estava muito sensível, esquisita, diferente...”* (E2); *“...os filhos não vêm com livros de instruções e uma pessoa tem que se adaptar, porque é tudo novo, ainda é tudo estranho, tem um lado muito bom e outro, digamos que, menos bom...”* (E3); *“...eu sentia-me bem e sabia que estava tudo a correr bem connosco, mas por outro lado estava um bocadinho mais sensível, qualquer coisita, às vezes, chorava logo e sem motivo nenhum. ”* (E5); *“...senti-me um bocadinho nas nuvens, mas apesar dessa felicidade, às vezes, dava-me para ficar triste sem saber o porque e depois parecia regressar à consciência. Era uma moeda de dupla face. É mais um estado de alma do que físico, é um estado de alma...nem sei bem, é tudo estranho.”* (E6); *“...precisava de um bocadinho de atenção, nem sei muito bem para quê, mas precisava ... sentia-me muito diferente, esquisita, nem sei explicar bem o que era, mas estava bem.”* (E11).

O nascimento do primeiro filho é, portanto, um acontecimento que exige recurso a ajudas externas, nas quais se incluem os profissionais de saúde. Torna-se essencial que os enfermeiros estejam despertos para esta fase da transição maternal e que saibam que “ (...) o analisar e aceitar as experiências vividas, permite aos pais passarem para a fase seguinte (Torre, 2001). Por outras palavras, “ a fase dependente é uma altura de grande entusiasmo, durante a qual os pais necessitam de verbalizar a sua experiência de gravidez e nascimento” (Lowdermilk e Perry, 2008, p.530). Para além disso “nesta fase a ansiedade e

preocupação com o novo papel limita muitas vezes a mãe à retenção de informação“ (Torre, 2001, p.24).

Esta etapa é considerada uma apropriação à realidade do nascimento do filho, isto é, existe uma ambiguidade no que concerne à percepção real que o bebé nasceu e à consciencialização desse facto. Embora saibam que o filho já nasceu ainda se encontram a integrar essa mesma informação, tal como se verifica nestes excertos: “...sentia, do género, que não existia mais ninguém no mundo sem ser eu e o meu filho, eu acho que quando cheguei estive imenso tempo só a olhar para ele ali muito concentrada... naquelas primeiras horas a pessoa fica tipo noutra mundo, noutra realidade, meia aluada, no ar até assentar, até dizer ok, eu já tive o meu filho agora é preciso fazer isto, fazer aquilo e é um mundo de sensações novas...” (E9); “Não percebi logo que ele tinha nascido, demorei algumas horas a perceber que o bebé já não estava dentro de mim, parecia estar meio atordoada, tipo: ele já nasceu, é mesmo realidade, já não o tenho na barriga. É um bocado esquisito ao início.” (E10).

A puérpera primigesta espera da Enfermagem atenção, paciência, estar junto, dar apoio e orientação nesta fase de adaptação, que ela considera uma experiência única na sua vida. “A mãe expõe seus temores, dúvidas, angústias, dificuldades e expectativas diante desse acontecimento nunca antes experienciado, ou seja, explicita que precisa de um vínculo de suporte confiável, em meio a tantas modificações e sensações novas” (Alves *et al.*, 2007, p.224).

Todas estas etapas de desenvolvimento vividas pela mulher no percurso da maternidade ir-se-ão manifestar em novas competências psicológicas e sociais, entre as quais, a construção de uma identidade materna própria contextualizada às diferentes dimensões envolventes como: “ (...) a relação conjugal, a dinâmica familiar, as características do bebé, a profissão, as condições socioeconómicas existentes, a cultura e a sua própria personalidade e estado de saúde” (Santiago, 2009, p.26).

3.1.2 Características do Processo de Transição Paternal

A família é um grupo de referência para o indivíduo, desde que nasce até que morre. Deste modo, é na família que o indivíduo inicia o seu processo de socialização e adquire atitudes, valores e habilidades necessárias para desempenhar o seu papel social (Relvas, 2007).

Contudo, no ocidente, nos últimos cinquenta anos, a família modificou as suas dimensões e tem vindo a organizar-se de formas diversas segundo novos valores. Por outro lado, as famílias actualmente sofrem tensões nos papéis parentais que desempenham devido a terem que acompanhar o ritmo de vida mais acelerado e com mais exigências, desempenhando inúmeras tarefas em simultâneo (Relvas, 2007).

A pressão económica e a revolução feminina podem ser encaradas como factores predisponentes para a alteração dos papéis que a mulher e o homem assumiam enquanto membros da família. O facto de as mulheres procurarem cada vez mais emprego fora de casa obriga a que os homens se tornem mais participativos. Assim sendo, as circunstâncias sociais têm um papel preponderante na mudança.

Curiosamente para Leal (2005), as novas formas de família e as técnicas de reprodução medicamente assistida são outros dos factores que importam salientar na perspectiva do aumento da participação masculina na partilha dos cuidados aos filhos, transferindo o papel paternal de cariz obrigatório, para um de âmbito intencional e mais independente ou melhor dependente da individualidade de cada progenitor. Hoje em dia, os pais estão muito mais envolvidos na educação das crianças do que costumavam estar, sendo cada vez mais comum uma participação completa em todos os aspectos da educação das crianças.

No contexto Português observa-se uma crescente valorização do papel do pai. O Estado Português considera a maternidade e a paternidade como valores sociais eminentes, constitucionalmente tutelados, cuja protecção compete à sociedade e ao Estado. A lei define que os pais são iguais em direitos e deveres quanto à manutenção e educação dos filhos, garantindo à mãe direitos especiais relacionados com o ciclo biológico da maternidade (Lei 99/2003, de 27 de Agosto).

A lei de protecção à maternidade e paternidade prevê para o pai a licença de paternidade (5 dias úteis seguidos ou intervalados, a gozar no primeiro mês a seguir ao nascimento do filho), e a licença parental (15 dias na primeira quinzena, ou um período equivalente, quando gozados imediatamente a seguir à licença de maternidade, paternidade ou licença de 5 dias úteis). Esta lei faz ainda referência à possibilidade do pai gozar do direito a subsídio de paternidade, igual àquele que a mãe teria direito, em casos de incapacidade da mesma, morte ou decisão conjunta dos pais. A licença para amamentação prevê o direito de ausência quer para a mãe quer para o pai, em dois períodos de uma hora até o filho perfazer um ano de idade (Lei 99/2003, de 27 de Agosto).

3.1.2.1 Observante

O período logo após o nascimento é um dos momentos mais importantes para a tríade, pois ocorre um "(...) trabalho emocional que pode não ser menos significativo do que o duro trabalho físico precedente (...)" (Kitzinger, 1984, p. 188).

No entanto, este tempo de encontro, muitas vezes, não é possibilitado aos pais por razões inerentes à orgânica dos serviços hospitalares. Parke citado por Klaus, Kennell e Klaus (2000) refere que neste período existem muitas aprendizagens que ocorrem entre a mãe e o recém-nascido e que o pai deve ser incluído, de modo a desenvolver o interesse e o sentimento de pertença ao bebé, como também desenvolver os tipos de habilidades que a mãe desenvolve.

Os pais desenvolvem o processo de vinculação e este mantém-se pela proximidade e interacção com o bebé. Familiarizam-se e identificam o filho como um indivíduo e reconhecem-no como o novo membro da família. Durante este reconhecimento, os pais examinam cuidadosamente o seu bebé, destacando as características externas e partilham-nas com os outros elementos da família (Lowdermilk e Perry, 2008).

O processo de vinculação é facilitado pelo reforço positivo, ou seja, pelas reacções sociais, verbais e não verbais que explicitem a aceitação de um parceiro pelo outro. Contudo parece não ser esta a postura assumida pela equipa de Enfermagem aquando da prestação de cuidados, uma vez que, os pais referem que: *"o meu papel foi observar, tentar aprender por observação, naquele contexto também não tinha oportunidade para muito mais..."* (E2); *"...enfermeira, bebé e a mãe, portanto eles os três interagem e eu só observava ..."* (E9); *"...quando prestavam os cuidados eu ficava ali só a ver..."* (E11).

A alimentação do recém-nascido parece ser muito significativa tanto para a mãe como para o pai, daí que a decisão do tipo de alimentação da criança deverá ser entendida enquanto um assunto do casal e não só unilateralmente, pois tem vindo a ser demonstrado que o pai participa na eleição do método de alimentação, podendo ser um eficaz promotor ou, pelo contrário, detractor do aleitamento materno (Maldonado *et al.*, 2004). Por isso, incluir o pai no processo de amamentar e estimulá-lo a ter um papel activo e participativo parece ser positivamente significativo.

Segundo Klaus, Kennell e Klaus (2000, p. 95), mesmo que o bebé não seja amamentado, o importante é que o acto da alimentação seja uma "(...) experiência calorosa

e amorosa para ambos os pais (...) e que segurem o bebé em seus braços e olhem para ele, de forma que o acto da alimentação passe a ser um momento em que estão juntos, e não uma experiência impessoal”.

Muitos pais sentem-se, de certa forma, excluídos do processo de amamentação pois, efectivamente, esses não amamentam o seu filho, contudo tal como afirmam Klaus, Kennell e Klaus (2000), se a mãe se responsabilizar pela alimentação do bebé, todos os outros ‘prazeres’ podem ficar ao encargo do pai, como por exemplo colocar o bebé a eructar, dar banho, acalmá-lo, brincar, alimentar o bebé com leite materno quando a mãe voltar a trabalhar, entre outros.

3.1.2.2 Secundário

No passado pensava-se que, apenas as mulheres nasciam com aptidões inatas para desempenharem o papel maternal como uma necessidade biológica, muitas vezes, denominada de “instinto maternal”. No entanto, não existe evidência científica que tal premissa seja verdadeira. Segundo Schaffer (1996), este tipo de segregações não ocorrem universalmente, visto que, fora do contexto ocidental existem culturas nas quais os homens, tradicionalmente, participam por inteiro na educação dos filhos.

No entanto, a mulher foi desde sempre actriz principal neste processo de parentalidade, tendo-se subjugado o papel do pai para um âmbito mais secundário. Concordantemente, os entrevistados afirmam que: *“ o papel do pai na sociedade actual ainda é visto como uma ajuda e não como um papel principal...nós não podemos ficar lá, e este é um dos handicaps...essa seria a parte mais fundamental para nós, que também me tivesse sido facultada a possibilidade lá ficar.”* (E3); *“...a mãe e o bebé são os actores principais daqueles momentos, eu era uma figura secundária...não me recordo de nenhuma enfermeira ter ido lá explicar determinado passo e me ter chamado – pai venha ver – não me recordo.”* (E9).

Porém, tem surgido interesse na comunidade científica em perceber como o exercício do papel paternal influencia o desenvolvimento da criança, o envolvimento materno e o próprio pai, enquanto pessoa.

De acordo com Lamb (1992), os pais enriquecem o desenvolvimento positivo dos filhos, tal como a mãe, portanto este processo pode ser encarado de forma independente do masculino/feminino (cit. por Leal, 2005).

Para Leal (2005), embora haja estudos que indicam determinantes de género que influenciam as diferenças no exercício da parentalidade, este tipo de pensamento guiado pelo determinismo biológico sofreu diversas críticas e é pela comunidade científica pouco aceite. Contudo, ainda se mantêm-se enraizados nas práticas de cuidados, uma vez que: *“não fui abordado por nenhum profissional de saúde...não tive nenhum tipo de abordagem profissional. Parecia que eu não era essencial ali.” (E4); “Não me excluíram quando iam prestar cuidados, mas também não me integraram.” (E11); “...nem sempre existe o esforço para chamar o pai a integrar os cuidados. O pai é alguém que parece aparecer ali de vez em quando e o cumprimentam...realmente é tudo muito centrado na mãe e no bebé.” (E13).*

Ser pai está associado ao conceito de maturidade (Canavarro, 2006), iniciando-se o processo de interiorização com o desejo de ter um filho (Leal, 2005). As crenças e os sentimentos do homem acerca do pai e da mãe ideais, assim como a expectativa cultural sobre o comportamento mais adequado durante a gestação condicionam as suas atitudes face às necessidades da companheira e posteriormente, na relação com o filho.

O homem parece estar a tornar-se “(...) mais possessivo com relação a seus direitos paternais (...)” (Leff, 1997, p.56). Lamb (1992), identificou quatro determinantes que condicionam o envolvimento paterno: motivação, competência/auto-confiança, suporte (sobretudo da parceira) e práticas institucionais (cit. por Leal, 2005). Enquanto alguns homens apresentam um comportamento de contentamento e envolvimento total, outros demonstram sentimentos de solidão e progressivo afastamento à medida que o envolvimento físico e emocional entre a mulher e o seu filho aumentam.

Após a confirmação da gestação, o casal prepara-se para integrar um novo elemento na sua relação, sobretudo quando se trata do primeiro filho. Até então, a companheira era percebida como parceira romântica e amiga, com a gestação passará a ser identificada como a mãe do seu filho e com a qual irá partilhar a responsabilidade de o cuidar e educar (Canavarro, 2006).

Ao casal está inerente um processo de desenvolvimento de novos papéis, uma transição do que até então era uma díade para uma tríade. O casal irá reajustar a sua relação ao nível afectivo, das actividades quotidianas e de relacionamento sexual. De acordo com Leal (2005, p. 242), há uma necessidade de “(...) flexibilizar a aliança conjugal

para formar a aliança parental (...). Esta aliança deve proporcionar apoio emocional, partilha de tarefas domésticas, cuidados ao filho e à mulher (se esta necessitar), tomada de decisão acerca de aspectos financeiros, profissionais e educação do filho, sendo que, o apoio do marido parece estar retratado como papel de suporte (Torre, 2001) e quanto mais elevado for o nível de envolvimento paterno maior será a satisfação do casal (Leal, 2005).

Consequentemente, o plano de cuidados desenvolvido para além de individualizado deve identificar qual o nível de envolvimento que o pai deseja adoptar e reforçar que cabe ao casal escolher a melhor forma de apoio mútuo e decidirem o modo como querem vivenciar a parentalidade. O contexto sócio-cultural no qual são estabelecidas as relações mãe/pai e recém-nascido devem também ser considerados, visto que, actualmente, vão sendo cada vez mais raros os modelos de parentalidade observados com proximidade, o que por sua vez, contribui para que este projecto seja algo experienciado como totalmente novo e sem padrões de referência.

A adaptação ao papel parental, em ambos os sexos e apesar das diferenças individuais de cada um dos progenitores é um processo que exige capacidades de ajustamento e adaptação ao acontecimento de crise desencadeado pelo nascimento de um filho.

3.2 Necessidades de Cuidados

A dimensão "Necessidades de Cuidados" compreende as seguintes categorias: aquisição de competências parentais, vigilância de saúde da mulher, parceria nos cuidados, o suporte emocional e a partilha de experiências.

A dimensão em análise resultou da identificação das necessidades de cuidados que os entrevistados reconheceram e verbalizaram como imprescindíveis no período em estudo do processo de transição para a parentalidade.

Tendo em conta a Teoria das Transições, adoptada como referencial teórico de suporte a este trabalho, entende-se que: uma transição saudável é determinada pela mestria demonstrada no domínio de competências e comportamentos necessários para lidar com novas situações.

Quadro 4: Necessidades de Cuidados de Enfermagem

DIMENSÃO	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
Necessidades de Cuidados	Aquisição de Competências Parentais	-Amamentação -Banho do recém-nascido -Coto umbilical -Cólicas
	Vigilância de Saúde da Mulher	- Cuidados perineais - Lóquios -Reinício actividade sexual - Cuidados com as mamas
	Parceria nos Cuidados	- Papel parental - Relações de poder
	Suporte Emocional	- Rede de apoio familiar - Partilha de experiências

3.2.1 Aquisição de Competências Parentais

As necessidades expressas, no que se refere à categoria “Aquisição de Competências Parentais” estão fundamentalmente associadas aos cuidados com o recém-nascido. Neste sentido, evidenciam-se as seguintes sub-categorias: dificuldades em relação à amamentação, aos cuidados higiene ao recém-nascido, aos cuidados ao coto umbilical, bem como dificuldades em lidar com a cólica do recém- nascido.

Estas dificuldades são relatadas pelas puérperas e pelos respectivos companheiros, o

que confirma, no nosso estudo, que o período de puerpério é uma etapa carregada de transformações, que nem sempre são antecipadamente previstas e, como tal, o nascimento do primeiro filho implica uma reestruturação e adaptação à nova situação (Torre, 2001).

3.2.1.1 Amamentação

A amamentação constitui um processo na transição para a parentalidade que exige um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos que se relacionam com o seu sucesso.

Durante o processo de transição para a parentalidade, a amamentação pode ser considerada como um evento crítico, que segundo Gladys *et al.* (2007), para ser superado deverá incorporar a aquisição de competências práticas e conhecimentos teóricos, com o objectivo de atingir a mestria e a integração fluida, defendidas por Meleis *et al.*, (2000).

Nos depoimentos é possível identificar, claramente, esta necessidade de aquisição de competências para lidar com esta dificuldade, sendo traduzida pelas puérperas da seguinte forma: *“O principal motivo pelo qual precisei de ajuda foi na questão da amamentação...”* (E3); *“A maior dificuldade e dúvidas que tive foram mais baseadas na amamentação do que propriamente outro tipo de cuidado.”* (E4); *“Normalmente, quando chamava pelas enfermeiras era por causa de ele mamar, era sempre por isso...”* (E5); *“Precisei de ajuda para dar de mamar, que é um bocado complicado.”* (E8); *“As dúvidas que mais surgiram foram relativamente à amamentação...”* (E9); *“A minha principal dificuldade foi a amamentação...estávamos muito concentrados nas dificuldades da amamentação...”* (E11); *“No início tive um bocado de dificuldades por causa da amamentação.”* (E13).

Amamentar era, tradicionalmente, o padrão normal de comportamento, porém, na actualidade verificam-se estilos de vida diferentes, com modelos e hábitos de aleitamento artificial e conseqüentemente puérperas sem experiência e desconhecedoras dos aspectos práticos da amamentação, tal como é possível perceber, através dos seguintes indicadores: *“Necessitei de apoio para pôr o bebé na mama e a mama no bebé, pronto, aqueles ajustes práticos”* (E6); *“Tinha dúvidas relativamente a aspectos práticos da amamentação”* (E12).

Maldonado *et al.*, (2004) realizaram um estudo, através do qual identificaram que, o facto de muitas mulheres nunca terem tido oportunidade de observar uma mãe a amamentar é dos condicionantes que mais propiciam insegurança sobre as suas competências e necessidade de informação prática sobre a amamentação.

A decisão de amamentar consiste numa decisão pessoal mas, concordantemente, com o supracitado Lévy e Bértolo (2008) sustentam que, a mesma está sujeita a influências resultantes da socialização de cada mulher. Se uma mulher cresceu num ambiente aleitante, ou seja, o aleitamento materno era praticado de forma natural, se foi amamentada, se viu outras mulheres a amamentar os seus filhos e reúne experiências positivas relacionadas com a amamentação, é provável que repercuta essas experiências na sua decisão.

Para além dos factores enumerados, outros há que influem na escolha do método pretendido para alimentar o bebé e que dizem respeito, essencialmente, ao suporte familiar, social e profissional, podendo ser decisivos no sucesso do aleitamento materno. Por outro lado, o outro elemento da díade – o bebé – desempenha também um papel fundamental no estabelecimento da amamentação, pelas suas características individuais. Algumas puérperas referiram exactamente isso: *“...o bebé não estava a conseguir pegar no peito e depois ficava muito irritado com isso e só chorava...”* (E1); *“A maior dificuldade que tive foi em ajudar o bebé a fazer uma pega correcta...”* (E7); *“ O mais complicado foi eu perceber como é que se dá de mamar, porque, no princípio ele não pegava e eu não sabia o que fazer”* (E10).

Imprescindível é relembrar que, o aleitamento materno é um assunto de Saúde Pública de primeira grandeza, pelo seu insubstituível contributo na promoção da saúde e prevenção da doença, sendo universalmente estabelecido que os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, têm um papel fundamental e inigualável no objectivo que é aumentar a incidência e a duração do aleitamento materno, como é preconizado pela Organização Mundial de Saúde, em associação com a UNICEF, ao apoiarem, protegerem e promoverem o aleitamento materno.

Através da análise das entrevistas foi possível perceber que a decisão de todos os casais entrevistados seria alimentar o recém-nascido, recorrendo ao aleitamento materno, contudo ficou patente que a amamentação foi uma das necessidades de cuidados de Enfermagem mais valorizada e que mais vezes suscitou dúvidas, principalmente, no que se refere à parte prática da técnica.

Murray *et al.*, (2000) defendem que, a amamentação pode ser uma experiência extremamente gratificante para a mãe e para o bebé, com benefícios para a saúde física e mental de ambos, sendo que, amamentar é uma arte que se aprende. Algumas mães amamentam com facilidade, não se confrontando com problemas, mas outras encontram

muitas dificuldades e contrariedades que impedem o sucesso da amamentação. É neste encontro íntimo e profundo entre mãe e filho, que ambos, com as suas características próprias, vão-se conhecendo ou 're-conhecendo'.

Tendo em conta o contexto acima mencionado, a actuação dos profissionais de saúde deve contemplar não apenas os aspectos biológicos, mas também os psicológicos e sócio-culturais nele envolvidos: o acto de amamentar não está relacionado apenas com as questões biológicas, mas sobretudo com um conjunto de factores que contribuem ou interferem para o seu êxito (Maldonado *et al.*, 2004). Para que amamentação se inicie e se estabeleça devidamente, é necessário que as mulheres contem com o apoio activo não só das suas famílias mas também de todo o sistema de saúde que as assiste.

As estratégias a desenvolver pelos profissionais de saúde devem promover, sobretudo, a promoção da autoconfiança na capacidade das mulheres/casais para amamentar e para ultrapassar as dificuldades, através de informação baseada em aspectos práticos relacionados com a técnica de amamentação. Estas intervenções são suportadas por estudos que comprovam a eficácia da informação acerca dos benefícios do aleitamento materno, e que demonstram que, informar e proporcionar suporte é útil sobretudo em mulheres primíparas, e que a sua eficácia aumenta se for abordada a técnica de amamentação juntamente com a promoção da confiança da mulher na sua capacidade para amamentar (Henderson *et al.*, 2001; Maldonado *et al.*, 2004; Shealy *et al.*, 2005).

Em termos de implicação para a prática, compreender o significado da experiência de amamentar implica respeitar o desejo, a cultura e o suporte social de cada mulher/casal. Para além do que, a mulher/casal deve assumir o protagonismo desse momento, porque, a individualidade de cada um justifica o direito de serem orientados quanto à prática do aleitamento materno e também de respeito pela recusa, após serem esclarecidos sobre as vantagens da mesma.

Bueno e Teruya (2004), defendem que se um profissional de saúde apresenta uma atitude de empatia, abrindo um canal de comunicação positivo e facilitador do aleitamento materno, consegue demonstrar que está disponível para ajudar. Segundo estes autores, durante o puerpério, a habilidade mais importante é a ajuda prática, tendo como objectivo promover o conforto e diminuir o sentimento de cansaço.

3.2.1.2 Banho do Recém-Nascido

No que se refere aos cuidados de higiene e conforto ao recém-nascido, especificamente ao banho, este é considerado “ (...) um cuidado indispensável, pois proporciona protecção à pele contra doenças, estímulo à circulação sanguínea e sensação de bem-estar” (Ricco, Ciampo e Almeida, 2008, p. 414).

O banho do recém-nascido foi considerado pelos entrevistados como sendo importante para a aquisição de competências, no que se refere aos cuidados ao recém-nascido no período pós-hospitalar.

Contudo, o facto de o banho ser saponificado e não na banheira gerou algum desagrado, como é possível verificar através dos seguintes excertos: *“Mas é totalmente diferente o banho que se dá lá, do que o que se dá aqui em casa, aquilo é uma toalha com um jarro de água...põe-se ali o bebé ele esbraceja e atira-se com a água, cobre-se e pronto...”* (E1); *“O banho é que é um bocadinho, quer dizer, aquilo nem é banho, não é! Aquilo é uma esfregadela assim, assim! Acho que o primeiro banho devia ser banho mesmo e não assim uma esfregadela na cabeça”* (E7); *“Sou sincera, ao início eu pensava que ia ser mesmo banho numa banheira, eu preferia que tivesse sido.”* (E8); *“Mas em casa eu não optei pela mesma maneira, lá é com compressas e água e aqui dou-lhe mesmo banho, mas a maneira como começar e os princípios faço como lá, agora de resto é um bocado diferente.”* (E12).

Ricco, Ciampo e Almeida (2008), afirmam que muitas mães verbalizam medo de dar banho na banheira e dizem sentirem-se inseguras e com receio, o que é concordante com os seguintes discursos: *“...o banho não é o mesmo que nós damos em casa, é um banho mais simples, não é com uma banheira, é com compressas, é uma coisa mais seca e em casa não é assim e acredito que haja muitas pessoas que tenham essa dificuldade...”* (E4); *“A parte do banho na banheira não nos explicaram lá e faz falta, porque ali era tudo muito básico, dar banho com uma gaze e passar, se calhar, toda a gente consegue, mas chegar à banheira e ter que segurar e ter que pegar com a outra mão, se calhar, aí fazia falta um melhor ensino dessa parte...”* (E9); *“...o banho da bebé não é muito explícito, é a seco e em casa temos dificuldades em adaptar à banheira.”* (E11); *“Eu não consigo dar tão bem o banho à bebé, porque aqui em casa já dou na banheira e isso, infelizmente, não ensinaram.”* (E13).

Os cuidados de higiene ao recém-nascido parecem ser uma temática pouco adaptada e de acordo com as expectativas e necessidades parentais, uma vez que é expresso o desalento por não lhes ter sido dada oportunidade de observar o banho na banheira, o que resulta no aumento das dificuldades em se adaptarem posteriormente a esta realidade no domicílio. Para além disso é necessário considerar que “geralmente, a criança gosta do contacto com a água, pois reproduz as condições em que viveu no útero materno” (Ricco, Ciampo e Almeida, 2008, p. 416).

Assim sendo, é provável que este procedimento técnico de Enfermagem necessite de ser discutido pela equipa de trabalho, de modo a corresponder às expectativas e necessidades da população alvo dos cuidados e aos contextos domiciliários, após a alta.

3.2.1.3 Coto Umbilical

Quanto aos cuidados ao coto umbilical importa perceber a fisiologia inerente à queda do coto umbilical. Ao longo deste processo de separação existe a acumulação de secreções resultantes da mediação inflamatória local, na inserção do cordão na pele do abdómen, com infiltração de leucócitos. A coloração escura que o coto umbilical adopta ao longo dos dias resulta da desnaturação da hemoglobina que liberta hematina (metaheme livre), de coloração negra que se espalha por toda a célula (Golombek, Brill e Salice, 2002).

Este é um processo favorável à colonização bacteriana e “o coto umbilical pode ser considerado uma porta potencial de entrada de microorganismos patogénicos, através dos vasos sanguíneos do cordão umbilical e dos seus prolongamentos no abdómen” (Ricco, Ciampo e Almeida, 2008, p. 414). O uso do álcool a 70% tem como propósito diminuir a carga bacteriana que coloniza o coto umbilical. A indicação de etanol a 70% para a desinfecção do coto umbilical está relacionada com a agressividade cutânea do produto - o etanol é o menos agressivo dos álcoois e a percentagem de 70% consiste no limiar mínimo de eficácia do mesmo.

O álcool (por exemplo, etanol a 70%, ou isopropanol) tem efeito bactericida (reduz em 75% a carga bacteriana), embora haja estudos que demonstrem que estes produtos prolongam o tempo de queda do coto umbilical (Salariya e Kowbus, 1988; Belfrage *et al.*, 1985).

Um desses estudos, efectuado por Zupan e Garner (2003), denominado *Topical umbilical cord care at birth* comparou o uso regular de álcool no cordão umbilical com nenhum cuidado específico e os autores verificaram que a queda do coto ocorre mais tarde, numa média de 1,64 dias, quando se utiliza o álcool.

Ricco, Ciampo e Almeida (2008) referem que para as mães é muito comum sentirem insegurança em mergulhar o bebé na água antes de ocorrer a queda do coto umbilical e nesses casos é necessário dar a informação que podem recorrer ao banho saporífero, se assim o desejarem.

Três dos progenitores entrevistados referiram ter algum grau de dificuldade em executar os cuidados inerentes ao coto umbilical e para além disso, as práticas de cuidados parecem não ter sido as mais adequadas às necessidades parentais expressas, tal como indicam os seguintes fragmentos de discurso: “...*tinha receio de fazer mal por causa do cordão, aquilo faz um bocado de impressão e precisei que reforçassem os ensinamentos que já tinham feito...*” (E2); “...*o que me metia um bocado mais de confusão era o umbigo, porque a limpeza era feita muito depressa e embora explicassem, eu senti alguma dificuldade em manuseá-lo em casa.*”(E8); “...*Explicaram os cuidados a ter com o cordão umbilical do bebé, como tínhamos que desinfetar, mas fazem aquilo com uma rapidez que, às vezes, nem se percebe bem.*” (E10).

Este procedimento deve ser realizado após o banho e sempre que se perceba humidade, secreção ou presença de sangue no local e quanto mais arejado, seco e descoberto se mantiver o coto umbilical, mais rápido será o processo de mumificação (Ricco, Ciampo e Almeida, 2008).

Os cuidados inerentes ao coto umbilical devem estar bem patentados aquando da alta hospitalar. Aos pais deve ser dada oportunidade de manusearem e saberem os pressupostos subjacentes à necessidade de vigilância do processo de mumificação, pelo que a prevenção de infecção e o seu rápido diagnóstico dependem da aquisição destas competências.

3.2.1.4 Cólica

Outra das necessidades de cuidados de Enfermagem que os pais identificaram, no que concerne à aquisição de competências é referente à presença de cólicas no recém-nascido,

que embora alvo de diversas investigações, permanece na prática um problema, por vezes, de difícil resolução. De acordo com Helseth e Begnum, (2002, p.672), “apesar da ocorrência frequente, métodos efectivos de tratamento da cólica são ainda considerados vagos”, a ausência de tratamento eficaz advém, não da falta de investigação sobre a temática, mas sim da dificuldade na sua identificação.

A prática baseada na evidência científica é indicada como um dos métodos de abordagem da cólica mais efectivo, uma vez que permite uma tomada de decisão por etapas. De facto, os investigadores não defendem diagnósticos ou tratamentos universais, mas antes a criação de algoritmos de decisão capazes de auxiliar a identificação do diagnóstico e conseqüentemente a escolha do tratamento mais eficaz (Arikan *et al.*, 2008).

A principal dificuldade na abordagem da cólica infantil começa na sua própria definição. Uma das perspectivas acerca desta problemática determina que a cólica infantil está presente quando “a young infant, otherwise healthy and well-fed, has paroxysms of irritability, fussing or crying for a total of more than three hours a day and occurring on more than three days in any week and lasting for more than three week” (Wessel et al, 1954 cit. por Arikan *et al.*, 2008, p. 673).

Contudo, Arikan *et al.* (2008) e Roos e Cox (2008) recusam esta definição, que classificam como redutora, pois define a cólica apenas pela quantidade de choro anormal. Murahovschi (2003, p. 101), afirma ainda que “considerar que existe um limiar a partir do qual o choro normal se transforma em cólica é ignorar o verdadeiro *continuum* que caracteriza os fenómenos biológicos, sendo que, neste caso, a cólica seria o extremo do espectro normal da variação do choro”.

Percebe-se assim que, o principal sinal de cólica é o choro. No entanto, ao centrarmos apenas no choro incorre-se no risco de realizar um diagnóstico pouco diferencial. O choro pode estar relacionado com diversas necessidades do recém-nascido, tais como, a fome ou a dor, podendo também ser de carácter fisiológico (relacionado com o processo de desenvolvimento normal da criança). Deste modo, é importante que se determine a quantidade e qualidade do choro, de forma a despistar outras possíveis causas através de uma recolha de dados sistemática e o mais objectiva possível.

Tendo em conta a ambiguidade na definição dos sintomas face ao diagnóstico de choro anormal é imprescindível considerar o estado geral de saúde do recém-nascido, a história pré e pós natal, história familiar de alergias, dieta da puérpera (em caso de aleitamento materno) e a resposta dos pais ao choro do bebé, para despistar outros factores precipitantes do choro, para além da cólica.

Para além do choro, sintomas como acumulação de gás nos intestinos (abdómen timpanizado), elevação dos joelhos em direcção ao abdómen e arqueio das costas estão frequentemente associados à presença de cólica no recém-nascido, ainda que não se verifique a existência de fundamentos científicos que o comprovem (Helseth e Begnum, 2002). A ocorrência de episódios de cólica pode ser verificada sobretudo no fim do dia ou durante a noite (Arikan *et al.*, 2008).

Assim, a cólica é considerada um diagnóstico clínico de exclusão, que não se apoia em nenhum dado objectivo (resultante do exame físico ou laboratorial), o que dificulta a sua identificação na prática (Murahovschi, 2003).

Para alguns dos casais que participaram neste estudo também ficou bem patente a complexidade inerente à aquisição de competências para lidar com a presença de cólica e na identificação da mesma através do choro. Os próprios pais verbalizaram terem sentido necessidade de recorrer aos enfermeiros para auxílio no alívio da sintomatologia associada à cólica, tal como revelam os seguintes relatos: *“Precisei de pedir ajuda, porque a minha filha tinha cólicas e chorava imenso com dores e eu não sabia o que fazer...”* (E7); *“Às vezes chamava a enfermeira por causa das cólicas que o bebé tinha, para me ajudarem a aliviar-lhe o desconforto.”* (E9); *“Algumas vezes chamei as enfermeiras porque tinha dúvidas se o bebé chorava por cólicas e para me ajudarem a fazer a massagem para o bebé ficar mais confortável...”* (E12); *“A bebé não parava de chorar (...) depois de a ajudarem a fazer o cocó ela ficou mais aliviada e eu percebi que eram só cólicas.”* (E13).

A cólica é objecto de interesse científico desde os anos cinquenta até à actualidade, embora a sua etiologia continue pouco clara (Kosminsky e Kimura, 2004; Helseth e Begnum, 2002; Arikan *et al.*, 2008; Saavedra *et al.*, 2003).

Da pesquisa efectuada em torno da cólica infantil surgiram algumas perspectivas e aquela que alguns autores consideram como a mais provável é a possibilidade de um distúrbio gastrointestinal. Este distúrbio pode ter a sua origem na acumulação de gás no intestino, imaturidade do intestino, desequilíbrio da microflora intestinal, cólon espástico, comer de mais ou comer pouco e/ou alergias (Helseth e Begnum, 2002; Kosminsky e Kimura, 2004; Arikan *et al.*, 2008; Waddell, 2006).

Por outro lado, Helseth e Begnum (2002) analisaram o intestino antes, durante e depois de a criança chorar. Os resultados demonstram que a acumulação de gás no intestino aumenta durante o choro, deduzindo-se que a acumulação de gás pode ser resultado do choro e não a sua causa.

No que concerne às alergias, os investigadores têm-se centrado sobretudo na influência do leite de vaca na alimentação das mães que amamentam. Assim, diversos estudos referem que o leite de vaca está associado ao aparecimento de sintomas de cólica. De facto, num estudo sueco foi possível perceber que, crianças com sintomatologia de cólica, às quais o leite de vaca era removido da dieta da mãe que amamentava, os sintomas desapareciam e quando este alimento era reintroduzido nas dietas maternas estes sintomas reapareciam nos recém-nascidos (Helseth e Begnum, 2002).

Os resultados supracitados foram também corroborados por Kosminsky e Kimura (2004), que citam um estudo realizado por Clyne e Kulcsky, através do qual foi possível estabelecer uma relação de causa-efeito entre as mães de bebés com cólicas, amamentados exclusivamente e a presença da hemoglobulina Bovina (IgG), nestas amostras de leite humano. Estes autores chegaram à conclusão que as mães de bebés com cólica tinham níveis mais elevados de IgG do que as mães de bebés sem cólica. De acordo com estes autores, para além do leite de vaca ingerido, alimentos como cebola, chocolate, repolho, brócolos, couve-flor, carnes vermelhas estão associados à sintomatologia da cólica no lactente.

Todavia, existem outras perspectivas sobre as causas da cólica infantil, tais como, a personalidade da criança. Os investigadores que defendem este prisma acreditam que, as crianças com cólicas são aqueles que apresentam um temperamento mais irritável e hipersensíveis aos estímulos externos.

Num prisma de análise diferente, Helseth e Begnum (2002) e Waddell (2006) asseguram existir pouca evidência que possa sustentar que o temperamento da criança possa explicar o choro persistente característico da cólica, no entanto, concordam que se trata de um factor que contribui para o choro excessivo, sendo que, inicialmente esse contributo é pequeno, mas com tendência para aumentar com a idade.

Relativamente à hipersensibilidade, a literatura refere que esta pode ser causada por um desequilíbrio do sistema nervoso que estaria na origem dos paroxismos do choro e sintomas gastrointestinais (Helseth e Begnum, 2002). Esta visão associada à ideia da cólica ser uma manifestação normal traduzida numa menor capacidade do lactente regular a duração do seu choro, são sugeridas pelos trabalhos recentes efectuados acerca desta temática (Saavedra *et al.*, 2003).

O comportamento parental pode ser, também, enunciado quando se fala de cólica infantil. De acordo com, Kosminsky e Kimura (2004), Helseth e Begnum (2002), a inexperiência e ansiedade dos pais, especialmente das mães, são factores que contribuem

para esta problemática. Sendo que, pais ansiosos e fatigados alteram a sua resposta ao choro da criança o que, por sua vez, resulta numa modificação das reacções da criança aos seus pais, podendo resultar no desenvolvimento de um ciclo vicioso.

Alguns estudos dão conta ainda da influência do tabaco na cólica infantil, sugerindo que o consumo de tabaco durante a gravidez aumenta o risco de desenvolvimento de cólica (Kosminsky e Kimura, 2004; Waddell, 2006).

Em 2004, Karp referiu que a falta do 4º trimestre de gravidez é o principal factor da presença de cólica no recém-nascido, na medida em que, ao final do terceiro trimestre de gravidez o feto ainda está imaturo para responder aos estímulos externos.

De uma forma geral, as intervenções dirigidas ao alívio da cólica baseiam-se nas etiologias propostas para explicar a cólica infantil. Como as etiologias não são claras também não se pode dizer que haja intervenções realmente efectivas, para além disso, os bebés exibem uma variedade de respostas às diferentes intervenções implementadas, o que se traduz numa dificuldade em produzir evidência científica, suficientemente consistente, acerca do tratamento da cólica (Waddell, 2006). Esta autora apresenta uma possível abordagem prática no alívio dos sintomas de cólica, passo a passo propõe a implementação de algumas intervenções.

O instrumento criado por Waddell (2006) funciona como algoritmo de tratamento da cólica. Esta autora defende que, numa primeira etapa sejam fornecidas informações aos pais, acerca do que se conhece neste âmbito, o que inclui causas e possíveis métodos de alívio da sintomatologia. Quando esta informação não se revela suficiente para lidar com as dificuldades subjacentes a esta problemática dever-se-á passar às etapas subsequentes que envolvem a eliminação de lactose e, posteriormente, redução da proteína do leite de vaca.

Para além destas intervenções, poderá ser necessário recorrer à adição de gotas de lactase (Colief), ao leite ingerido pelo bebé (Waddell, 2006). O terceiro passo diz respeito às estratégias químicas do alívio da dor. Caso não seja eficaz, a utilização de gotas de probióticos durante um mês é o recurso de fim de linha (Waddell, 2006).

Quando se considera a teoria proposta por Karp (2004), que considera que a verdadeira causa da cólica está relacionada com a falta do 4º trimestre de gravidez será possível optar pela abordagem sugerida por este autor. Segundo este médico a cólica pode ser acalmada pelos 5 S's (*Swaddling, Shushing, Swinging, Sucking, Side/Stomach position*).

Swaddling não é mais do que envolver o bebé numa manta suave de forma segura, simulando o aconchego que eles sentem in útero.

Por sua vez, *Shushing* replica o som que o feto ouve no útero. De facto, no ambiente uterino o feto está constantemente exposto a sons na ordem dos 80-90 decibéis que se referem ao batimento cardíaco, sons intestinais entre outros. Assim sendo, o silêncio de um quarto pode ser '*desconcertante*' para o recém-nascido. O som suave pode ser obtido, por exemplo, com um rádio, uma máquina a lavar, o som do chuveiro, entre outros (Karp, 2004).

Quando estão no útero os fetos encontram-se a flutuar no líquido amniótico. Imitar esta flutuação/estremecimento é uma forma de ajudar o recém-nascido a manter-se calmo. Segundo Karp formas efectivas de *swing or jingle* incluem: passear de carro, utilizar marsúpio e embalá-lo (Karp, 2004).

No que concerne ao *Sucking*, este diz respeito ao reflexo de sucção do recém-nascido. De acordo com este médico a sucção permite a obtenção de alimento e é entendida pelo recém-nascido como, profundamente, calmante. Assim sendo, podemos utilizar as chupetas para acalmar a cólica na criança desde que a amamentação esteja estabelecida (Karp, 2004).

Por fim, *Side/Stomach position* refere-se a segurar o bebé de lado ou em posição ventral.

Apesar da extensa investigação na área, a etiologia da cólica infantil ainda não está claramente definida de modo a fundamentar e sustentar as diferentes perspectivas enunciadas. Facilmente se percebe que não havendo uma etiologia identificada, não existe nenhum método de tratamento efectivo.

Assim, no que respeita à cólica importa habilitar as figuras parentais a adquirirem competências que os ajudem a lidar com esta problemática, de modo a mais facilmente identificarem a causa do choro e perceberem se a cólica está associada ao mesmo ou não, bem como dar informações práticas que possam ser úteis no alívio do desconforto sentido pelo recém-nascido.

Mas, para além de tudo isso, também é imprescindível revelar aos pais que a complexidade na identificação desta problemática é, de certo modo generalizada, uma vez que a prática baseada na evidência ainda não é absolutamente linear para a resolução desta necessidade de cuidados que os mesmos apresentam.

3.2.2. *Vigilância de Saúde da Mulher*

As subcategorias explanadas (cuidados perineais, lóquios, reinício actividade sexual e cuidados com as mamas), relativamente à categoria “Vigilância de Saúde da Mulher” são relativas às necessidades de cuidados que as mulheres entrevistadas identificaram como sendo imprescindíveis no que concerne à vigilância da sua própria saúde.

As alterações presentes no puerpério, frequentemente, sentidas como dificuldades importantes para a mulher têm impacto variável de acordo com a experiência pessoal e subjectiva de cada uma e com uma diversidade enorme na sua forma de expressão, dependente de factores culturais, sociais e do ambiente em que se encontra a mulher.

3.2.2.1 *Cuidados Perineais*

As alterações corporais, muitas vezes, sentidas e expressas como desconfortos podem ser experiências desagradáveis e geradoras de mal-estar, declaradas por queixas de dores abdominais, na região perineal, mamas e mamilos, dores musculares e osteoarticulares, formando um conjunto que interfere com o aparecimento de outras dificuldades, nomeadamente a fadiga e obstáculos no auto-cuidado e cuidados ao bebé (Alves, 2008).

O nascimento da criança origina, muitas vezes, lesões agudas e lacerações do períneo, vagina, útero e dos tecidos de suporte, variável de mulher para mulher, dependendo da capacidade de distensão dos tecidos moles e dos procedimentos que tiveram lugar durante o trabalho de parto e parto. “Algumas lesões dos tecidos de suporte, quer sejam agudas ou não e quer sejam corrigidas ou não, podem originar problemas genito-urinários e sexuais no futuro” (Lowdermilk e Perry, 2008, p.468).

A episiotomia persiste como um dos procedimentos mais realizados em Obstetrícia, por todo o mundo, mas a sua execução permanece controversa. De acordo com Graça (2005), a episiotomia é, depois da laqueação do cordão umbilical, entre todas as intervenções cirúrgicas, a mais frequentemente efectuada; em primíparas 50% a 90% são submetidas a episiotomia.

Vários ensaios clínicos randomizados bem controlados foram publicados sobre esta temática, fornecendo evidências nível I, relativamente ao recurso indefinido desse procedimento - evidência proveniente de revisão sistemática de estudos randomizados ou controlados, ou de *guidelines* de práticas clínicas baseadas na evidência, em revisões sistemáticas de estudos controlados randomizados, segundo a Classificação de Níveis de Evidência, *in* Melnyk e Fineout-Overholt (2005).

Numa revisão da literatura (Amorim e Katz, 2008), as melhores evidências disponíveis foram analisadas, concluindo que, a episiotomia constitui um procedimento que, além de não proteger o assoalho pélvico, aumenta a frequência de dor perineal, dispareunia, perda sanguínea, laceração do esfíncter anal, lesão rectal e incontinência anal, sem reduzir as taxas de incontinência urinária ou melhorar os resultados neonatais. Para além disso, “a dor e o desconforto provocados pela episiotomia podem interferir nas relações mãe-filho, na amamentação, no restabelecimento das relações sexuais dos pais e até na recuperação emocional após o parto” (Lowdermilk e Perry, 2008, p.470).

A Organização Mundial de Saúde (1996) declarou há vários anos que, este procedimento apresenta evidências claras que poderá causar dano, quando é executado indiscriminadamente. Ocasionalmente poderá haver indicações válidas à sua execução, tais como: sinais de sofrimento fetal, de progressão insuficiente e a ameaça de laceração de 3º grau, incluindo laceração de 3º grau em parto anterior. Contudo, “ (...) está demonstrado que a utilização de medidas alternativas para o cuidado do períneo, tais como a aplicação de compressas mornas, suporte manual e massagem (pré-natal e intra-parto), reduz a incidência de episiotomias, mas é recomendada a realização de mais investigações” (Lowdermilk e Perry, 2008, p.470).

A episiotomia poderá ser entendida como “ (...) uma incisão feita no períneo para aumentar o canal vaginal” (Lowdermilk e Perry, 2008, p.469), que intersecta as seguintes estruturas: fúrcula, mucosa e submucosa da vagina, fibras dos músculos transversos do períneo (superficial e profundo) e dos músculos pubo-coccígeos (Graça, 2005). Com indicação para ser feito recurso à mesma em caso de apresentações cefálicas, quando a apresentação distende o períneo e deve consistir numa incisão médio-lateral (Ayres de Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008). Contudo, parece ainda ser importante considerar que “as lacerações são geralmente menores que a episiotomia, reparando-se facilmente ou nem é necessário a sua reparação e cicatrizam rapidamente (Lowdermilk e Perry, 2008).

Num estudo subordinado à visão das mulheres sobre a episiotomia, realizado por Previatti e Souza (2007) foi curioso perceber que, a maioria delas não havia recebido

informações sobre o procedimento, em momento algum antes do parto. De referir ainda que, as mulheres que afirmaram terem recebido algum tipo de informação apontaram familiares e outras pessoas próximas como fonte dessa informação. Por outro lado, quando as entrevistadas foram indagadas sobre os motivos pelos quais foram submetidas à episiotomia, somente metade delas deu algum tipo de resposta. Esses discursos mostraram falta de informação e desconhecimento, o que poderá trazer repercussões importantes, em particular, no que se refere à concretização do controlo exercido sobre o corpo das mulheres, pelos profissionais de saúde.

A maioria das mulheres entrevistadas, neste estudo, referiram algum grau de desconforto relativamente à sutura resultante da episiotomia, o que resultou na necessidade de auxílio para alívio da sintomatologia apresentada, podendo constatar-se isso nos seguintes indicadores: *“...tive muitas vezes desconforto na ferida e não sabia se havia mais alguma coisa que pudesse fazer para aliviar a dor, sem ser a medicação...”* (E2); *“...eu precisei de chamar pelas enfermeiras para elas me ajudarem, porque eu nem sentada conseguia estar em condições, por causa das dores nos pontos...”* (E3); *“...senti desconforto nos pontos do corte e precisei de chamar para me ajudarem, porque já nem conseguia cuidar do bebé em condições.”* (E4); *“...tinha desconforto por causa dos pontos e precisei de ajuda para saber como aliviar aqueles sintomas para quando fosse para casa e não tivesse tanta medicação, como no hospital.”* (E6); *“Comigo, os cuidados que precisei foram basicamente por causa dos pontos, que me estavam a causar dor.”* (E7); *“...às vezes dizia que tinha dores e só me davam a medicação.”* (E11).

Havendo ou não recurso a episiorrafia ou correcção de lacerações oriundas do processo parturitivo é importante não descurar a realização dos exercícios pélvicos de Kegel, que se revestem de extrema importância no que respeita ao fortalecimento do tônus muscular, que pode estar diminuído após o parto vaginal, obtendo controlo dos esfíncteres e sensação vaginal durante o coito. Relativamente ao alívio da dor, através de estratégias não farmacológicas pode recorrer-se à aplicação de gelo no períneo, o que “ (...) nas primeiras horas após o parto, adormece essa região e ajuda a atenuar esse desconforto pela contracção dos vasos sanguíneos e pela redução da resposta vascular à inflamação” (Branden, 2000, p.424).

Para além disso, durante os primeiros dias do pós-parto, o enfermeiro deve verificar cuidadosamente o períneo e avaliar os lóquios e os sintomas associados, para identificar qualquer lesão não observada anteriormente (Lowdermilk e Perry, 2008). E ainda, “para a

paciente com o diagnóstico de Enfermagem de dor relacionada à lesão do canal de parto, a enfermeira deve oferecer medidas de atenuação da dor e ensiná-la a controlar a dor” (Branden, 2000, p.461).

3.2.2.2 Lóquios

Importa nesta etapa definir, também, o conceito de lóquios. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2005), os lóquios consistem na excreção vaginal após o parto, composta por sangue, muco, restos de decídua e outros produtos da descamação do útero. Durante os primeiros 2 a 3 dias são compostos principalmente de sangue, posteriormente assumem uma coloração rosada/ acastanhada que contém mais líquido seroso e finalmente, uma coloração branca composta por células sanguíneas da série branca e muco.

A secreção uterina pós-parto inicia-se logo após a expulsão da placenta, podendo manter-se por duas a seis semanas após o parto, modificando as suas características ao longo deste período, consoante a fase do processo de cicatrização e regeneração do endométrio (Alves, 2008). Contudo, “lóquios vermelhos profusos e persistentes podem estar associados com retenção de produtos da concepção. Lóquios com cheiro fétido são sinal de infecção” (Organização Mundial de Saúde, 2005, p.208).

Portanto, parece de todo relevante capacitar as mulheres para a vigilância de saúde e para o autocuidado no que se refere à secreção vaginal durante o puerpério. As próprias mulheres parecem valorizar essa informação, de modo a perceberem as alterações que são normais e aquelas a que necessitam de estar atentas, pois poderão ser um sinal de que algo de errado se passa com a (re)adaptação do seu corpo ao estado pré-gravídico, tal como fica patente nos fragmentos de discurso que se seguem: “...quando vim embora não sabia que o sangue que estava a perder ia mudar de características, não sabia ao que deveria estar atenta...” (E4); “...não falaram nada acerca das alterações do meu corpo nem do que deveria vigiar neste primeiro mês pós-parto. Só agora em casa é que tenho notado diferenças no sangue que vou perdendo (...)” (E5); “Não, não, não explicaram as alterações corporais que são esperadas nos próximos tempos, mas já fui à internet pesquisar (risos), porque notei diferenças no sangue que tenho perdido e como não sabia se era normal fui ver.” (E6); “E este sangue todo, quando é que vai parar de sair? Eu não sei porque ninguém me explicou, mas acho que isto já é sangue a mais.” (E7).

O autocuidado da mulher relativamente aos cuidados perineais deve englobar também o disponibilizar informação relativamente a actividades que favoreçam o processo de cicatrização e evitem infecções na área génito-urinária. “Ensinar a mulher a limpar-se da uretra para o ânus após urinar ou defecar é uma medida simples, mas extremamente eficaz (...). A mulher deve mudar o penso perineal da frente para trás a cada micção ou dejeção e lavar cuidadosamente as mãos, antes e depois de o fazer” (Lowdermilk e Perry, 2008, p.501).

3.2.2.3 Reinício da Actividade Sexual

A sexualidade é outra componente importante e integral da saúde da mulher e pode ser afectada pelas mudanças ocorridas no período do pós-parto. Para Silva e Figueiredo (2005), entre 20 a 60% dos casais referem sentir receio de reiniciar a actividade sexual coital e apenas 12 a 14% dos casais afirmam não experienciar qualquer dificuldade a este nível, após o nascimento.

Vários são os factores que interferem com a sexualidade no período pós-parto: fadiga e cansaço resultantes da responsabilidade dos novos papéis parentais e alterações corporais da mulher, dentro das quais se poderá incluir a diminuição da lubrificação vaginal devido aos baixos níveis de estrogénios, principalmente, naquelas mulheres que amamentam (Ricci, 2008).

Para além disso, o leite materno tem um simbolismo próprio mediante as diferentes culturas e a amamentação é perspectivada para além da componente biológica e nutricional, assumindo “(...) um importante papel nas representações do corpo, dando origem a relações de parentesco e a interdições sexuais em diferentes sociedades” (Sandre-Pereira, 2003, p. 467). No entanto, algumas das puérperas que amamentam revelam maior interesse em retomar a actividade sexual, comparativamente àquelas que não amamentam, o que parece estar associado à experiência de um alto nível de tensão sexual inerente ao acto de amamentar, pois algumas mulheres, enquanto amamentam referem sentir estimulação sexual e orgasmo resultantes da sucção do bebé (Lowdermilk e Perry, 2008).

A dispareunia constitui a mais vulgar dificuldade sexual experimentada no puerpério, em especial, nas primíparas e pode persistir durante alguns meses no pós-parto por razões de natureza fisiológica, conduzindo a uma perda do desejo sexual da mulher que experimenta dor e desconforto durante a penetração (Silva e Figueiredo, 2005). Ainda, segundo os mesmos autores, apenas 20% das mulheres atingem o clímax na sua primeira relação coital pós-parto e 40% experienciam dor durante a primeira penetração após o parto.

Concordantemente, De Judicibus e McCabe (2002) demonstraram o significativo impacto que a dispareunia apresenta em mulheres até seis meses após o parto, pois as experiências precoces de desconforto experimentadas durante a penetração podem resultar na diminuição da motivação para a actividade sexual através do coito vaginal, diminuindo a sua frequência em ocasiões subsequentes.

A percepção da alteração da imagem física condiciona, igualmente, o desejo sexual da mulher no pós-parto. A mulher sente-se, com frequência, menos atraente o que leva à diminuição do desejo e da iniciativa para a actividade sexual (Silva e Figueiredo, 2005).

Sandre-Pereira (2003) explica que o tempo de recuperação do desejo sexual pelas mulheres é variável podendo ser um período de poucas semanas para algumas e para outras pode demorar mais tempo. Esta recuperação depende da alteração hormonal, do envolvimento emocional com o papel de mãe, do conflito entre o papel de *'boa mãe'* e o de *'boa mulher'* e o dualismo entre o sentimento de *'pureza/respeito'* e o de negação do erotismo.

Importa, para além dos aspectos supracitados estar atento à seguinte afirmação: “muitos casais retomam a sua actividade sexual antes da tradicional revisão do puerpério seis semanas após o parto (...). Esperar para discutir a contracepção na consulta de avaliação das seis semanas pode ser demasiado tarde” (Lowdermilk e Perry, 2008, p.514).

Contudo, verificou-se que esta temática não foi abordada pela equipa de Enfermagem antes da alta hospitalar, tal como referem os seguintes casais entrevistados: “...era importante para nós percebermos como evitar uma nova gravidez, mas as enfermeiras não abordaram esse tema...” (E6); “...as enfermeiras não falaram nada acerca disso nem de quando é que podíamos ter novamente relações sexuais e na altura nem me passou isso pela cabeça, mas agora gostávamos de saber.” (E7); “...a enfermeira não falou nesses temas.” (E12); “Como evitar uma nova gravidez e quando poderíamos começar novamente a ter relações sexuais foram temas que só foram abordados nas aulas de preparação para o parto, mas enquanto estive internada ninguém me perguntou se eu sabia.” (E13).

Para Stefanello, Nakano e Gomes (2008), a preocupação durante este período está mais centrada na contraceção do que propriamente no reinício da actividade sexual, contudo, embora os casais possam estar ansiosos sobre este aspecto, sentem-se muitas vezes, desconfortáveis em tomar a iniciativa de os abordar, o que é evidente no seguinte indicador em análise: *“Não, não falaram nada de como prevenir uma próxima gravidez enquanto amamentava nem de quando poderia reiniciar a actividade sexual e apesar de eu querer saber também me acanhei em perguntar.”* (E9).

O reinício da actividade sexual, ao qual se encontra associado o receio de uma gravidez indesejada foi outra das preocupações manifestamente assumida pelas entrevistadas, como sendo uma necessidade de cuidados que as mesmas identificaram neste período de tempo, tal verbalizou a seguinte puérpera: *“Eu não quero engravidar para já, mas ainda não sabemos muito bem como é que temos que fazer.”* (E5).

As opções do método contraceptivo devem ser analisadas pelo enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica, pela mulher e pelo casal mesmo antes da alta do serviço de puerpério, para que as decisões acerca do controlo da natalidade e do reinício da actividade sexual sejam as mais adequadas (Lowdermilk e Perry, 2008).

Os métodos que o casal pode utilizar no pós-parto são: métodos de barreira (preservativos, diafragma e espermicidas), dispositivo intra-uterino (DIU), contraceção hormonal oral combinada, contraceção hormonal oral exclusiva com progestagénios, implantes subcutâneos, métodos cirúrgicos e métodos naturais (Graça, 2005).

Nas mulheres que decidiram amamentar, a ovulação ocorre mais tarde comparativamente às que não amamentam. Graça (2005) explica que a prolactina inibe o desenvolvimento folicular no ovário.

Alguns estudos citados por Burroughs (1995), demonstram que 50% das mães que não amamentam não engravidam durante 4 meses após o parto e 50% das que amamentam não concebem nos doze a dezoito meses após o parto. Muito embora se deva entender que, a amenorreia lactacional não consiste num método de contraceção eficaz para evitar uma gravidez não desejada.

Para as mulheres que amamentam, a contraceção hormonal recomendada é aquela que apenas contempla progestagénios, pois contraceção combinada não é aconselhável, uma vez que os estrogénios associados aos progestagénios diminuem a quantidade e a qualidade do leite materno, para além de aumentar o risco tromboembólico.

A mulher poderá ser aconselhada a utilizar a contracepção hormonal combinada quando não está a amamentar ou quando surgirem as primeiras perdas de fluxo menstrual, no entanto é aconselhável que só inicie seis semanas após o parto devido ao risco acrescido de trombose.

O enfermeiro tem um papel importante a exercer aquando da escolha do método contraceptivo mais adequado às necessidades do casal e no esclarecimento das dúvidas que possam surgir da utilização dos mesmos, permitindo que o medo de uma nova gravidez não persista e não interfira no reinício saudável da vida sexual. “É importante que o enfermeiro discuta os efeitos físicos e psicológicos que o parto pode ter no acto sexual (...). As opções de contracepção também devem ser analisadas (...) antes da alta, para que possam tomar decisões informadas acerca do controlo da fertilidade antes de retomarem a actividade sexual” (Lowdermilk e Perry, 2008, p.514).

A saúde física e psicológica da mulher, a duração do período de amamentação, bem como a qualidade da relação marital parecem exercer um efeito primordial e efectivo no comportamento e sentimentos relativos à sexualidade no período pós-parto. Porém, torna-se fundamental levar em consideração os níveis de interesse e actividade sexual pré-gravídicos para que se possa melhor compreender os comportamentos no pós-parto e a variabilidade existente nos indivíduos. Para De Judicibus e McCabe (2002), as mulheres que se encontram mais satisfeitas com a qualidade do seu relacionamento conjugal são também aquelas que experienciam maior satisfação sexual, tanto durante a gravidez como no pós-parto.

É essencial que esta questão da sexualidade seja abordada com o casal, pelos profissionais de saúde, nomeadamente pelos enfermeiros de saúde materna e obstetrícia, informando/formando acerca da oscilação da actividade sexual habitual neste período e de outras formas de experienciar a sexualidade para além da penetração. Depois do parto, deve de igual modo proceder-se a uma avaliação global do estado de saúde física da puérpera, no sentido de proporcionar um aconselhamento individualizado acerca da possibilidade de retorno seguro à actividade sexual.

3.2.2.4 Cuidados com as Mamas

Na sequência das alterações anátomo-fisiológicas importa ainda lembrar que a glândula mamária sofre modificações desde o início da gravidez, de modo a permitir a lactação no pós-parto respondendo à acção directa de diversas hormonas, que interagem entre si e são responsáveis pela hipertrofia e hiperplasia mamária, característico deste último período (Ferreira, 2004).

A prolactina, hormona produzida pela hipófise anterior está sujeita a um rigoroso controlo hipotalâmico estimulando o aumento do tamanho, número e complexidade dos canais galactóforos e dos alvéolos, assim como a secreção das células alveolares, desde a 5^a semana de gestação até ao nascimento. Contudo, a sua acção directamente na mama só se torna evidente após o parto, pelo facto de que é com a saída da placenta que caem abruptamente os níveis plasmáticos das hormonas placentares - progesterona e estrogénio (Alves, 2008). De seguida, por acção reflexa promovida pela sucção do bebé durante as mamadas, os impulsos sensoriais serão transmitidos por via nervosa aferente conduzindo à produção de picos de secreção de prolactina, o que desta forma estimula a produção láctea a nível alveolar mamário (Ferreira, 2004).

A prolactina e a ocitocina são duas hormonas cujo efeito é fundamental para a amamentação e que são estimuladas sobretudo pela sucção que o recém-nascido faz no mamilo. A prolactina exerce o seu efeito a nível dos alvéolos estimulando a secreção do leite, actuando depois de a criança mamar, produzindo leite para a mamada seguinte. A ocitocina vai actuar a nível das células musculares em redor do tecido glandular, provocando a sua contracção e consequente ejeção do leite para o exterior (Alves, 2008). Ainda segundo o mesmo autor, ao aumentar a prolactina e diminuir o estrogénio e a progesterona, a secreção mamilar inicial, denominada de colostro é substituída pelo leite.

No período de transição do colostro para o leite, as mamas aumentam de volume e apresentam uma consistência mais dura e sensibilidade dolorosa aumentada, processo habitualmente denominado de ingurgitamento mamário.

O ingurgitamento mamário poderá ser definido como a “ (...) acumulação dolorosa de secreções nas mamas, muitas vezes acompanhada de estase venosa e linfática e edema, no início do aleitamento. A amamentação frequente e o posicionamento correcto do bebé na mama ajuda a aliviar este estado” (Organização Mundial de Saúde, 2005, p. 208).

“O ingurgitamento mamário ocorre devido ao congestionamento venoso e linfático da mama e pela estase láctea em qualquer uma das porções do parênquima (...). Esta situação demonstra que está havendo um desequilíbrio na produção de leite, sem o adequado esvaziamento” (Ricco, Ciampo e Almeida, 2008, p. 418).

Na análise das entrevistas três das mulheres referiam que esta alteração corporal gerou desconforto e que não sabiam como lidar com esta situação: *“...dois dias após ter chegado a casa não aguentava a dor, tinha as mamas completamente duras e deviam ter falado acerca disso, porque eu até fiquei assustada...”* (E3); *“...após a primeira noite que passei em casa senti o peito muito cheio, duro e fiquei preocupada, porque não sabia o que se estava a passar.”*(E5); *“...senti a mama mais dura e quente e fiquei preocupada (...), não sabia que isto acontecia e podiam ter dado essa informação antes de termos alta.”* (E9).

Foi importante analisar esta subcategoria, apesar dos escassos indicadores, na medida em que, para estas puérperas, o facto de desconhecerem esta situação foi, por si só, motivo de preocupação. A falta de aquisição de competências, durante o internamento hospitalar, para lidar com esta situação no domicílio acarreta riscos de saúde, uma vez que se sabe que o ingurgitamento mamário, quando não resolvido, pode culminar numa infecção mamária, com possíveis repercussões na saúde da mulher e por conseguinte do recém-nascido.

“Muitos factores intrínsecos e extrínsecos à amamentação são apresentados por diversos autores para explicar o ingurgitamento mamário, mas todos concordam com um em particular, a estase láctea ou o acumulo de leite nos alvéolos mamários” (Ferreira, 2004, p.35). Este ingurgitamento vascular e venoso que surge geralmente entre o 3º e 5º dia após o parto é transitório e, com os devidos cuidados, desaparece ao fim de 24 a 48 horas e são desconfortos resultantes da congestão venosa e linfática mamária, consequência da síntese e secreção de leite (Alves, 2008).

A profilaxia é o principal factor preventivo do ingurgitamento e consegue-se através da drenagem do leite quer pela amamentação em si, quer pela extracção do leite. Outros factores como amamentar logo após o nascimento, horários flexíveis de mamada e não oferecer suplementos lácteos entre as mamadas, também podem prevenir o ingurgitamento (Ferreira, 2004, p.36).

3.2.3 Parceria dos Cuidados

3.2.3.1 Papel Parental

Numa situação de internamento hospitalar, a família poderá enfrentar algum desconforto, uma vez que há uma perturbação do equilíbrio, funções e rotinas diárias da mesma, mas quando é permitido aos pais assumirem algumas responsabilidades para com o recém-nascido, como por exemplo, prestar-lhe os cuidados de higiene, trocar a fralda e alimentá-lo, supervisionados por um profissional de Enfermagem desperta neles o sentimento de estarem a ser úteis para o seu filho (Vasconcelos, Leite e Scochi, 2006).

Segundo Schneider, Machado e Collet (2002), o facto de os pais terem que abdicar, mesmo que temporariamente, da prestação dos cuidados ao seu filho, gera um sentimento caracterizando por uma certa insatisfação. Os pais chegam mesmo a sentir que lhes são retiradas as suas funções, que lhes estão a retirar algo seu, pelo facto, de terem de partilhar os cuidados do recém-nascido com outros. Muitas vezes, os pais são transferidos de um lugar de destaque para outro de espectadores vulneráveis, embora se sintam capazes de assumir algumas das tarefas de Enfermagem (Casey 1993 cit. in Almeida, 2001).

O que se verifica, habitualmente é que as actividades entre os profissionais e os pais são previamente definidas e cabe aos segundos cumprirem o que lhes é determinado e por estarem inseridos num meio que não é o seu ficam à mercê das decisões tomadas por outros, o que constitui uma limitação às suas aptidões (Reis, 2007). Uma das puérperas entrevistadas identificou esta problemática dos cuidados, quando verbalizou a seguinte necessidade sentida: *“... houve uma altura em que eu pedi mesmo à enfermeira – não faça, ensine-me. É aquele instinto, vocês já fazem aquilo com tanto à vontade que não fazem por mal, por exemplo, quando era para dar a mama vocês chegavam lá e eles pegavam bem e maravilha pegou, mas na próxima mamada nós ficávamos tipo: a enfermeira fez como, pegou como?” (E9).*

À medida que os pais acompanham e participam nos cuidados, de acordo com as suas capacidades e desejos, a sua segurança aumenta e vão adquirindo o poder dado pela prática (Cardoso, 2010), tal como declararam: *“Quando era a primeira vez que realizávamos alguma coisa diferente, as enfermeiras demonstravam e depois nas seguintes já pediam para ser eu a fazer, mas sempre com a enfermeira ao lado para nos ajudar conforme as nossas dificuldades em particular e parece que não, mas dá-nos confiança a nós para podermos estar a ver se fazemos bem ou não.”* (E9).

Esta participação dos pais nos cuidados tem vindo a ser enfatizada, com vista a manter e fortalecer os papéis, tarefas e normalidade familiar, surgindo, como já referimos, o enfermeiro como elo de ligação. O sentimento de incapacidade dos pais, vistos como meros espectadores no processo de cuidados, deverá ser colmatado, tornando-os capazes de se envolverem, se assim o desejarem, gradualmente, no processo de cuidar (Almeida, 2001).

Alguns casais, durante a realização das entrevistas declararam, explicitamente, o seu agrado em participarem nas práticas de cuidados ao recém-nascido e, para além disso, valorizaram a actividade de supervisão de Enfermagem durante a realização das mesmas, pois consideraram ficar mais confiantes durante a execução desses cuidados. Tal como é possível perceber por estes excertos: *“...perguntaram se eu queria ir com ele e eu fui e senti-me mais confortável em ir e até ajudei, porque ele mexia-se muito quando estava a fazer a vacinação...”* (E5); *“E as intervenções foram sempre no sentido de nos ajudarem a perceber como é que funcionava, a ensinar, não para substituir, até porque à medida que faziam os gestos explicavam como é que se fazia e pediam à minha mulher para tentar fazer, de modo a ficarmos mais independentes...”* (E13).

Na década de oitenta, o modelo de Anne Casey (1995 cit. in Almeida, 2001) atribui ao enfermeiro um papel de supervisão, sendo a sua intervenção reduzida ao máximo, permitindo as inter-relações entre família e recém-nascido e procura dar resposta aos desafios das atitudes tradicionais enraizadas nas práticas de Enfermagem. Também, levanta questões acerca da responsabilidade da prática dos cuidados e tem por base o pressuposto de que os pais são os melhores prestadores de cuidados para o filho, o que implica o envolvimento parental activo, na assistência ao recém-nascido, resultando numa maior satisfação para os pais e para os profissionais de saúde.

O papel do enfermeiro, segundo este modelo, será desenvolver actividades de cuidados de Enfermagem, informar e orientar os membros da família e encaminhá-los para outros profissionais, quando necessário (Almeida, 2001).

O modelo baseia-se na negociação e respeito pela vontade dos pais, conhecendo as suas necessidades, desenvolvendo estratégias de apoio que os envolvam e lhes transmitam confiança, assegurando que, caso não haja este envolvimento, os cuidados serão prestados pelo enfermeiro. Nesta óptica, a supervisão será o ângulo dos cuidados de Enfermagem, sendo que, estes profissionais apenas deverão intervir directamente, substituindo os pais quando solicitados pelos próprios ou se estes não demonstrarem vontade ou aptidões para obter ganhos em saúde. Portanto, o modelo visa incitar nos pais a vontade de responder adequadamente às necessidades de cuidados do filho.

Os profissionais de saúde necessitam de alterar condutas, para serem capazes de proporcionar confiança aos progenitores nas suas capacidades e habilidades para assumirem as responsabilidades parentais mas, por outro lado, também é fulcral que os pais se apropriem de informação acerca das mudanças que ocorrem neste período e dos seus deveres e direitos, de modo a assumirem o controlo das acções.

Os enfermeiros enquanto veículos de transmissão de informação que sustentem a livre tomada de decisões parentais baseadas, conscientemente, nos benefícios e riscos funcionam como uma mais-valia na promoção da parceria dos cuidados. A esta perspectiva do cuidar é subjacente o pressuposto que, qualquer momento, usualmente denominado como sendo de educação tem diversas visualizações e compreensões da sua conceptualização científica (Couto, 2003), mas “ (...) o primeiro princípio básico de ensino e aprendizagem é que a aprendizagem deve ser activa. O casal deve estar envolvido no processo. O segundo princípio é que a aprendizagem deve ser significativa (...)” (Burroughs, 1995, p. 148).

Esta visão acerca da prestação de cuidados tem profundas implicações no atendimento à grávida, parturiente e puérpera e é uma conquista fundamental na área da saúde com tendência para afastar a tradicional escola paternalista e primar por centrar o cuidar enquanto decisão, nos utentes (Leitão, 2010).

3.2.3.2 Relações de Poder

O hospital é sempre considerado um lugar estranho para a mulher e família/acompanhante, independentemente do nível de qualidade, o que muitas vezes pode gerar angústia, ansiedade, insegurança, entre outros sentimentos (Carraro et. al, 2008).

A organização dos cuidados de Enfermagem por si só é também, muitas vezes, uma barreira para os próprios pais. O planeamento das intervenções não tem em atenção as necessidades dos pais, é pouco flexível e a própria estrutura funcional da organização não possibilita a variabilidade (Cardoso, 2010). A visão desta situação de desigualdade é dificultada, ainda, pela naturalização dos hábitos e rotinas enraizados na prestação de cuidados.

A prevalência do modelo biomédico permite que os enfermeiros fiquem numa posição de poder relativamente à família. Poder esse que advém dos seus conhecimentos científicos e das competências técnicas, o que talvez possa limitar a participação dos pais.

Os progenitores, muitas vezes, aceitam “ (...) com passividade e conformismo as decisões dos profissionais, detentores do saber, apesar de esta aceitação lhes provocar sofrimento” (Reis, 2007, p.29); como podemos constatar no seguinte excerto: “ ...às vezes levavam o bebé para prestar cuidados e nunca me perguntaram se eu também queria ir e ver o bebé a ir custa um bocadinho. Eu preferia ter ido também, mas acanhei-me em perguntar se podia, até porque, deduzo que se não me convidaram a ir é porque não podia ir.” (E12).

Os profissionais parecem, segundo a análise das entrevistas, não valorizar o interesse parental em acompanhar o recém-nascido aquando da necessidade de prestar cuidados fora da enfermaria e para além disso, tendem a substituir os pais indiscriminadamente. Estes aspectos parecem ser relevantes à luz das relações de poder em análise, na medida em que os pais demonstraram descontentamento e desconforto no atendimento destas necessidades, tal como é possível identificar nos seguintes trechos: “...eu ia pegar na toalhinha para limpar o bebé e ela não deixou, disse que era mais fácil ser ela, se calhar com medo que eu o partisse ou que não conseguisse limpar, portanto (riso)!” (E1); “...as enfermeiras acabaram por levar a bebé e entretanto trouxeram-na e disseram que estava tudo bem, para eu não me preocupar e pronto e só, que era normal e não tive hipótese de

fazer mais perguntas...” (E3);“Eu gostava de ter dado o banho ao bebé, mas não me perguntaram se eu queria e começaram logo com as técnicas rápidas delas a despi-lo...” (E4); quando levaram o bebé para pesar ou para vacinar ninguém me questionou se eu queria ir ...” (E11).

Os serviços de saúde oferecidos deveriam ser locais em que as mulheres pudessem ser capacitadas “(...) como agentes activas nas mudanças e tomada de decisão, a fim de minimizar o viés hierárquico do modelo assistencial e de género presente na assistência prestada às mulheres” (Griboski e Guilhem, 2006, p. 113). Continuando na perspectiva do mesmo autor, a despersonalização das figuras parentais é perpetuada através de uma relação de subordinação, na qual o profissional de saúde é o actor principal permitindo apenas aos pais uma participação coadjuvante, isto é, quando estes ajudam é para favorecer a assistência em saúde e não a sua própria autonomia.

Ao conceito de autonomia é inerente “a capacidade que o Homem encerra em si de aceder à verdade moral e através desse processo determinar o seu modo de agir. É portanto na natureza racional do Homem que assenta a autonomia” (Leitão, 2010, p.19).

Daí compreender-se o interesse subjacente à necessidade de promover a formação de consciência crítica sobre a autonomia e o poder de escolha dos pais reconhecendo-os com carácter activo em todo este processo e não apenas como coadjuvante da sua própria experiência, favorecendo o empoderamento dos progenitores que tomem decisões baseadas nas suas necessidades, nos seus saberes e, conseqüentemente, adquirem mais saúde e liberdade (Cardoso, Santos e Mendes, 2007).

Encarar os progenitores como árbitros desta experiência fornecendo-lhes informação que lhes permita ter controlo sobre a situação reduz sentimentos de incerteza na fase da adaptação. E por outro lado acredita-se que, partilhar os saberes médicos e de Enfermagem com os pais dá algum alívio à equipa, que por sua vez encontrará neles uma melhor e mais activa colaboração (Reis, 2007, p.41). Logo, só serão alcançadas as verdadeiras necessidades de cuidados, reforçando a possibilidade de aquisição de informações que ampliem competências parentais e a percepção que os mesmos têm acerca da sua auto-eficácia na execução destes papéis.

É fundamental reconhecer o seguinte pressuposto básico: os cuidados devem ser centrados no respeito pela dignidade dos utentes. O envolvimento dos profissionais de saúde, a fim de que o reconhecimento desse direito parental seja realmente alcançado parece contribuir para que a vivência deste processo transaccional seja a mais plena possível.

3.2.4 Suporte Emocional

3.2.4.1 Rede de Apoio Familiar

O pós-parto é um período caracterizado por algumas dificuldades, muitas das quais relacionadas com o âmbito psicossocial, reflectindo-se não só a nível pessoal, como na relação com os outros. Vários factores interrelacionados foram associados a estas dificuldades, como a fadiga, a disponibilidade para o auto cuidado - que se entende como as medidas utilizadas pela mulher no sentido de favorecer o seu bem-estar físico e emocional - as relações familiares após o nascimento da criança, a relação conjugal e a relação com a família de origem e amigos (Alves, 2008).

O pós-parto é uma fase permeada de acções, que implicam zelar e precaver-se de complicações, nas quais muitas crenças e tabus seculares estão presentes. Segundo Costa (cit. por Stefanello, Nakano e Gomes, 2008, p.280), tais cuidados estão relacionados com a "higiene do corpo, a alimentação, actividade física, actividade sexual, exposição a variações de temperatura, manutenção do aleitamento materno, cuidados com a ferida operatória ou perineal, e cuidados para manter-se tranquila".

Existem portanto, determinados mitos e tabus que são vivenciados pela mulher, o que leva à criação de dúvidas, tornando-se necessário esclarecê-las e desmistificar os mitos e crenças presentes, principalmente aqueles que se referem às questões físicas, emocionais e sexuais. Percebe-se assim que, os códigos de conduta, a listagem interna de cada um sobre o que é adequado ou inadequado, são construídos no processo de socialização e, portanto, estão intimamente ligados à cultura (Flores e Amorim, 2007).

Stefanello, Nakano e Gomes, (2008) depreenderam que as práticas de cuidado nesta fase são transmitidas de geração em geração por crenças, costumes e tabus. E, é nesse

sistema de representações culturais que as mulheres vão construindo as suas representações do que significa ser mãe, sendo a família o primeiro veículo dessa socialização.

Este trabalho demonstrou também que, muitas condutas orientadas por profissionais de saúde não apresentam os resultados esperados, uma vez que, não consideraram nas suas intervenções o contexto e as vivências das mulheres em particular. Concluíram ainda que, as práticas de saúde que visam os cuidados relativos ao período do puerpério necessitam da inclusão de outros sujeitos, também agentes nesse processo, que são muitas vezes os demais membros da família.

Por outro lado, “nas sociedades ocidentais face à dispersão da família alargada, especialmente nas zonas urbanas, as jovens e futuras mães participam cada vez menos nas práticas cuidativas às crianças, dificultando a aprendizagem para a maternidade” (Santiago, 2009, p.106). Uma das puérperas disse-o claramente, através do seguinte discurso: “...só senti dificuldades quando as visitas foram embora, quando fiquei sozinha (...). E, até aí tudo bem, a partir do momento que eles se foram embora eu fiquei sozinha com um bebé e sem a ajuda deles, não sabia o que fazer...” (E2). Portanto, “ (...) a rede de apoio nessa etapa é importante, pois a mulher experiencia uma nova fase em sua vida, em que pode não estar preparada para superar” (Alves et al., 2007, p.225).

Através dos depoimentos das puérperas entrevistadas percebe-se que a rede de apoio era um factor muito importante para as mesmas, especialmente no que concerne ao papel do companheiro - “O que me custava muito era principalmente quando o meu marido saía, aquelas horas todas até ao outro dia, eu senti muito a falta da companhia dele.” (E9); “Sentia-me mais sozinha, quando o meu marido vinha para casa. Sentia-me um bocado sozinha, mais fragilizada, apesar de saber que se precisasse tinha lá sempre alguém, mas faltava o apoio dele.” (E12); “Apesar de ter sempre gente disponível e de saber que podia deixar a bebé lá com alguém eu sentia a falta dele e, por isso, acho que o horário do pai devia ser mais alargado...” (E13).

Com base nos relatos apresentados “ (...) e associando-se a fragilidade física, emocional e psíquica com que a mulher se debate no período do puerpério, a segurança e qualidade na realização das primeiras práticas cuidativas à criança são, mais facilmente conseguidas junto da família alargada (...)” (Santiago, 2009, p.128). Pois, “o individuo hospitalizado continua a ser um membro da sua família e da comunidade, regressando ao meio de onde veio” (Adam, 1994, p. 145).

Contudo, durante o internamento pós-parto a mulher encontra-se longe do seu habitat natural e precisa que esse desconforto seja minimizado, tal como, se verifica na análise desta mensagem “...às vezes, ninguém me perguntava se estava tudo bem e se precisava de alguma coisa e só isso já era suficiente para ficar mais confortável naquelas horas todas sem a família.” (E11).

As emoções evidenciadas pelas puérperas nem sempre são uma tarefa fácil a trabalhar, pois envolvem dimensões que poderão colidir com a segurança adquirida através dos procedimentos nos quais os enfermeiros sentem maior à-vontade. Contudo, muitas vezes, o simples facto de orientar a mulher e a família para os contextos que os rodeiam, familiarizando-os com a unidade, rotinas, recursos e pessoal de saúde reduz uma potencial ansiedade causada pelo desconhecido. Sabendo como e a quem pedir assistência, e o que se pode esperar em relação aos recursos e serviços existentes repercute-se num sentimento de maior confiança dos progenitores relativamente ao meio envolvente, durante o internamento (Lowdermilk e Perry, 2008).

A Teoria das Transições, proposta por Meleis, defende que o suporte emocional de pessoas próximas é um recurso facilitador para a vivência de qualquer transição, o que é concordante com os resultados obtidos, especialmente no que se refere ao apoio do companheiro às puérperas.

3.2.4.2 Partilha de Experiências

A experiência do parto produz efeitos na auto-estima da mulher, podendo favorecer ou prejudicar sua disponibilidade emocional para com o recém-nascido após o parto. Contribuem para um entendimento positivo de si mesmas alguns factores, entre os quais, podem ser citados: a oportunidade de expressar os seus sentimentos e necessidades e, a percepção de que seus sentimentos são aceites e respeitados (Lopes *et al.*, 2005).

Para Meleis *et al.* (2000), o sentir-se situado e localizado, ajuda à compreensão do fenómeno e pode ocorrer, por exemplo, através de comparações com pessoas na mesma etapa do ciclo familiar. Sabendo que, este tipo de partilha de experiências é facilitador das transições de vida, cabe ao enfermeiro facilitar a ocorrência das mesmas.

Em concordância, seis das puérperas entrevistadas referiram explicitamente a necessidade de falarem acerca da experiência do parto e da maternidade, enquanto momento de partilha. Considera-se que os seguintes excertos elucidam acerca da escolha desta categoria: *“...falei da minha experiência do parto com a mulher com quem partilhava a enfermaria e ouvi a dela. É importante para nós percebermos que não foi só o nosso parto que foi difícil.”* (E1); *“...quando ia ao kit tirar leite, eu e as outras mulheres que lá estavam só falávamos destas coisas da maternidade e partilhávamos as dificuldades...”* (E6); *“O que eu também senti foi que precisava de falar do parto...foi uma coisa tão mágica, tão fantástica que a pessoa tem necessidade de contar, de dizer aos outros, de querer mostrar às outras pessoas...naquelas horas a pessoa não tem mais tema de conversa a não ser o filho-parto, parto-filho...”* (E9); *“...senti necessidade de recapitular os momentos do parto com o marido e com a minha mãe.”* (E10); *“...precisei muito de falar do que aconteceu no parto, do que se passou, principalmente com o meu marido.”* (E12); *“Sentia muita vontade de falar do parto a quem me ia visitar.”* (E13).

Esta partilha e apoio, em especial do companheiro é fundamental, para ajudar a mulher a adaptar-se às alterações e mudanças que ocorrem durante o período puerperal e para além do apoio familiar, as sessões em grupo são momentos que permitem estabelecer relações sociais, expressar e partilhar dificuldades e preocupações dos progenitores (Torre, 2001).

Concordantemente, “centrarem-se, analisarem e aceitarem estas experiências ajuda-os a passarem à fase seguinte. Alguns pais utilizam a equipa de saúde ou outras mães como audiência, enquanto que os outros se sentem mais confortáveis falando sobre estas experiências com a família ou os amigos” (Lowdermilk e Perry, 2008, p.530).

3.3 Papel dos Enfermeiros – Uma Perspectiva Parental

A dimensão “Papel enfermeiros - uma perspectiva parental” tem como categoria única as competências técnico-científicas e relacionais. O quadro que se segue esquematiza a categoria e subcategorias inerentes a esta dimensão em análise.

Quadro 5: Perspectiva parental acerca do papel dos Enfermeiros.

DIMENSÃO	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
Papel dos Enfermeiros - Uma Perspectiva Parental	Competências Técnico- Científicas e Relacionais	- Disponibilidade - Continuidade na prática dos cuidados - Individualização dos cuidados

3.3.1 Competências Técnico-Científicas e Relacionais

A intervenção dos enfermeiros é predominantemente reconhecida através de competências técnico-científicas e relacionais.

Torre (2001), através do trabalho de investigação que desenvolveu concluiu que, as competências técnico-científicas que os utentes identificam nos enfermeiros parecem estar fortemente relacionadas com respostas a actividades de prescrição médica, e não tanto num paradigma que atenda a pessoa no seu contexto familiar e social e as competências relacionais parecem estar ligadas a aspectos de postura e atitude.

Esta categoria não apresenta uniformidade quanto aos testemunhos recolhidos. Foi possível constatar que, ou as expectativas dos utentes, relativamente, ao papel do enfermeiro eram díspares ou as intervenções executadas pelos diferentes elementos da equipa de Enfermagem não seguiam uma linha comum. Para além disso, acontece que, muitas vezes, “a importância que se atribui a cada necessidade varia de pessoa para pessoa e, numa mesma pessoa, essa importância varia de um momento para o outro” (Adam, 1994, p. 116).

3.3.1.1 Disponibilidade

Pais e mães querem ser ouvidos, conversar com alguém que tenha paciência e lhes explique as suas dúvidas. Neste sentido, necessitam de sentir confiança em quem cuida e de encontrar respostas para as suas inquietações.

A disponibilidade dos elementos da equipa de Enfermagem foi a subcategoria mais vezes enumerada pelos entrevistados, tal como se pode verificar através dos indicadores que se passam a apresentar: *“Sempre que toquei à campainha para pedir alguma coisa houve sempre alguém disponível...”* (E1); *“...houve uma prontidão na resposta à chamada...”* (E3); *“E estiveram sempre disponíveis para esclarecer as dúvidas...”* (E4); *“...mostraram-se sempre disponíveis.”* (E5); *“Fosse tarde, noite, a qualquer hora estavam sempre dispostas a ajudar...”* (E9); *“Os enfermeiros estiveram sempre lá para nós...”* (E10); *“Foi preciso ajuda e tivemos sempre um enfermeiro disponível.”* (E13).

Nos depoimentos apresentados é possível identificar, em apenas um deles, descontentamento - *“Nunca ninguém se chegou ao pé de mim para nada...achei, pela minha experiência que não estavam interessadas em disponibilizar ajuda ou então pensam que nós já sabemos tudo”* (E2). Nos restantes depoimentos verificamos que, a disponibilidade dos enfermeiros é um aspecto bastante valorizado pelos pais. Na sua maioria, mostraram-se muito satisfeitos com este aspecto da prestação de cuidados de que foram alvos aquando do internamento pós-parto.

Para Almeida (2001), a natureza dos cuidados de Enfermagem coloca os enfermeiros numa posição central e privilegiada para fazer o intercâmbio de informação entre os pais e a equipa de saúde. Alguns pais solicitam explicações aos enfermeiros, pois consideram-nos acessíveis e capacitados para lhes dar apoio e valorizam as atitudes de respeito e consideração, julgando-as indispensáveis na relação interpessoal (Cunha, 2000).

3.3.1.2 Continuidade na Prática dos Cuidados

A continuidade na prática dos cuidados foi uma subcategoria que emergiu, uma vez que é possível perceber a sua relevância através dos seguintes trechos: *“Continuidade estabelecia-se, a informação que nos era transmitida era sempre coerente de uns elementos para os outros ...”* (E1); *“... a informação foi sempre dada de igual forma.”* (E4).

Parecem pertinentes para a análise e discussão dos resultados as citações enumeradas, uma vez que permitem perceber que são valorizadas as informações com coerência dentro da equipa. Para as figuras parentais o facto de a informação que lhes é fornecida não ser díspar entre enfermeiros evita sentimentos de desconfiança e de ambiguidade, relativamente aos cuidados prestados.

Por outro lado, parece ser possível entender que os pais percebem as passagens de turno como algo importante para a continuidade dos cuidados, uma vez que estes percebem que o enfermeiro do turno seguinte já é detentor de informações importantes acerca deles, tal como verbalizam: *“...nota-se que passam umas às outras a informação daquilo que vamos precisando.” (E8); “...notava-se que depois das mudanças de turno, a nova enfermeira que ficava connosco já sabia aquilo em que sentíamos mais dificuldades.” (E13).*

O ambiente hospitalar poderá ser por si só proporcionador de situações que fogem ao controlo do ser humano fragilizado. Os profissionais envolvidos no cuidar não podem perder de vista a compreensão dessas necessidades, dando oportunidade de sistematizar o cuidado numa perspectiva integral, humanizada e com qualidade, de modo que, na prática clínica, estratégias inovadoras possam e devam ser desenvolvidas pelos profissionais de saúde (Vasconcelos, Leite e Scochi, 2006). É justamente neste momento que o papel do enfermeiro se torna importante e significativo (Fraga e Pedro, 2004).

3.3.1.3 Individualização dos Cuidados

Para Pacheco *et al.* (2005), o que pode fomentar o bem-estar e a vivência mais adaptada desta fase inicial da transição para a parentalidade é o reconhecimento que diferentes indivíduos podem ter, em diferentes momentos, diferentes necessidades de ajuda, que devem ser adequadas a apoios diferenciais, tendo em conta as suas preocupações, dificuldades e processos desenvolvimentais.

Reconhecer que a equipa de Enfermagem percebe quais as necessidades particulares de determinados pais é muito satisfatório para os progenitores, tal como se pode verificar nos seguintes depoimentos: *“A equipa identificou que essa era a nossa maior preocupação e tentaram sempre esclarecer-nos em relação a esse ponto.” (E4); “...faziam mesmo questão que fizéssemos perguntas, para que saíssemos minimamente informados acerca das nossas dúvidas em particular.” (E6).*

Para Hesbeen (2001), antes de tudo, o que mais ajuda e contribui para se criar o sentimento de se estar a ser considerado como uma pessoa e não como um objecto de

cuidado é um acolhimento caloroso acompanhado por palavras reconfortantes e por algumas informações, que incluem a identificação do enfermeiro prestador de cuidados e a abordagem de algumas rotinas relativas ao funcionamento do serviço de puerpério. Esta citação é bem patente num dos relatos: *“Eu achei extremamente curioso na madrugada que entrei, a enfermeira que me recebeu apresentou-se e disse-me que era ela que ia ficar comigo toda a noite e orientou-me um pouco, portanto, aconchegou-me num ambiente em que era tudo novo e eu achei esse cuidado muito importante...”* (E9).

A individualização dos cuidados pressupõe que os utentes identifiquem e saibam quem são os prestadores de cuidados e o que podem esperar de cada um deles. Contudo, os dados encontrados demonstram que, na prática, nem sempre é o que constata. Buresh e Gordon (2004), afirmam que, actualmente, os utentes nem sempre estão seguros de quem é que são as enfermeiras e do que é que elas fazem, pois não sabem exactamente, quem é quem dentro da instituição. Para colmatar esta lacuna as enfermeiras “podem apresentar-se e insistir em práticas de nomeação que afirmem a sua identidade pessoal e profissional; ou então aparecer apenas como um elemento de uma massa indistinta” (Buresh e Gordon, 2004, p. 61).

A maioria dos entrevistados demonstraram não saber quem eram os enfermeiros que lhes prestavam cuidados, situação essa que era do desagrado de grande parte deles, como se pode compreender nestes exposições: *“...não trazia cartão de identificação e não diziam o nome directamente e isso transmitiu-me alguma insegurança ... não sei se eram enfermeiras se eram auxiliares ...”* (E1); *“às vezes, nem sei se eram enfermeiras ou se eram auxiliares...por acaso tive sorte, a enfermeira foi muito simpática...”* (E2); *“As pessoas que nos prestam cuidados não se identificam...”* (E5); *“...uma pessoa gosta sempre de saber o nome de quem nos está a cuidar.”* (E6); *“...não sabia qual era o enfermeiro responsável por mim, as pessoas não se apresentavam e deviam fazê-lo, aliás eu acho até que são obrigados a andarem identificados...”*(E11); *“...não, não me lembro das pessoas se identificarem...em termos de apresentações acho que o nome das enfermeiras nunca ficava muito claro e penso que esse é um aspecto a melhorar...”* (E13).

O agrado manifesto pelos pais, relativamente à individualização dos cuidados, no que concerne à apresentação da profissional de Enfermagem que estará particularmente com eles, em determinado turno, também está manifesto nas seguintes declarações: *“...algumas enfermeiras, quando trocavam de turno tinham o cuidado de vir dizer que iam ficar connosco naquelas próximas horas e isso era bom, porque se sente uma relação mais pessoal, sente que estão mais próximas de nós...”* (E10); *“Algumas enfermeiras tinham o*

cuidado de se apresentar e dizer que no caso de precisarmos de alguma coisa para chamar, assim é melhor, porque sentimos que há ali uma referência mais próxima de nós...” (E12). Contudo, parece nem sempre haver a preocupação em perceber quais as necessidades de cuidados, em particular, de cada utente, tal como nos diz o seguinte indicador: *“Ninguém veio ter comigo para saber se era o primeiro filho, se tinha alguma dificuldade...pelo menos poderiam chegar lá e saber se era o primeiro filho ou se tínhamos alguns conhecimentos e quais eram essas dificuldades...” (E2).*

Ainda, relativamente à categoria competências técnico-científicas e relacionais, de uma forma global, poder-se-á dizer que são valorizadas as competências comunicacionais e relacionais desenvolvidas pelos enfermeiros, de modo a promover o apoio aos pais, de forma sensível e empática.

A família ou pessoas de referência têm uma posição privilegiada no processo de adaptação à parentalidade, contudo, a necessidade e a importância do apoio à puérpera no pós-parto deve ser mais alargada. A especificidade e competência técnico-científica que deve estar patente nos cuidados de Enfermagem torna este profissional de saúde num recurso relevante neste percurso de adaptação à parentalidade (Torre, 2001).

Subsídios provenientes dos referenciais sociais e psicológicos, para a reorganização da assistência, incluindo novas percepções sobre o meio onde o recém-nascido está inserido poderão ser importantes aquando do contacto directo com as famílias. Assim, além da competência técnico-científica para atender às necessidades decorrentes do diagnóstico e terapêutica, o enfermeiro necessita de instrumentos teóricos sobre crescimento, desenvolvimento e relações interpessoais que possibilitem compreender a dinâmica familiar.

“O acolhimento, o ouvir, a disponibilidade e a criatividade dos prestadores de cuidados associada aos seus conhecimentos de natureza científica e às competências técnicas, revelam-se nesses casos como componentes essenciais a um cuidar de qualidade” (Hesbeen, 2001).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo permitiu compreender de que forma alguns progenitores vivenciaram a transição para a parentalidade durante o internamento pós-parto eutócico. A generalização dos resultados obtidos não era uma meta a atingir, contudo foi possível perceber as necessidades de cuidados de Enfermagem que determinados pais e mães identificaram neste período de vida, num determinado serviço de obstetrícia.

Numa fase inicial foi desenvolvido o referencial teórico como forma de explicar o contexto geral inerente ao conceito de parentalidade e de transição de vida que este processo acarreta. Concomitantemente, contextualizou-se e aprofundou-se o objecto de estudo com o recurso à investigação, cuja evidência científica nesta área, fosse a mais actual possível.

O paradigma inerente à presente investigação é de cariz qualitativo. A colheita dos dados foi efectuada através de entrevistas semi-estruturadas, a 26 participantes (treze mães e treze pais). Posteriormente, recorreu-se à análise dos dados, categorizando as unidades de registo, tendo subjacente os princípios propostos por Bardin (2009).

A análise dos dados permitiu identificar três dimensões: experiência da parentalidade nas primeiras 48 horas pós-parto, necessidades de cuidados de Enfermagem e a perspectiva parental acerca do papel do enfermeiro, das quais emergiram categorias e subcategorias.

Da dimensão “Experiência da Parentalidade nas Primeiras 48 Horas Pós-Parto” foi possível diferenciar as características do processo de transição maternal das do processo de transição paternal, pois emergiram diferentes subcategorias. Relativamente às

características do processo de transição maternal, as subcategorias identificadas foram: fatigante e ambivalente. Quanto ao processo de transição paternal as características que estiveram na origem das subcategorias foram: observante e secundário.

Constatou-se que, a vivência das primeiras 48 horas pós-parto apresenta características díspares, conforme o género dos progenitores – feminino *versus* masculino. A forma como pais e mães experienciam e o significado que atribuem aos acontecimentos neste período de tempo são expressos, relatados e sentidos de forma diferente. As figuras maternas destacam o cansaço físico e um estado psicológico que varia entre a alegria e uma certa tristeza, que não conseguem especificar claramente. Por outro lado, as figuras paternas vislumbram o seu papel como acessório, num cenário em que mães e recém-nascido interpretam os papéis centrais.

“Necessidades de Cuidados” foi outra das dimensões em análise, através da qual foi possível perceber que as figuras parentais apresentam e identificam claramente necessidades de cuidados. Para ultrapassarem estas dificuldades, pais e mães verbalizam que o suporte da equipa de Enfermagem é fundamental.

Desta dimensão emergiram as seguintes categorias: aquisição de competências parentais, vigilância de saúde da mulher, parceria nos cuidados e o suporte emocional.

A aquisição de competências parentais inclui os procedimentos que os pais identificaram como imprescindíveis para dar resposta ao cuidar do recém-nascido, traduzindo-se nas seguintes subcategorias: amamentação, banho do recém-nascido, coto umbilical e cólicas. Os pais esperam que os enfermeiros os ajudem a adquirir habilidades e mestria para lidar com as situações supracitadas, de modo a se sentirem autónomos aquando do regresso ao domicílio.

Quanto à vigilância de saúde da mulher foi possível subcategorizar esta necessidade de cuidados de Enfermagem nos seguintes itens: cuidados perineais, lóquios, reinício actividade sexual e cuidados com as mamas. É importante que a mulher seja capaz e se sinta confiante, após a alta, na gestão do auto-cuidado, pois o conhecimento do que é expectável é um dos factores facilitadores da transição para a parentalidade, segundo o referencial teórico adoptado – Teoria das Transições.

O papel parental no seio do ambiente hospitalar e as relações de poder entre enfermeiros e pais foram as duas subcategorias em análise relativamente à categoria: parceria nos cuidados. Os resultados obtidos permitem compreender que, entre pais e enfermeiros, há uma relação que é pouco equitativa, relativamente ao exercício do poder.

Os progenitores pretendem e identificam a necessidade de serem integrados e participarem activamente nas decisões e intervenções de Enfermagem que promovam o exercício autónomo da parentalidade. À medida que a hospitalização decorre, os pais devem participar e assumir de forma crescente o controlo dos cuidados.

O suporte emocional, por sua vez, é a categoria que dá origem às seguintes subcategorias: rede de apoio familiar e à partilha de experiências. Da análise dos dados foi possível entender que a rede de apoio familiar, especialmente, no que concerne ao companheiro e a partilha da experiência vivida eram factores positivamente considerados.

Relativamente à dimensão "Papel do enfermeiro - uma perspectiva parental", identificou-se a seguinte categoria - competências técnico-científicas e relacionais, da qual emergiram as seguintes subcategorias: disponibilidade, continuidade na prática dos cuidados e individualização dos cuidados.

Pais e mães valorizaram enfermeiros que, durante o exercício profissional demonstraram disponibilidade, continuidade na prática dos cuidados e individualização na assistência oferecida, tratando-os como indivíduos únicos, com necessidades específicas.

Logo, dos resultados obtidos, conclui-se que a demonstração de flexibilidade e receptividade para esclarecer dúvidas, executar procedimentos e supervisionar as competências parentais, bem como a existência de uma linha comum, orientadora das práticas entre todos os elementos da equipa de Enfermagem é promotor de uma vivência mais adequada da transição para a parentalidade.

Portanto, depreende-se que existem uma série de condicionantes à experiência da transição para a parentalidade no pós-parto e que os enfermeiros são um importante recurso na mobilização e optimização dos mesmos. Contudo, o papel fulcral, destes elementos da equipa de saúde, tem que ser baseado não só nas competências técnicas, mas também no desenvolvimento de estratégias que possibilitem identificar claramente as necessidades dos progenitores, para que as intervenções delineadas sejam promotoras da transição para a parentalidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBARELLO, Luc [et al.] - *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva, 1997.
- ADAM, Evelyn – *Ser Enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget, 1994.
- ALMEIDA, Ana Paula de Jesus e Silva Miranda - *Recém-nascido internado numa UCIRN: que participação dos pais nos cuidados?* Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2001. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem.
- ALVES, Alexandra Maria [et al.] – A Enfermagem e Puérperas Primigestas: Desvendando o Processo de Transição ao Papel Materno. *Cogitare Enferm*. Vol. 12, nº4 (Out/Dez. 2007), p.416-27.
- ALVES, Maria da Graça Cerqueira – *Factores que Influenciam a Sexualidade Feminina Depois do Parto*. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, 2008. Tese de Mestrado em Sexualidade Humana.
- AMORIM, Melania M. R.; KATZ, Leila - O papel da Episiotomia na Obstetrícia Moderna. *Femina* [Em linha]. Vol. 36, nº 1 (Jan. 2008), p. 47-54 [Consult. a 04 Jun. 2011]. Disponível na internet: URL: http://nucleobemnascer.com.br/assets/ckfinder/files/episio_femina.pdf .
- ARIKAN, Duygu [et al.] - Effectiveness of massage, sucrose solution, herbal tea or hydrolysed formula in the treatment of infantile colic. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 17, nº 13 (Jul. 2008).
- CAMPOS, D. A.; MONTENEGRO, N. ; RODRIGUES, T. – *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. 2ª ed. Lisboa: Lidel, 2008.
- BADINTER, Elisabeth - *O Amor Incerto*. Lisboa: Relógio d'Água, 1998.
- BARDIN, Laurence - *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

- BARDIN, Laurence – Análise de Conteúdo. 4ª ed. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BASTO, Marta Lima – Da (In)visibilidade do Trabalho das Enfermeiras à Produção de Saberes em Enfermagem: Cuidados Prestados num Centro de Saúde. *Enfermagem*. Vol. 23, nº1 (Jan./Jun. 2005), p.25-41.
- BELFRAGE, E. [et al.] - Care of the umbilical cord: a review the evidence - comparative efficiency of chlorhexidine and ethanol in umbilical Care. *Scand J of Inf Dis*. Vol. 17, nº4 (1985).
- BELL, Judith – *Como Realizar um Projecto de Investigação: um guia para a pesquisa em ciências sociais e da educação*. 3ªed. Lisboa: Graviva, 2004.
- BURESH, Bernice; GORDON, Suzanne – *Do Silêncio à Voz*. Coimbra: Ariadne Editora, 2004.
- BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari – *Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora, 1994.
- BRANDEN, Pennie Sessler – *Enfermagem Materno-Infantil*. 2ªed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2000.
- BUENO, Lais Graci dos Santos; TERUYA, Keiko Miyasaki - Aconselhamento em amamentação e sua prática, *Jornal de Pediatria* [Em linha]. Vol.80, nº 5 (Nov. 2004). [Consult. 2 de Jun. 2011]. Disponível na internet: WWW:URL:<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a03.pdf>.
- BURROUGHS, Arlene – *Uma Introdução à Enfermagem Materna*. 6ªedição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- CANAVARRO, Maria Cristina – *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora, 2006.
- CARDOSO, Ana Cristina de Almeida – *Experiências dos Pais na Hospitalização da Criança com Doença Aguda: Contributos para a Enfermagem Pediátrica*. Porto: Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2010. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem.
- CARDOSO, A. M. R.; SANTOS, S. M.; MENDES, V. B. - O pré-natal e a atenção à saúde da mulher na gestação: um processo educativo? *Diálogos Possíveis* [Em linha]. (Jan./Jun. 2007), p. 141- 159. [Consult. 10 Fev. 2011]. Disponível na Internet: <http://faculdadesocial.edu.br/dialogospossiveis/artigos/10/11.pdf>.
- CARRARO, Telma Elisa [et al.] - O papel da Equipe de Saúde no Cuidado e Conforto no Trabalho de Parto e Parto: opinião de puérperas. *Texto Contexto Enfermagem* [Em linha].

Vol. 13, nº 3 (Jul./Set. 2008), p. 502-509. [Consult. 2 Jun. 2011]. Disponível na Internet: URL: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n3/a11v17n3.pdf>.

- CHENG, C.; FOWLES, E.; WALKER, L. - Postpartum Maternal Health Care in the United States: A Critical Review. *Journal of Perinatal Education*. Vol. 15, nº 3 (Summer 2006), p. 34-42.

- CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM: *versão 1.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006.

- COLMAN, Libby L.; COLMAN, Arthur D. – *Gravidez: a experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri, 1994.

- COUTO, Germano – *Preparação para o Parto*. Loures: Lusociência, 2003.

- CUNHA, Maria Luzia Chollopetz – Recém-nascidos Hospitalizados: a vivência de pais e mães. *R. Gaúcha Enferm*. Vol. 21 (2000), p.70-83.

- DECRETO-LEI nº 99/2003. *D.R. I Série – A*. Nº 197, 27 Agosto de 2003, p. 5558 – 5561.

- ELLBERG, L.; HOGBERG, U.; LINDH, V. - 'We feel like one, they see us as two': new parents' discontent with Postnatal care. *Midwifery*. Vol/nº 26 (2010), p. 463-468.

- EMMANUEL, E.; DEBRA, C.; FRASER, J. – What Mothers Want: a postnatal survey. *Australian College of Midwives Incorporated*. Vol. 14, nº 4 (Dez. 2001), p. 16-20.

- FERRAROTTI, Franco – *Sociologia*. Lisboa: Editorial Teorema Lda, 1985.

- FERREIRA, António Manuel Rodrigues - *Determinantes da Tomada de Decisão do Tempo de Amamentação*. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2004. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

- FLORES, Andréa L.; AMORIM, Vera C. - Sexualidade na gestação: mitos e tabus. *Revista Electrónica de Psicologia* [Em linha]. Ano I, nº 1 (Jul. 2007). [Consult. 10 Fev. 2011]. Disponível na Internet:<URL:<http://www.pesquisapsicologica.pro.br/pub01/andrea.htm>>.

- FORTIN, M. - *O processo de investigação: da concepção à prática*. 3.ª Edição. Loures: Lusodidacta, 2003.

- FORTIN, M. - *O processo de investigação: da concepção à prática*. 5.ª Edição. Loures: Lusodidacta, 2009.

-FORSTER, Della [et al.] - The Early Postnatal period: Exploring women's views, expectations and experiences of care using focus groups in Victoria, Australia. *BMC Pregnancy and Childbirth*. Jul. 2008, p. 8-27.

- FRAGA, Iara T.; PEDRO, Eva N. – Sentimento das Mães de recém-nascidos Prematuros: Implicações para a Enfermagem. *Revista Gaúcha Enfermagem*. Ano 1, nº25 (Abr. 2004), p. 89-97.

- FRASER, Diane M.; CULLEN, Lindsay - Postnatal management and breastfeeding. *Women's Health Medicine*. Vol. 3, nº5 (2006), p.191-196.
- FREDRIKSSON, G.; HOGBERG, U.; LUNDMAN B. – Postpartum Care Should Provide Alternatives to Meet Parents'need for Safety, Active Participation, and 'Bonding'. *Midwifery*. Vol, nº 19 (2003), p. 266-276.
- FREI, Irena A.; MANDER, Rosemary - The Relationship Between First-time Mothers and Care Providers in the Early Postnatal Phase: an ethnographic study in a Swiss postnatal unit. *Midwifery* (2010).
- GIGER, Joyce N.; DAVIDHIZAR, Ruth E. - *Transcultural Nursing: Assessment and Intervention*. 2ª ed. St. Louis: Mosby, 1991.
- GLADYS, Eugenia C. [et al.] – La Teoría de las Transiciones y la Salud de la Mujer en el Embarazo y en el Posparto. *Aquichan*. Ano 7, vol.7, nº1 (Abril 2007), p. 8-24.
- GOLOMBEK, S. G.; BRILL, P. E.; SALICE, A. L. - Randomized trial of alcohol versus triple dye for umbilical cord care. *Clin Pediatr*. Vol. 41, nº 6 (Aug. 2002), p. 419-423.
- GRAÇA, Mendes – *Medicina materno-fetal*. 3ª ed. Lisboa: Lidel, 2005.
- GRIBOSKI, Rejane A.; GUILHEM, Dirce – Mulheres e Profissionais de Saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. *Contexto Enferm*. Vol. 15, nº1 (2006), p. 107-14.
- HAGUETTE, Teresa Maria Frota – *Metodologias Qualitativas na Sociologia*. 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 1995.
- HELSETH, S; BEGNUM, S - A comprehensive definition of infant colic: parents' and nurses' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*. Vol.11, nº5 (Set 2002).
- HENDERSON, A. [et. al] – Postpartum positioning an attachment education for increasing breastfeeding: a randomized trial. *Birth*. Vol. 28, nº4 (Dec. 2001), p. 236-242.
- HESBEEN, Walter – *Qualidade em Enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência, 2001.
- JUDICIBUS, Margaret; McCABE, Marita. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women - Statistical Data Included. *Journal of Sex Research*. Vol. 39, nº 2 (Mai. 2002), p. 94-103.
- KARP, Harvey - A framework and strategy for understanding and resolving colic. *Contemporary Pediatrics* [Em linha]. Feb 1, 2004. [Consult. 2 de Jun. 2011]. Disponível na internet:<http://contemporarypediatrics.modernmedicine.com/contped/content/printContentPopup.jsp?id=108006>.

- KITZINGER, Sheila – *A Experiência do Parto*. Lisboa: Instituto Piaget, 1984.
- KLAUS, M. H.; KENNEL, J.H.; KLAUSS, P. H. – *Vínculo construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- KOSMINSKY, Fanny S.; KIMURA, Amélia F. – Cólica em Recém-nascido e Lactente: revisão da literatura. *Revista Gaucha de Enfermagem*. Vol.25, nº2 (Agos. 2004), p. 147-56.
- KVIST, Linda J.; PERSSON, Eva 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*. Vol.12, nº 9 (Ag. 2009).
- LEAL, Isabel Pereira– *Psicologia da Gravidez e Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século, 2005.
- LEFF, Joan Raphael. – *Gravidez – a história interior*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- LEITÃO, Filipe João Correia - *Autonomia da mulher em trabalho de parto*. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, 2010. Tese de Mestrado em Bioética.
- LESSARD-HÉBERT, Michelle; GOYETTE, Gabriel; BOUTIN, Gérald – *Investigação Qualitativa: fundamentos e práticas*. 2ª ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2005.
- LÉVY, Leonor; BÉRTOLO, Helena – *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa: Edição Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, 2008.
- LOPES, Rita de Cássia S. [et al.] - O Antes e o Depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. Vol. 18, nº2 (2005), p. 247-254.
- LOWDERMILK, Deitra L.; PERRY, Shannon E. – *Enfermagem na Maternidade*. 7ª ed. Camarate: Lusodidacta, 2008.
- MALDONADO [et al.]– *Lactancia materna: guía para profesionales*. Madrid: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2004.
- MARTINS, José Carlos Amado - *Investigação em Enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética*. *Pensar em Enfermagem*. Vol. 12, nº2 (2º semestre, 2008), p. 62-66.
- MCKELLAR, L.; PINCOMBE, J.; HENDERSON, A. - Encountering the culture of midwifery practice on the postnatal ward during Action Research: An impediment to change. *Women and Birth*. Vol. 22, nº 4 (Dez. 2009), p. 112—118.
- MELEIS, Afaf [et al.] – *Experiencing Transitions: an Emerging Middle-Range Theory*. *Adv Nurs Sci*. Vol.23, nº 1 (Set. 2000), p. 12-28.
- MELEIS, Afaf Ibrahim - *Theoretical Nursing: Development & Progress*. 4ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

-MELNYK, Bernadette M.; FINEOUT-OVERHOLT, Ellen - *Evidence-Based Practice in Nursing and Healthcare: a guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2005.

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

- MENEZES, Clarissa C., LOPES, Rita de Cássia S. – Relação Conjugal na Transição para a Parentalidade: gestação até dezoito meses do bebê. *Psico-USF*. Vol. 12, nº1 (Jan./Jun. 2007), p. 83- 93.

- MURAHOVSKI, Jayme - Cólicas do lactente. *Jornal De Pediatria*. Vol.79, nº2 (Mar./Abr. 2003), p.101-102.

-MURRAY, Enkinn [et al.] – *A guide to effective care in Pregnancy and Childbirth*. 3ª ed. Oxford: Oxford University Press, 2000.

- NEVES, José Luis - Pesquisa Qualitativa: características, usos e possibilidades. *Caderno de pesquisas em administração*. Vol 1, nº 3 (2ªsem. 1996).

- OOMMEN, Hanna [et al.] - Social support provided to Finnish mothers and fathers by nursing professionals in the postnatal ward. *Midwifery*, vol. 27, nº5 (Out. 2011), p. 754-761.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Rede de Cuidados de Saúde Primários – Regulamento dos Centros de Saúde, princípios a salvaguardar*, 2003a.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*, 2003b.

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - *Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural*. Genebra: OMS, 1998.

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - *Educação para uma Maternidade Segura: módulos de educação em obstetrícia*. 2ª ed. Genebra: OMS, 2005.

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - *Postpartum Care of the Mother and Newborn: a Practical Guide*. Genebra: OMS, 1998.

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - *Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático*. Genebra: OMS, 1996.

- PACHECO, Alexandra [et al.] - Antecipação da Experiência de Parto: mudanças desenvolvimentais ao longo da gravidez. *Revista Portuguesa de Psicossomática*. Vol. 7, nº1/2 (Jan./Dez. 2005), p. 7- 41.

- PERREN, Sonja [et al.] – Intergeneration Transmission of Marital Quality Across the Transition to Parenthood. *Family Process*. Vol. 44, nº 4 (2005), p. 441-459.

- PREVIATTI, Jaqueline F.; SOUZA, Kleyde V. - Episiotomia: em foco a visão das mulheres. *Rev. Bras. Enferm.* Vol.60, n.2 (Mar./ Abr. 2007), p. 197-201.

- PROGIANTI, Jane M.; ARAÚJO, Luciane M.; MOUTA, Ricardo J. O. – Repercussões da Episiotomia sobre a Sexualidade. *Revista Enfermagem.* Vol. 1, nº 12 (Mar. 2008), p. 45-49.

-QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. - *Manual de Investigação em Ciências Sociais.* 3.ª ed. Lisboa: Gradiva, 2003.

- QUIVY, Raymond – *Manual de Investigação em Ciências Sociais.* 5ª ed. Lisboa: Gradiva, 2008.

- REIS, Gina Maria Rodrigues - *Expectativas dos Pais Durante Hospitalização da Criança.* Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2007. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

- RELVAS, Ana P.; ALARCÃO M. – *Novas formas de família.* 2ª ed. Coimbra: Quarteto, 2007.

- RICCI, Susan Scott – *Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher.* Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2008.

- RICCO, R.; CIAMPO, L.; ALMEIDA, C. – *Puericultura Princípios e Práticas: atenção integral à saúde da criança e do adolescente.* 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

- ROOS, Vera; COX, Leigh - The experiences of first-time mothers with colic infants who seek help. *Health Sa Gesondheid* [Em linha]. Vol.13, nº1 (2008). [Consult. 10 Fev. 2011].

Disponível na internet:

<URL:[http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=4&hid=4&sid=e986fcbe-d9a2-4239-](http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=4&hid=4&sid=e986fcbe-d9a2-4239-b3dc-ca7dc9cfbfc9%40sessionmgr11)

[b3dc-ca7dc9cfbfc9%40sessionmgr11](http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=4&hid=4&sid=e986fcbe-d9a2-4239-b3dc-ca7dc9cfbfc9%40sessionmgr11)>.ISSN: 1025-9848.

-RUDMAN, Ann; WALDENSTROM, Ulla - Critical views on postpartum care expressed by new mothers. *BMC Health Services Research.* Vol. 7, nº 178 (Nov. 2007).

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

- SAKALA, Carol; CORRY, Maureen P. - Listening to Mothers II Reveals Maternity Care Quality. *Journal of Midwifery & Women's Health.* Vol. 52, nº 3 (Maio/Jun 2007), p. 584-93.

- SALARIYA, E.M., KOWBUS, N.M.; Variable umbilical care. *Midwifery.* Vol. 4, nº2 (Jun. 1998), p. 70-76.

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

- SCHAFFER, H.R. – *Desenvolvimento social da criança.* Instituto Piaget, 1996.

- SANDRE-PEREIRA, Gilza – Amamentação e sexualidade. *Revista Estudos Feministas*. Vol 11, nº2 (Jul./Dez. 2003), p. 467-491.
- SANTIAGO, Maria da Conceição Fernandes – *Percepções e Comportamentos dos Profissionais de Saúde Face à Mulher na Adaptação à Maternidade em Contexto Migratório: contributos para a promoção da saúde da mulher migrante*. Lisboa: Universidade Aberta, 2009. Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde.
- SANTOS, Patrícia A. N.; SILVA, Sueli R. - O trabalho do PSF no Incentivo ao Parto Normal Através do Uso de um Método Psicossomático de Alívio da Dor : relato de caso. *Rev. Min. Enferm.* Vol. 11, nº 1 (Jan./Mar. 2007), p.36-40.
- SCHMIED, Virginia [et al.] -Time to listen: Strategies to improve hospital-based postnatal care. *Women and Birth*. Vol/nº 21 (2008), p. 99—105.
- SCHMIED, Virginia [et al.] - An evaluation of strategies to improve the quality and content of hospital-based postnatal care in a metropolitan Australian hospital. *Journal of Clinical Nursing*. Vol/nº 18 (2009), p. 1850-1861.
- SCHNEIDER, J. F.; MACHADO, M.A.; COLLET, N – Separação Mãe – Filho: Aspectos emocionais da Mãe. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar* [Em linha]. Vol. 6, nº 2 (Mai./Ago. 2002), p. 145-150. [Consult. 2 Jun. 2011]. Disponível na Internet: < URL:<http://revistas.unipar.br/saude/article/view/1171/1032>>.
- SCRIVENS, Leonie; SUMMERS Annette D. – Home Too Soon? A Comment on the early discharge of woman from hospital after childbirth. *Australian College of Midwives Incorporated*. Vol. 14, nº 3 (Set. 2001), p. 28-31.
- SHAW, Elizabeth [et al.] - Systematic Review of the Literature on Postpartum Care: Effectiveness of Postpartum Support to Improve Maternal Parenting, Mental Health, Quality of Life, and Physical Health. *Birth*. Vol. 33, nº 3 (Set. 2006), p. 210-220.
- SHEALY, Katherine R. [et al.] - CDC Release: breastfeeding interventions.US Department of Health and Human Services [Em linha], 2005 [Consult. 10 Fev. 2011]. Disponível na internet: URL: <http://www.scribd.com/doc/558564/CDC-Release-breastfeeding-interventions>.
- SILVA, Abel Paiva – Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. *Servir*. Vol. 55, nº 1/2 (Jan./Abr. 2007), p.11-20.
- SILVA, Ana Isabel; FIGUEIREDO, Bárbara - Sexualidade na gravidez e após o parto. *Psiquiatria Clínica*. Vol. 25, nº 3 (2005), p. 253-264.
- SOARES, C. - *Supervisão e formação pessoal: um estudo em contexto de trabalho*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2004. Tese de Mestrado em Supervisão.

- SOARES, Hélia Maria - *O Acompanhamento da Família no seu processo de Adaptação e Exercício da Parentalidade: Intervenção de Enfermagem*. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2008. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

- STEFANELLO J.; NAKANO A.; GOMES F. - Crenças e tabus relacionados ao cuidado no pós-parto: o significado para um grupo de mulheres. *Acta Paul Enfermagem*. Vol. 21, nº 2 (2008), p. 275-81.

- STREUBERT, Helen J.; CARPENTER, Dona R. – *Investigação Qualitativa em Enfermagem: avançando o imperativo humanista*. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2002.

- TORRE, Maria Augusta Moreno Delgado – *Assistência em Cuidados de Enfermagem a Puérpera numa Perspectiva Antropológica*. Porto: Universidade do Portos, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2001. Tese Mestrado em Ciências de Enfermagem 2001.

- TURATO, Egberto Ribeiro – Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objectos de pesquisas. *Rev. Saúde Pública*. Vol. 39, nº3 (Jun. 2005), p. 507 – 514.

- VASCONCELOS, M.G.L; LEITE, A.M.; SCOCHI, C.G.S. – Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. *Rev. Bra. Saúde Matern. Infantil*. Vol. 6, nº1 (Jan./Mar. 2006), p.47-57.

- WADDELL, Lisa - Infantile colic: a practical approach to management. *Journal of Family Health Care*. Vol.16, nº 5, (2006).

- ZUPAN, J.; GARNER, P. - Topical umbilical cord care at birth. *The Cochrane Library* [Em linha], 2003. [Consult. 14 Jun. 2011]. Disponível na Internet: <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD001057.pdf>.

ANEXOS

ANEXO I – GUIÃO DA ENTREVISTA

Guião Entrevista

Questões Âncora	Alternativas para abordar as questões âncora
<p>➤ Relatem-me a vossa experiência durante o internamento após o parto?</p>	<p>- Como vivenciaram este momento do pós-parto? Quais os factores facilitadores e inibidores do processo?</p>
<p>➤ Quais as necessidades de cuidados de Enfermagem que precisaram no internamento pós-parto?</p>	<p>- Durante o internamento, quais os aspectos, nos quais sentiram que necessitavam de apoio/auxílio por parte da equipa de Enfermagem?</p>
<p>➤ Tendo em conta as necessidades de cuidados de Enfermagem sentidas, como perspectiva o papel do Enfermeiro no internamento após o parto?</p>	<p>- De que forma foram atendidas as vossas solicitações pela equipa de Enfermagem?</p>

ANEXO II – DECLARAÇÃO DO CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO

Transição para a Parentalidade: necessidade de cuidados de Enfermagem no pós-parto eutócico.

Eu, abaixo-assinado _____ : fui informado de que o Estudo de Investigação acima mencionado se destina a compreender como é experienciado o processo de transição parental, no caso do primeiro filho, sem factores de risco associados, durante o internamento pós-parto eutócico; conhecer as necessidades de cuidados de Enfermagem sentidas por casais que foram pais pela primeira vez, durante o internamento no período pós-parto eutócico e descrever a perspectiva parental acerca do papel do Enfermeiro durante o internamento no período do pós-parto eutócico, tendo em conta as necessidades sentidas.

Sei que neste estudo está prevista a realização de entrevistas e a sua total gravação em áudio, tendo-me sido explicado em que consistem.

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

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum 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 III – DOCUMENTO IDENTIFICATIVO DO ESTUDO

DOCUMENTO IDENTIFICATIVO DO ESTUDO

Investigador Principal: Catarina de Sousa e Silva, Enfermeira do Centro hospitalar do Porto, EPE. Disponível através do seguinte contacto telefónico 966151896 e/ou através do seguinte endereço electrónico: catarina.enf@hotmail.com

Local do Estudo: Serviço de Obstetrícia do CHP- Maternidade Júlio DINIS.

Objectivos Gerais do Estudo:

- Compreender como é experienciado o processo de transição parental, no caso de 1º filho, sem factores de risco associados, durante o internamento pós-parto eutócico.
- Conhecer as necessidades de cuidados de Enfermagem sentidas por casais que foram pais pela 1ª vez durante o internamento no período pós-parto eutócico.
- Descrever a perspectiva parental acerca do papel do enfermeiro durante o internamento no período pós-parto eutócico, tendo em conta as necessidades sentidas.

Participantes no estudo: Pais e mães que receberam cuidados de Enfermagem durante o internamento pós-parto eutócico no serviço de obstetrícia, no CHP- Maternidade Júlio Dinis.

Metodologia do Estudo:

Os participantes serão seleccionados de acordo com os seguintes critérios: parto eutócico, puérpera e recém-nascido sem factores de risco ou patologias associadas, pais a coabitarem com o recém-nascido e de nacionalidade portuguesa.

O método de colheita de dados será a entrevista semi-estruturada, totalmente gravada em áudio.

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

Com os melhores cumprimentos

(Catarina de Sousa e Silva)

ANEXO IV – AUTORIZAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, E.P.E.
PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Para: ENF.ª CATARINA SILVA
SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL
UNIDADE 3

De: PEDRO ESTEVES
PRESIDENTE DO CONSELHO DE
ADMINISTRAÇÃO

Fax: Data: 25 DE MARÇO DE 2011

Tel.: Págs.:

Ref.: **N/ REF.º 027/11(015-DEFI/027-CES)** CC:

Urgente Apreciar p.f. Comentar p.f. Responder p.f. Fazer circular p.f.

ASSUNTO: Trabalho Académico de Mestrado - "Transição para a Parentalidade: necessidade de cuidados de enfermagem no pós-parto eutócico"

Em resposta ao solicitado por V.ª Ex.ª, informo que, após apreciação por parte do Gabinete Coordenador de Investigação/DEFI e da CES, foi emitido **parecer favorável** sobre o assunto em epígrafe pelo que nada há a opor à realização do mesmo nesta Instituição, no Serviço de Obstetrícia - MJD, sendo Investigadora Principal a Enf.ª Catarina de Sousa e Silva.

Cumprimentos,


Pedro Esteves
Presidente do Conselho de Administração

* Em todas as eventuais comunicações posteriores sobre este estudo é indispensável indicar a nossa ref.ª.