



e s c o l a superior de  
e n f e r m a g e m  
d e c o i m b r a

---

# **MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

## **RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO**

**A VISITA DOMICILIÁRIA COMO FATOR FACILITADOR NA ADAPTAÇÃO À  
PARENTALIDADE**

Patrícia Alexandra da Silva Fernandes

Coimbra, outubro de 2022





e s c o l a superior de  
e n f e r m a g e m  
d e c o i m b r a

---

**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

**RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO**

**A VISITA DOMICILIÁRIA COMO FATOR FACILITADOR NA ADAPTAÇÃO À  
PARENTALIDADE**

Patrícia Alexandra da Silva Fernandes

**Orientador:** Professora Doutora Júlia Maria das Neves Carvalho, Professora Adjunta  
da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**Coorientador:** Professora Doutora Isabel Margarida Marques Monteiro Dias Mendes,  
Prof Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Relatório Final de Estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra  
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Coimbra, outubro de 2022



## **PENSAMENTO**

“O futuro não é um lugar onde estamos indo, mas um lugar que estamos a criar. O caminho para ele não é encontrado, mas construído e o ato de fazê-lo muda tanto o realizador quando o destino.”

*Antoine de Saint-Exupéry*



## **AGRADECIMENTO**

Aos meus filhos, pela capacidade de me aguardar sempre que foi necessário.

Aos meus familiares, que por vezes foram negligenciados ao longo deste percurso.

A ti, que ficarás para sempre no meu coração!



## **LISTA DE SIGLAS**

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**ESEnfC** – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**EESMO** – Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica

**UC** – Unidade Curricular

**UCC** – Unidade Cuidados na Comunidade Norton Matos

**USF** – Unidade de Saúde Familiar

**RCT** – Registos Cardiotocográficos

**UMMF** – Unidade de Medicina Materno Fetal

**CE** – Consulta Externa



## RESUMO

**Enquadramento:** A transição para a parentalidade constitui um desafio importante para os Pais, mas também para os enfermeiros de saúde materna e obstétrica que têm o dever de apoiar neste processo. A visita domiciliária poderá ser um instrumento de cuidar importante nestes cuidados, pois permite avaliar a dinâmica familiar no seu verdadeiro domínio, sendo assim fulcral avaliar a sua efetividade e o seu potencial para dar suporte à construção de novos papéis. Assim, na primeira parte do presente trabalho será efetuada uma reflexão sobre as aprendizagens efetuadas em contexto de estágio e, por sua vez, na segunda parte será descrita a componente investigativa deste percurso formativo.

**Objetivos:** Refletir sobre as competências do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica adquiridas ao longo da componente de estágio. Na componente investigativa: conhecer qual o impacto da visita domiciliária enquanto instrumento de cuidados no processo de adaptação ao papel parental de ambos os pais. Identificar necessidades/dificuldades manifestadas por ambos os pais durante a visita domiciliar sensíveis aos cuidados de enfermagem.

**Metodologia:** Estudo de nível I do tipo exploratório-descritivo de natureza qualitativa. Os dados foram recolhidos através de entrevistas realizadas às mães/casais que receberam visita domiciliária do enfermeiro nos últimos 6 meses, que aceitaram participar voluntariamente da entrevista.

**Resultados:** A análise das entrevistas permitiu perceber que as mães atribuem um valor muito elevado às intervenções realizadas durante a visita domiciliária e que as principais dificuldades manifestadas prendem-se com os cuidados ao recém-nascido.

**Conclusão:** Da componente de estágio faz-se um balanço rico e extremamente positivo. Da componente investigativa pode-se inferir que a visita domiciliária à puérpera, recém-nascido e aos casais é determinante no processo de transição e adaptação à parentalidade, tornando-a mais saudável, feliz e harmoniosa, constituindo um domínio rico de oportunidades de intervenção do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica.

**Palavras-chave:** Visita domiciliária, parentalidade, pós-parto, família, transição, Enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica.



## **ABSTRACT**

**Background:** The transition to parenthood is an important challenge for parents, but also for Midwives who have a duty to support these processes. The home visit can be an important instrument of care in this case, as it allows evaluating the family dynamics in its true domain, thus being crucial to evaluate its effectiveness and its potential to support the construction of new roles. In the first part of this work, a reflection will be made on the learning carried out in the internship context. In turn, the second part will describe the investigative component of this training path.

**Objectives:** Reflect on the skills of Midwife acquired during the internship component. In the investigative component: to know the impact of the home visit as a care instrument in the process of adapting to the parental role of both parents. Identify needs/difficulties expressed by both parents during the home visit sensitive to nursing care.

**Methodology:** Level I study of an exploratory-descriptive type of qualitative nature. Data will be collected through an interview with mothers/couples who received a home visit from the nurse in the last 6 months, who voluntarily agreed to participate in the interview.

**Results:** The analysis of the interviews made it possible to perceive that the mothers attribute a very high value to the interventions carried out during the home visit and that the main difficulties expressed relate to the care of the newborn.

**Conclusion:** There is a rich and extremely positive balance of the internship component. From the investigative component It can be inferred that the home visit to postpartum women, newborns and couples is crucial in the process of transition and adaptation to parenthood, making it healthier, happier, more harmonious and, therefore, an extremely rich domain of opportunities for intervention of the Midwife.

**Keywords:** Home visit, parenting, postpartum, family, transition, Midwife.



## **LISTA DE TABELAS**

**Tabela 1** – Dados sociodemográficos dos participantes do estudo ..... 53

**Tabela 2** – Dados relativos ao percurso da gravidez, parto e pós-parto das participantes .... 54

## **LISTA DE QUADROS**

**Quadro 1** – Categorização dos temas abordados nas entrevistas ..... 55



## **SUMÁRIO**

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO: AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO/A ENFERMEIRO/A ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA</b> .....	19
<b>1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO</b> .....	19
<b>2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS</b> .....	21
<b>3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS</b> .....	37
<b>PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO – A VISITA DOMICILIÁRIA COMO FATOR FACILITADOR NA ADAPTAÇÃO À PARENTALIDADE</b> .....	39
<b>4. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	41
<b>5. DESENHO DO ESTUDO</b> .....	49
5.1. TIPO DE ESTUDO .....	49
5.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	49
5.3. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS .....	50
5.4. TRATAMENTO DE DADOS .....	51
5.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS .....	51
<b>6. RESULTADOS DO ESTUDO</b> .....	53
6.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	53
6.2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS .....	54
<b>7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	63
<b>CONCLUSÃO</b> .....	71
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	73

## ANEXOS

Anexo I – Experiências mínimas realizadas

Anexo II – Parecer UICISA:E

## APÊNDICES

Apêndice I – Projeto de estágio

Apêndice II – Trabalhos elaborados em contexto de estágio

Apêndice III – Instrumento de recolha de dados

Apêndice IV – Consentimento informado das participantes

## INTRODUÇÃO

O relatório de seguida apresentando foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, inserida no IX curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC). Com este pretende-se espelhar o trabalho desenvolvido nas duas vertentes propostas por esta UC – componente de estágio e componente investigativa, no sentido de dar resposta às competências a adquirir como futura enfermeira especialista (Diário da República, 2ª série – N.º 85 – 3 de Maio de 2019, Regulamento n.º391/2019) e como mestre em enfermagem de saúde materna e obstétrica, através da realização de um estudo exploratório-descritivo, de natureza qualitativa.

Assim, o seguinte trabalho foi dividido em duas partes, sendo que na primeira se elaborou uma reflexão crítica acerca da aquisição de competências a que me propus no início dos estágios (Apêndice I – Projeto de estágio), avaliando as aprendizagens efetuadas e os desafios ainda a superar. Por sua vez, na segunda parte do trabalho dando resposta à componente investigativa desta unidade curricular efetuou-se um estudo intitulado “A visita domiciliária como fator facilitador da adaptação à parentalidade”, onde se faz um breve enquadramento teórico, a descrição do desenho do estudo e, posteriormente, a análise e discussão dos resultados.

Tendo em vista que se pretende, conforme nos diz Queirós (2016), que o enfermeiro reflita na ação, sobre a ação e finalmente sobre a sua reflexão sobre a ação, o que o leva a identificar problemas, procurar e desenvolver conhecimento direcionado e integrado na ação – tornando o conhecimento mais significativo, surgiu o tema da visita domiciliária como foco do processo investigativo, no decorrer dos estágios, embora o meu interesse particular acerca desta temática do pós-parto, já tivesse emergido ao longo da componente teórica do curso de mestrado.

A vivência da parentalidade constitui um desafio de crescimento estruturante, que não sendo realizado de forma sustentada e saudável poderá originar prejuízos para a saúde da mãe, do recém-nascido e de ambas as figuras parentais. Desta forma, compete ao enfermeiro especialista assumir um papel de facilitador neste processo de transição, de

forma a promover a saúde e a identificar precocemente os possíveis desvios, atuando de forma ajustada às necessidades sentidas pelas figuras parentais. Para isto, a visita domiciliária poderá ser um instrumento de cuidar importante, pois permite avaliar a dinâmica familiar no seu verdadeiro domínio, sendo assim fulcral avaliar a sua efetividade e potencial para melhorar os cuidados prestados.

Ao longo dos ensinamentos clínicos foi perceptível que existem algumas carências a este nível no que concerne aos cuidados de saúde primários, nomeadamente na região de Coimbra e, portanto, o estudo tornou-se pertinente, surgindo a oportunidade de contribuir com alguns dados para a comunidade científica de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Assim delineámos para este estudo os seguintes objetivos: conhecer qual o impacto da visita domiciliária enquanto instrumento de cuidados no processo de adaptação ao papel parental de ambos os pais; e identificar necessidades/dificuldades manifestadas por ambos os pais durante a visita domiciliar sensíveis aos cuidados de enfermagem. Desta forma, desenvolveu-se um estudo exploratório-descritivo, de natureza qualitativa, recolhendo dados através de entrevistas semi-estruturadas, onde se pretendeu avaliar como os Pais consideram importante os cuidados no domicílio após o regresso a casa e quais as suas dificuldades sensíveis aos cuidados de enfermagem nos primeiros 28 dias de vida da criança.

## **PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO: AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO/A ENFERMEIRO/A ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

### **1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO**

Para a aquisição das diferentes competências a que propus no projeto de estágio inicialmente elaborado concorreram diversas oportunidades que os diferentes contextos de estágio me proporcionaram, pelo que se torna fundamental conhecer o contexto das diferentes unidades de saúde onde se desenvolveram as aprendizagens.

Ao longo das 40 semanas de estágio foram construídas aprendizagens em contexto hospitalar e em contexto comunitário. Quanto ao contexto hospitalar realizei estágio numa maternidade de Coimbra e numa unidade assistência a gravidez de baixo risco. No contexto de cuidados de saúde primários, realizei estágio num Centro de Saúde da Região de Coimbra.

Assim, seguindo a ordem cronológica da realização dos ensinamentos clínicos será efetuada uma breve caracterização dos diferentes contextos. Na maternidade realizei quatro estágios pela seguinte ordem: Sala de partos (16 semanas), Unidade de Medicina Materno Fetal (4 semanas), Serviço de Puerpério (3 semanas) e Consulta Externa (2 semanas).

A maternidade, está inserida num Centro Hospitalar, prestando assistência a todas as parturientes e famílias da região de Coimbra que escolham esta maternidade como unidade assistencial. Estando integrada neste centro hospitalar partilha de missão, visão, valores e princípios como a atuação nos mais elevados padrões de qualidade assentes na “dignidade humana; o respeito pela pessoa humana e pelos princípios bioéticos e de deontologia profissional; a honestidade, a integridade, o humanismo, a equidade e a justiça; a prática multidisciplinar e multiprofissional centrada no doente, no acesso aos cuidados de saúde e na valorização dos seus profissionais, proporcionando uma abordagem diagnóstica e terapêutica integrada, no acesso dos doentes aos cuidados de saúde e no seu tratamento; a eficácia e a eficiência; a orientação para resultados e a sua avaliação; a responsabilidade social e a valorização de práticas ecologicamente

sustentáveis; o rigor, a cultura do mérito, da competência técnica e científica e o espírito de equipa; a legalidade, a transparência e a proporcionalidade” (CHUC, 2021).

Em termos estruturais, a Sala de Partos encontra-se no 2º piso da maternidade e comporta 4 salas onde permanecem grávidas que se encontram em trabalho de parto, e uma sala de bloco operatório. Trabalha em coordenação com um serviço de urgência de especialidade, com a Unidade de Medicina Materno-fetal (UMMF), que lhe é contíguo e com o Serviço de Puerpério (3º piso). Atendendo ao contexto pandémico que se viveu, a maternidade ainda dispõe de um serviço diretamente destinado a grávidas e puérperas COVID positivas ou a aguardar resultado do teste serológico (4º Piso). A equipa é constituída por enfermeiras e enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica (dois por turno), assistentes operacionais, médicos obstetras e médicos anestesistas, que colaboram entre si, numa perspetiva interdisciplinar e que prestam serviços rotativamente no serviço de urgência, sala de partos e UMMF. O serviço de puerpério apresenta equipa de enfermagem própria, mas que por vezes se articula com a UMMF.

Integrado no estágio na Sala de Partos foi efetuado um estágio de observação de 24 horas numa unidade de assistência a gravidez de baixo risco. Esta unidade tem uma equipa constituída por enfermeiras especialistas, que prestam cuidados na sala de partos, urgência, consulta e serviço de puerpério. A sala de partos encontra-se dotada de 5 quartos, um WC e uma sala comum. Um dos quartos permite a existência de uma banheira, para período de dilatação. Este hospital trabalha em articulação com outro de nível 3 de cuidados na região norte do país.

O Centro de Saúde insere-se no ACES Baixo Mondego e tem como missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos, proporcionando mais e melhor saúde, confiança e satisfação. Aqui efetuei 5 semanas numa Unidade Saúde Familiar e 5 semanas na Unidade de Cuidados na Comunidade.

## 2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Ao longo desta Unidade Curricular (UC) as aprendizagens foram diárias e bastante enriquecedoras, traduzindo-se na aquisição de diferentes competências em diferentes domínios de atuação.

Ao nível das competências comuns ao enfermeiro especialista a Ordem diz-nos que:

A atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, e que constituem o objeto do presente Regulamento. As designadas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que aqui se regulam de acordo com as disposições do Estatuto agora em vigor, envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem. (Regulamento n.º 140/2019, p.4744)

Assim, ao nível das competências comuns ao enfermeiro especialista pautei sempre a minha atuação assente nos princípios éticos e deontológicos, exercendo cuidados seguros e profissionais, de forma a assegurar a satisfação da mulher/casal cuidada e a melhoria sistemática dos cuidados prestados. Para isto, sempre que se tornou pertinente recorri a pesquisas bibliográficas, consultas de protocolos de serviço e assegurei o cumprimento dos direitos das parturientes/casal/recém-nascido através, por exemplo, da execução dos seus pedidos e/ou vontades manifestadas (plano de parto), tal como nos recomenda a OMS através do documento “Cuidados durante o parto para uma experiência de parto positivas” (OMS, 2018).

Após a experiência de estágio de observação na unidade de assistência a gravidez de baixo risco, tive a preocupação de divulgar as aprendizagens significativas que trouxe de lá (ver Apêndice I – Trabalhos elaborados em contexto de estágio), efetuando uma partilha de conhecimentos com a equipa e com as enfermeiras tutoras, tentando inseri-los na minha

prática. Assim, ao longo do estágio fiz 11 partos sem episiotomia, utilizando a técnica de distensão progressiva do períneo aprendida naquele contexto, sendo que destes em apenas 6 houve lacerações de 1º e 2º grau. Isto concorre para a satisfação das mulheres, para o cumprimento de uma demanda da OMS e, portanto, para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Acresce a este fator a possibilidade de participar e colaborar com projetos institucionais, promovendo o aperfeiçoamento dos cuidados, garantindo a melhoria contínua dos mesmos.

A gestão dos cuidados foi feita em parceria com as enfermeiras tutoras e restante equipa interdisciplinar (médicos, assistentes operacionais), da qual obtive bastantes aprendizagens, treinando competências de liderança e familiarizando-me com as diferentes exigências na gestão dos cuidados de saúde.

### **Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal**

O desenvolvimento de competências ao nível do cuidado à mulher no período pré-natal teve como palco inicial a Unidade de Medicina Materno-fetal. Aqui, além da vigilância da grávida e do bem-estar materno fetal, no período latente do trabalho de parto, também foi possível vigiar grávidas em situações de patologia e ou ameaças de parto pré-termo, assim como mulheres em situação de interrupção médica ou voluntária da gravidez. Desta forma, as aprendizagens foram muito diversas e bastante enriquecedoras, pois permitiram enraizar alguns conhecimentos já adquiridos e desenvolver outros.

Assim, no sentido de promover a saúde da mulher e recém-nascido foram, sempre que se tornaram pertinentes, realizados ensinamentos sobre, por exemplo, alimentação saudável, necessidade ou não de repouso e os sinais ou sintomas de alerta, nas situações de risco. Assumi, desta forma, como futura enfermeira especialista, o meu papel de informar e esclarecer a mulher e/ou o casal levando-os a adquirir comportamentos fundamentais no bom desfecho da gravidez ou do abortamento e, assim, contribuir para diminuir níveis de stresse e manter a saúde mental da mulher e casal, tão importantes para a nova fase de transição que se avizinha, que é a parentalidade. Envolver o pai ativamente, manter uma atitude de escuta ativa e de disponibilidade, esclarecendo dúvidas e desmistificando falsos conceitos, foram algumas das intervenções realizadas para cumprir com esta demanda. Especificamente em alguns contextos, foram efetuados alguns ensinamentos ao nível do

aleitamento materno e foi efetuada colaboração no “Programa Mãe”, promovendo a familiarização dos casais à UCIRN em situações de parto pré-termo eminente.

Ao nível dos cuidados de enfermagem na comunidade e transversalmente aos três contextos de cuidados houve oportunidade de efetuar vigilâncias de gravidez – diversos ensinos, RCT (CE), foco fetal (CE, USF e UCC), identificação de necessidades individuais de cuidados e atuação, promover a adoção de estilos de vida saudáveis (verificando, por exemplo, cumprimento calendário vacinação, alimentação efetuada, hábitos de consumo, incentivando exercício físico moderado, etc.), bem como orientar para outros profissionais, sempre que necessário e/ou para a adesão a programas instituídos, como é o exemplo de programas promotores da parentalidade saudável. A promoção da sexualidade saudável e a adoção de contraceção (nas situações de aborto, nas consultas de planeamento e centro de apoio ao jovem) foi também uma das temáticas transversais aos diferentes contextos de cuidados vividos, cimentando aprendizagens já previamente efetuadas.

Por sua vez, no contexto da consulta externa, participei em consultas de interrupção voluntária da gravidez, tomando conhecimento dos procedimentos e legislação implicada nesta, e assistindo as mulheres/casais, no sentido de promover decisões esclarecidas, mantendo escuta ativa e atitude de disponibilidade. Embora já tivesse o contacto com as situações de interrupção da gravidez aquando do estágio na Unidade de Medicina Materno Fetal, participar nestas consultas foi extremamente enriquecedor e desafiante, pois tomei conhecimento das dinâmicas da mesma e das dificuldades vivenciadas por estas mulheres (maioritariamente encontravam-se sozinhas devido ao contexto pandémico) para a tomada desta decisão e da importância de se sentirem compreendidas e acolhidas, independentemente da decisão a tomar. Este aspeto faz ressaltar a importância de os profissionais de saúde abolirem da sua prática a paternalização dos cuidados e assumirem-se apenas como facilitadores destes processos de transição, que impõem momentos críticos na vida das pessoas, que se não forem vividos de forma saudável poderão se tornar patológicos. Assim, esclarecer dúvidas, encaminhar para apoios da comunidade sempre que necessário, demonstrando uma atitude de escuta ativa e isenta de juízos de valor foram as premissas assumidas nos cuidados, pois são fundamentais sempre, mas basilar nestes momentos.

Ao nível da UCC, participando ativamente na elaboração das sessões dos programas de preparação para o nascimento e parentalidade (Programa Momentos Únicos – vocalizações no trabalho de parto, banho do recém-nascido, amamentação, etc.) e/ou de recuperação pós parto (ver Apêndice I), pretendeu-se sempre em coordenação com a colega de estágio, facilitar a vivência da gravidez, parto e pós-parto, assegurando a saúde mental, através mais uma vez da desmistificação de falsos conceitos, esclarecendo dúvidas, envolvendo o pai, sempre que possível, assente numa atitude de disponibilidade e aceitação das escolhas do casal, particularizando os cuidados. Ainda neste âmbito foram efetuadas publicações na página do Facebook da UCC em datas comemorativas, com as quais se pretendeu deixar alertas de literacia em saúde (ver Apêndice I).

Ao nível do aleitamento materno, participei quer em sessões de esclarecimento inseridas no programa Momentos Únicos (ver Apêndice I), quer no atendimento no cantinho da amamentação, onde se acompanhou algumas mulheres/mães com dificuldades neste domínio. O aleitamento materno é um dos maiores desafios colocados ao casal na fase do pós-parto, levando a sentimentos de insuficiência, não adequação ao papel e incapacidade. Assim, como futura enfermeira especialista, baseei a minha atuação em facultar estratégias e efetuar ensinamentos, no sentido de empoderar as mulheres/casais, para a adoção do aleitamento materno, apoiando, estando disponível e reforçando positivamente todos os esforços efetuados. Desta forma, promove-se a saúde mental destas mulheres, favorece-se vivências positivas deste período de transição, pois diminui-se a ansiedade que lhes está associada.

Um outro tópico de cuidados muito abordado ao longo das 5 semanas na UCC, foi o Plano de Parto, do qual inclusivamente se desenvolveu uma sessão de esclarecimento (ver Apêndice I). Cada vez mais as pessoas se envolvem e assumem o seu papel no centro dos cuidados e da decisão sobre os mesmos, tornando-nos os elementos esclarecedores e facilitadores de todos estes processos. Os casais detêm cada vez mais conhecimentos e investem na vivência desta fase das suas vidas, no entanto muitas vezes desconhecem dinâmicas institucionais e intervenções necessárias para garantir o bem-estar materno-fetal. Existe muita desinformação disponível, muitas vezes veiculadas por pessoas que não são profissionais de saúde e, portanto, é fundamental que as enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica abordem este tema nas suas consultas, nos programas de promoção de parentalidade e grupos de apoio, de forma a garantir que os casais cheguem ao momento do parto esclarecidos e livres de falsos conceitos, tendo sido esta a base da

minha atuação ao longo de todos os campos de ensino clínico, mas que se reiterou na abordagem direta deste tema.

A vigilância da saúde da grávida é um fator preponderante para o diagnóstico precoce e prevenção de complicações materno-fetais acrescidas. Assim, ao longo das semanas de ensino clínico na UMMF, foram efetuadas intervenções adequadas ao contexto clínico vivido pela grávida ou mulher em situação de interrupção da gravidez. Entre estas para além da avaliação dos sinais vitais da mulher, como competências específicas ao enfermeiro de saúde materna e obstétrica foram realizadas intervenções para avaliação do foco cardíaco fetal (consolidando a realização das manobras de Leopold), das perdas de líquido amniótico e/ou hemáticas apresentadas, dos toques vaginais (para avaliação da apresentação fetal e evolução do trabalho de parto), bem como da realização de exames auxiliares de diagnóstico como os testes combur (avaliação proteinúria na grávida com doença hipertensiva) ou o registo cardiotocográfico. Através destas intervenções foi então possível identificar e monitorizar desvios à gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para além da nossa área de atuação. Foi possível conhecer, por exemplo, especificações ao nível do RCT em gravidezes precoces, a importância da avaliação da proteinúria na grávida com doença hipertensiva, ou, por exemplo, o papel do enfermeiro em situações de vulnerabilidade social.

No que concerne às situações de abortamento, tive a oportunidade de acompanhar algumas mulheres com diagnóstico de aborto retido ou interrupções médicas da gravidez, por malformações fetais. Maioritariamente as intervenções instituídas basearam-se no controlo da dor, vigilância das perdas hemáticas e apoio emocional. Para além destes cuidados, pude assistir uma mulher na expulsão do feto (22 semanas), após a acompanhar em todo o processo de interrupção no internamento, assim com prestei em parceria com a enfermeira tutora os cuidados pós-morte ao recém-nascido. Após este ensino clínico, considero pelas experiências vividas que a maioria das mulheres não pretende grandes diálogos até à expulsão, mas sim uma atitude mais de disponibilidade e atenção, com presença e apoio neste momento de crise.

Posteriormente após a alta destas mulheres foram explicados os cuidados e a vigilância a efetuar, alertando para os sinais e sintomas de risco. Apenas presenciei uma situação com necessidade de curetagem no bloco operatório, por retenção de restos placentares, tendo colaborado na preparação da mulher para o bloco.

No que concerne às aprendizagens desenvolvidas no contexto dos cuidados na comunidade, ao longo de todos os contatos estabelecidos na vigilância de mulheres/casais grávidos (risco e baixo risco) alertei sempre para os sinais e sintomas de risco, que devem fazer a mulher se dirigir ao serviço de urgência da maternidade, utilizando como documento de apoio o boletim de saúde da grávida. Para além desta premissa, a avaliação dos sinais vitais, da altura do fundo do útero, o teste combur, as manobras de Leopold e do registo cardiotocográfico (RCT) permitiram o despiste de uma variedade de situações patológicas, ou a confirmação de uma gravidez saudável, garantindo sempre o melhor cuidado e o bem-estar materno-fetal. Existiram várias situações mínimas ao longo deste processo de aprendizagem, ressaltando apenas uma, na consulta externa, onde detetei através do RCT uma situação de pouca variabilidade associada a frequência cardíaca fetal baixa, tendo referenciado para o médico responsável, que encaminhou para SU. Reforçaram-se ensinamentos à mulher sobre a necessidade de atender aos movimentos fetais e de efetuar uma alimentação adequada diariamente.

Existiram algumas dificuldades associadas à realização de alguns exames como o RCT e Foco fetal, mas que foram sendo superadas e que muitas vezes estavam associadas a características biofísicas das mulheres (obesidade).

Acompanhar a mulher ao longo da evolução do trabalho de parto requer uma atenção e vigilância constante. Assim, de modo a garantir a melhor assistência e cumprir com as orientações do documento da OMS sobre as experiências positivas de parto, privilegiei sempre às preferências da mulher, elucidando-a sobre as diferentes estratégias a adotar, por exemplo no controlo da dor e/ou posicionamentos para a melhor progressão do trabalho de parto. Fundamentalmente, incidiu-se sobre exercícios respiratórios, utilização da bola de pilates e benefícios da caminhada ou repouso dependendo do estágio da gravidez.

Ao longo deste processo formativo tive a oportunidade de cuidar mulheres grávidas com algumas patologias, o que proporcionou sedimentação de aprendizagens realizadas em contexto teórico. Assim, cuidei grávidas com patologia hipertensiva, mulheres com diabetes gestacional, mulheres com problemas de fertilidade e, portanto, com gravidez em contexto de procriação médica assistida; grávidas com ameaças de parto pré-termo, por vezes em contexto de rutura pré-prematura de membranas ou por contextos infecciosos; e algumas situações de restrição de crescimento intrauterino. Neste contexto,

pude me familiarizar com alguns protocolos do serviço, nomeadamente no contexto ameaça de parto pré-termo (maturação pulmonar, neuroprotecção fetal e administração de atosibano.), da isoimunização Rh, da pielonefrite e, por fim, da hipertensão na gravidez e diabetes gestacional. Todas as intervenções implementadas pretenderam sempre promover uma boa adaptação daquela mulher e casal à gravidez e, desta forma fomentar o seu potencial de saúde.

Não existiram situações de mulheres em situação crítica, ao longo destas semanas, assim como de complicações acrescidas após aborto, pelos que estas aprendizagens não se tornaram efetivas no contexto prático.

Como referido anteriormente, sempre que se implementaram intervenções às mulheres em situação de abortamento, estas incidiram essencialmente na escuta ativa, apoio emocional e controlo da dor (protocolo de analgesia na IMG). Assim que se estabelecia o primeiro contato era uma preocupação da equipa questionar quanto à observação ou não do feto e comunicar à restante equipa, o que foi um cuidado que tentei replicar. Porém, atendendo ao contexto pandémico atual, a visita do companheiro/convivente significativo era restrita, pelo que a nossa intervenção com este estava muito limitada. Todavia, era sempre providenciado um ambiente privado e calmo, e prestado apoio emocional e psicológico.

Ao longo do estágio na UCC participei ativamente nos programas de preparação para o nascimento, onde tive oportunidade de informar e orientar sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez (exercício físico, exercícios posturais, exercícios respiratórios, técnicas de relaxamento, utilização da bola de pilates). Um desafio neste domínio foi efetuar estes momentos via online, mas prontamente foi superado, com orientação da enfermeira tutora. Diversificar os exercícios, de forma a tornar as sessões mais atrativas e a aumentar a adesão dos casais à realização destes exercícios também foi um desafio que enfrentamos, mas que ultrapassamos com a execução de diferentes conjugações de exercícios no planeamento e de uma sessão com dança e musicoterapia (ver Apêndice I).

Não tive a oportunidade ao longo destas semanas de cuidar nenhuma mulher com complicações pós-aborto.

### **Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto**

Durante a assistência à grávida e casal no trabalho de parto foram sugeridos diferentes posicionamentos, mantendo vigilância materno-fetal de forma a garantir o seu bem-estar, o que por vezes se demonstrou profícuo para a evolução do trabalho de parto (progressão do feto no canal de parto ou, por exemplo, melhoria na variabilidade no RCT) e/ou controlo da dor.

Tal como é prática habitual na Maternidade, como Hospital Amigo dos Bebés, sempre que a mãe e recém-nascido apresentaram condições de saúde favoráveis foi promovido o contacto pele a pele, a amamentação na 1ª hora de vida, foi efetuada a clampagem tardia do cordão umbilical e a envolvência do pai nos cuidados, promovendo a sua vinculação.

Através de exercícios respiratórios ou na colaboração com outros profissionais, foram também instituídas intervenções de controlo da dor, promovendo o bem-estar da parturiente.

No que concerne ao diagnóstico precoce e à prevenção de complicações, foi possível concretizar as aprendizagens efetuadas em contexto teórico ao nível, por exemplo, da interpretação dos registos cardiotocográficos, identificando situações de desvio da normalidade (desacelerações, reduzida variabilidade, perda de sangue acrescida – suspeita de descolamento da placenta) e alertando a restante equipa para estas alterações, colaborando com estes no seu tratamento e/ou vigilância.

Quanto às avaliações e intervenções da evolução do trabalho de parto, através, por exemplo, dos toques vaginais, foram aprendizagens, na minha perspetiva conseguidas, embora considere que ainda existem ganhos a atingir, que provavelmente só serão conseguidos com mais experiência na vigilância do trabalho de parto. No sentido de favorecer a evolução do trabalho de parto e/ou avaliar bem-estar fetal, foi possível realizar algumas amniotomias e perceber quando podemos ou não induzir o TP com a administração endovenosa de ocitocina.

Ao longo deste ensino clínico realizei 40 partos de apresentação cefálica, com cada vez maior autonomia e confiança, cumprindo com as experiências mínimas exigidas. Tive também a oportunidade de colaborar com a equipe médica em alguns partos e observar alguns, o que também foi extremamente enriquecedor. As técnicas do parto eutócico tornaram-se bastante mais elucidativas com os ensinamentos das enfermeiras tutoras e com a explicação no modelo do serviço. A técnica da episiorrafia constituiu um desafio

acrescido no início do estágio, mas que considero agora superado, mas com necessidade de maior consolidação.

A implementação das medidas de suporte à adaptação à vida extrauterina do recém-nascido, adequadas à avaliação efetuada aquando o nascimento, foi um objetivo atingido. Quanto a situações de reanimação do recém-nascido apenas tive uma situação em que houve necessidade de aspiração e administração de oxigénio, pelo que considero que ainda existem aprendizagens a desenvolver neste âmbito. Maioritariamente a intervenção no recém-nascido baseou-se na expressão toraco-facial, massagem dorsal, pesagem, administração de vitamina K e termorregulação (contacto pele a pele e vestir).

Ao longo dos 40 partos realizados, surgiram alguns em que o recém-nascido apresentava o cordão umbilical com circulares ao pescoço. Num desses episódios surgiu uma grávida numa gravidez de 35 semanas, que entrou na sala de partos em período expulsivo e o bebé apresentava máscara equimótica o que foi um momento de alguma ansiedade para mim. Porém após reflexão com a enfermeira tutora e após questionar pediatra em turnos posteriores sobre o bem-estar deste recém-nascido fiquei mais tranquila, mas pude cimentar a importância de controlar a extração do RN de forma a poder avaliar todas as circunstâncias e promover o melhor desfecho possível.

No que se refere à vigilância de alterações morfológicas apenas presenciei um RN com apenas dois vasos no cordão, tendo alertado o pediatra para esta situação, que também já vinha referenciada no processo clínico pelas ecografias.

Na vigilância do trabalho de parto e acompanhamento destas mulheres e casais, foram sempre valorizadas as suas queixas, prestado apoio emocional e desmistificados falsos conceitos. Através destas intervenções foi possível ajudar a mulher e/ou casal a desempenharem um papel mais ativo e empoderado neste momento de transição da sua vida adequando os comportamentos e facilitando a sua ação como protagonistas deste momento importante da sua vida.

No contexto do estágio de observação na unidade assistência a gravidez de baixo risco do norte pude presenciar uma situação de placenta acreta, que necessitou de intervenção cirúrgica. Porém, na maternidade em Coimbra deparei-me apenas com uma situação de retenção de membranas que tentei solucionar com a enfermeira tutora, mas foi necessário chamar o médico para extração manual e revisão uterina.

O estágio de observação realizado na unidade de assistência a gravidez de baixo risco do norte, representou ganhos acrescidos para a minha aprendizagem, bem como consciencialização daquilo que já se faz bem na maternidade de Coimbra. Como referi anteriormente foram alguns os ganhos ao nível da forma de relação com os casais (nomeadamente na presença constante do pai, desde a entrada até à alta da mulher), mas também existiram ganhos nas intervenções ao partear. A distensão progressiva do períneo, as diferentes formas de controlo da dor, os diferentes posicionamentos da grávida de acordo com a sua preferência, etc como podemos ver no documento em Apêndice II, que espelha as aprendizagens alcançadas e partilhadas com a equipa da sala de partos.

Fundamentalmente, considero que o ponto fulcral desta experiência enriquecedora é o respeito pelas preferências do casal e a possibilidade do acompanhamento contínuo do pai. Porém, não podemos desvalorizar que naquele contexto cuida-se apenas grávidas/parturientes de baixo risco, o que facilita este cumprimento de planos de partos, o que não se pode efetuar em maternidades de cuidados diferenciados, quando se tem que priorizar com frequência o bem-estar materno-fetal.

### **Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal**

No contexto de estágio da sala de partos, sempre que os recém-nascidos não apresentavam boa adaptação à vida extra-uterina e/ou a amamentação constituía um desafio acrescido para a mulher, foi prestado apoio, foram efetuados ensinamentos e reforçados desempenhos positivos no sentido de tranquilizar a mãe/casal, empoderá-los para os cuidados e promover a vinculação.

Para promover a adaptação ao pós-parto, foram efetuados ensinamentos à mulher acerca das perdas vaginais, em algumas situações explicada a localização do seu útero e a involução normal e esperada, bem como a necessidade de repouso e os benefícios da amamentação neste âmbito.

Visto a mulher/casal, se encontrar numa fase de transição de papéis determinante para o seu bem-estar e o bem-estar do recém-nascido, considero que o papel do enfermeiro especialista neste âmbito é basicamente de facilitador e/ou potencializador desta transição, de forma segura, saudável e no menor espaço de tempo. Assim, as intervenções realizadas foram fundamentalmente no sentido de tornar a mulher/casal autónomos e de

vigiar a saúde da mulher e recém-nascido, no sentido de prevenir complicações pós-parto. Os ensinamentos foram, portanto, uma intervenção recorrente nestas semanas de ensino clínico, nomeadamente ao nível da amamentação, cuidados de higiene e conforto do recém-nascido, vigilância das perdas hemáticas maternas e ao nível do regresso a casa, nomeadamente no que se refere a segurança da criança, vacinação, etc. Todas estas aprendizagens vieram acompanhadas de uma outra premissa que considero fundamental em todos os cuidados de enfermagem, mas que aqui assumem um papel preponderante, visto que não se pretende apenas assegurar a saúde e bem-estar de uma pessoa, mas também de uma criança, completamente vulnerável e dependente de outros. Então, manter uma atitude de disponibilidade e atenção constante (esclarecer dúvidas, acompanhar momentos de stress acrescido desmistificando falsos conceitos, etc) é fundamental para que aquela mãe e casal se sintam apoiados e ultrapassem este momento de crise e crescimento pessoal, com tranquilidade. Para além deste aspeto, referenciar para outros apoios comunitários também foi um cuidado que se tornou premente – por exemplo ao nível da amamentação, visto que no contexto pandémico o “Cantinho da amamentação” da maternidade se encontrava encerrado.

Aquando da alta, ou sempre que se tornava oportuno, era abordada a temática da sexualidade e a necessidade de contraceção neste período, alertando para alguns cuidados a ter e para possíveis alterações iniciais.

Nos cuidados na comunidade, durante as consultas, sempre que se demonstrava oportuno as grávidas eram encaminhadas para se inscreverem nos programas de preparação para o nascimento disponíveis. Por sua vez, noutros contextos como a UCC ou consultas de final de gravidez eram elucidadas os recursos disponíveis na sua área de residência para a fase do pós-parto, como os cantinhos da amamentação (maternidade e UCC), e cursos de recuperação pós-parto (dos quais planeamos e realizamos algumas sessões – ver Apêndice II), etc.

Ainda no contexto da UCC e da promoção e manutenção do aleitamento materno, efetuei em conjunto com a minha colega de estágio, uma sessão de esclarecimento numa creche subordinada ao tema “Aleitamento materno na creche” (ver Apêndice II), no sentido de ensinar as estratégias que as funcionárias devem implementar para apoiar a manutenção do aleitamento materno, mesmo quando as mães regressam ao trabalho.

No que diz respeito às competências de diagnóstico precoce e prevenção de complicações no período pós-natal, considero que foram adquiridas. Como exemplo, cuidei uma senhora que após a dequitação apresentou perdas hemáticas significativas (após administração endovenosa e intramuscular ocitocina), apresentava globo de segurança de Pinard formado, tendo se chamado médico o obstetra para observar, que identificou uma rotura do colo. Estas intervenções estiveram assentes num cuidado de vigilância das puérperas por um período de 2 horas após o parto (pós-parto imediato), em que avaliamos as perdas neste intervalo de tempo e o globo de segurança de Pinard, ainda na Sala de Partos, sempre que possível. Outro cuidado, que foi objeto da nossa atenção foi a avaliação da sutura e edema os tecidos, sendo que sempre que necessário foi aplicado gelo e se promovia a continuidade dos cuidados a este nível.

Quanto ao recém-nascido no período pós-natal imediato não tive a oportunidade de observar alterações do bem-estar significativas. Surgiu apenas uma situação em que o bebé apresentou gemido enquanto estava com o pai, tendo sido aquecido de imediato, o que solucionou em pouco tempo este sintoma. Este episódio veio reiterar a importância da vigilância continua deste momento de adaptação à vida extrauterina, que vai muito além dos 10 minutos de avaliação do Índice de Apgar e requer uma atenção da enfermagem cuidada.

No que concerne às aprendizagens no serviço de puerpério, foi fundamental tornar a mulher/casal os protagonistas dos cuidados, sendo que para isso se tornou essencial informar, esclarecer, orientar e apoiar no início deste seu caminho de aprendizagem e crescimento. Desta forma, foi um cuidado constante da equipa de enfermagem avaliar a adaptação ao papel parental, nomeadamente nos cuidados ao recém-nascido e amamentação, o que também tentei integrar na minha prática.

Surgiram, ao longo deste percurso formativo, algumas situações em que a mulher ou o recém-nascido necessitavam de mais atenção pois a sua situação de saúde no pós-parto estava mais alterada quer por alterações morfofisiológicas do recém-nascido, o que por vezes condicionava o sucesso da amamentação, ou por exemplo na puérpera com alterações hemodinâmicas decorrentes de uma cesariana com complicações. Este quadro condicionava a sua autonomia e, portanto, a aprendizagem do seu papel parental. Desta forma, apoiei e acompanhei a equipa na vigilância desta díade, no sentido de minimizar as possíveis complicações, sempre em colaboração com a equipa médica.

Tive a oportunidade de colaborar em alguns rastreios realizados nesta maternidade, nomeadamente o rastreio cardiológico, esclarecer sobre os procedimentos para o rastreio auditivo, visto que assumiu mudanças no contexto pandémico e o cumprimento do plano de vacinação, sempre que existia consentimento materno.

Por vezes, sempre que existia problemas na alimentação do recém-nascido, em situações de mães com diabetes gestacional ou bebés grandes/pequenos para a idade gestacional, houve necessidade de avaliação da sua vitalidade, bem como da glicémia capilar, de modo a garantir o seu bem-estar, o que para mim foi uma aprendizagem significativa, pois não faz parte do contexto que vivi até então.

Ao longo deste percurso de aprendizagem, sempre que surgiram situações que impunham maiores estados de ansiedade na mãe/casal, como por exemplo dificuldades na amamentação (pega incorreta, mamilos invertidos, etc), estados de maior hipotonia do RN, perdas hemáticas vaginais mais significativas, etc, foi prestado apoio, no sentido de tranquilizar o casal e demonstrar disponibilidade para esclarecer dúvidas e apoiar nestes processos. Ao nível da sala de Partos, por exemplo, quando os RN eram encaminhados para a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais era tentada a visita do pai, no sentido de o tranquilizar, sempre que possível.

No que concerne aos cuidados diretos relacionados com alterações da saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal quando surgem alterações, foram maioritariamente baseadas em intervenções ao nível do controlo das perdas hemorrágicas vaginais (através da massagem uterina para a formação do globo de segurança de *Pinard* e/ou colaboração com outros profissionais para administração de misoprostol via retal) e da adaptação à amamentação, como referido em itens anteriores.

Os *blues* e a depressão pós-parto são um importante foco de atenção que deve ser sempre considerado no plano de cuidados de enfermagem. Ao longo das 3 semanas de ensino clínico do serviço de puerpério, foram algumas as situações de mulheres que se sentiam inaptas e ansiosas com o seu novo papel de cuidadoras, muitas vezes demonstrando humores depressivos e choros fáceis. Porém, nem sempre elas dão estes sinais e cabe ao enfermeiro estar alerta e identificar estas alterações. Sempre que isso se verificava era demonstrada disponibilidade, compreensão e apoio desmistificando a romantização de uma fase de adaptação que é difícil, mas passageira e que requer alguma resiliência. Eram envolvidos os pais, sempre que se encontravam presentes de forma a estabelecer redes de

apoio e referida à mãe/casal a importância destas mesmas redes, informando onde poderia recorrer quando da alta.

Esta problemática poderá se acentuar quando existem problemas de saúde no recém-nascido, pois gera mais ansiedade nos Pais. Tive a oportunidade de intervir em algumas situações neste contexto (traumatismos no parto, hiperbilirrubinemia – bebê em fototerapia), sendo que tentei demonstrar a minha atenção, o meu cuidado e disponibilidade para apoiar este casal, elucidando-os dos cuidados a ter e como serem agentes ativos na transposição desta complicação.

O período do puerpério é extremamente desafiante, principalmente para as mães/casais de primeiro filho. Desta forma, ao longo do estágio na comunidade foram algumas as situações em que as mães manifestavam verbalmente ou por comunicação não verbal algum mal-estar psico-emocional, o que foi objeto da minha atenção. Fundamentalmente estas situações surgiram associadas à amamentação, muitas vezes relacionadas com o pouco aumento de peso dos RN, o que impõe altos níveis de stresse nas famílias. Tentei sempre desmistificar estes processos, esclarecendo que é normal ter algumas dificuldades pois é uma dupla aprendizagem (para mãe e para o bebê), reforçando a disponibilidade para apoiar, ensinando estratégias e, como já foi referido anteriormente, reforçando todos os ganhos já obtidos.

### **Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, durante o período pré-concepcional e do climatério.**

Ao longo deste percurso formativo tive a oportunidade de incorporar alguns projetos já instituídos e de participar no desenvolvimento e implementação de um projeto, que foi o aumento do número de mulheres do ficheiro da enfermeira especialista da USF com citologia para o Papiloma Vírus Humano efetuada e validada (ver Apêndice I), incentivando a adesão ao rastreio. Desta forma, foi possível realizar diferentes aprendizagens neste âmbito, efetuando as citologias cervicais, em coordenação com o médico de família. Inicialmente existiram algumas dificuldades associadas à técnica da realização das mesmas, mas que foram superadas com o apoio da enfermeira tutora.

Apenas houve oportunidade de efetuar uma consulta pré-concepcional, pelo que considero que ainda exista a necessidade de um trabalho de promoção desta por parte dos serviços de saúde.

Ao longo das consultas foi sempre promovida a literacia em saúde para hábitos de vida, métodos contraceptivos (quais disponíveis, como usar, facultando os mesmos ou colaborando na sua colocação/remoção - implante), autoexame da mama, etc., promovendo a decisão esclarecida no âmbito do planeamento familiar e saúde pré-concepcional, quer com adultos quer com adolescentes (consultas de atendimento ao jovem - CAJ). Sempre que identificadas situações problema/de risco foi efetuados os devidos ensinamentos e/ou referência para outros profissionais.

Ao nível do casal com problemas de infertilidade, agiu-se apenas ao nível da divulgação da legislação vigente, dos recursos disponíveis, bem como do apoio psico-emocional. Todavia, surgiram poucas situações deste domínio, pelo que considero que poderão ainda existir aprendizagens a efetuar, pois esta também não era a área específica dos contextos clínicos (consultas de fertilidade, por exemplo).

### **Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica**

Participar no rastreio, através da realização das citologias do colo do útero, foi sem dúvida uma mais-valia do campo de estágio na USF Pulsar. Trouxe aprendizagens específicas, podendo alertar as mulheres para a necessidade de aderir ao mesmo, bem como referir os recursos disponíveis quando existem alterações, pois ainda participámos no processo de informação dos resultados dos exames efetuados, promovendo decisões informadas e esclarecidas. Em todo este processo, contamos com a colaboração e disponibilidade da médica a que corresponde o ficheiro, referenciando para a mesma as situações identificadas como possivelmente patológicas.

Como referido anteriormente, sempre que oportuno foi incentivada a adesão ao auto-exame da mama, referenciando o rastreio vigente da Liga Portuguesa Contra o Cancro.

### **Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade**

Além da participação nas consultas do CAJ, inseridas num projeto de cuidados promotores da saúde sexual e reprodutiva, tive a oportunidade de desenvolver um trabalho de intervenção numa comunidade de adolescentes/meninas entre os 12 e os 18 anos, subordinado ao tema “Como me vejo...como me vêm” (ver Apêndice II), assente no desenvolvimento de uma autoestima saudável e construção de mulheres felizes. Este foi um desafio superado com distinção pois as adolescentes envolveram-se nas dinâmicas efetuadas de forma efusiva, as monitoras do grupo felicitaram a intervenção e solicitaram as fontes dos documentos para a continuação deste trabalho com as adolescentes e eu e a colega, como estudantes e futuras especialistas cumprimos com os objetivos a que inicialmente nos propusemos.

Foi desenvolvido ainda um projeto de intervenção junto de uma mãe-adolescente de risco, no sentido de promover o seu empoderamento, a sua saúde e o desenvolvimento saudável da criança (ver Apêndice II). Neste surgiram alguns constrangimentos associados à culturalidade desta mãe e também ao limite temporal do estágio, sendo que foi promovida a continuidade dos cuidados com as colegas da especialidade que ingressariam neste contexto de cuidados.

No que concerne a informar sobre cuidados de enfermagem seguros em diferentes ambientes de nascimento, já referi anteriormente a intervenção efetuada ao nível por exemplo dos planos de parto e desmistificação de falsos conceitos, esclarecendo dúvidas e atendendo aos contextos culturais de cada casal.

Em todas as consultas de vigilância da grávida, de planeamento familiar e do CAJ, era verificado o plano vacinal e sempre que necessário eram efetuados ensinamentos à acerca do mesmo (ex: tosse convulsa na grávida – semanas de administração, necessidade de aderir), promovendo o cumprimento do mesmo.

### **3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS**

O percurso formativo realizado ao longo destas semanas de estágio anteriormente explicitadas foi extremamente rico, desafiante e potenciador de aprendizagens significativas e estruturantes para mim como futura enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica. Além de consolidar aprendizagens iniciadas em contexto teórico, permitiu-me adquirir novas aprendizagens e tornar outras mais significativas para a minha construção profissional e pessoal.

Assim, tal como o esperado foi possível cumprir as experiências mínimas exigidas para a função de especialista, expostas na Lei n.º26/2017 de 30 de maio, tendo realizado de forma autónoma 40 partos, praticando a episiotomia e a sutura respetiva, bem como de lacerações do períneo; foram efetuadas mais de 100 vigilâncias ao recém-nascido, mais de 100 consultas e exames pré-natais, mais de 40 vigilâncias de grávidas e recém-nascidos de risco, foram prestados cuidados a vários recém-nascidos de baixo peso ou prematuros, a alguns com situações patológicas e, por fim, foram prestados cuidados especializados a mulheres com patologia ginecológica, nomeadamente no contexto de vigilância em consulta de planeamento familiar. Quanto aos partos pélvicos, só tive contacto em contexto de simulação (Anexo I - Experiências mínimas realizadas).

Todavia, considero que existem alguns ganhos que foram condicionados quer pelo contexto pandémico em que decorreram os ensinamentos clínicos, quer pela durabilidade dos mesmos nos diferentes contextos clínicos. Assim, por exemplo na sala de partos penso que seria fulcral termos mais semanas de estágio, de forma a sedimentar conhecimentos e consolidar as práticas. Acresce a este facto a consideração da falta de um estágio de neonatologia no currículo académico, o que poderá ser um handicap para a minha formação como futura enfermeira especialista, pois tive poucas oportunidades de aprendizagem neste âmbito. Ao nível dos cuidados de saúde primário também não realizei visitas domiciliárias à puérpera e recém-nascido, o que considero fundamental para a promoção do bem-estar das populações e uma competência particular e basilar do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica.

Existiram, todavia, algumas competências importantes que tive oportunidade de adquirir, nomeadamente a intervenção em grupos de jovens no contexto comunitário, a realização de citologias cervicais aquando da consulta de planeamento familiar, participando de um projeto do centro de saúde, assim como a familiarização com as diferentes técnicas de analgesia, de extensão progressiva do períneo (de forma evitar episiotomia) e de partejar que tive a oportunidade de presenciar no estágio de observação no Hospital da Póvoa do Varzim.

Desta forma, considero que as experiências vividas ao longo de todas estas semanas de estágio detiveram um balanço muito positivo e representam o ponto de partida para a enfermeira que quero e pretendo ser junto das populações, absorvendo o que vi fazer muito bem a, assim que possível, acrescentando o que penso faltar, contribuindo com o meu saber junto das equipas e das pessoas.

Neste sentido, surgiu o processo investigativo que de seguida se apresenta na parte II do trabalho exposto, onde se pretende demonstrar a importância da intervenção do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica no contexto domiciliário junto das famílias nos primeiros 28 dias de vida das crianças.

## **PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO – A VISITA DOMICILIÁRIA COMO FATOR FACILITADOR NA ADAPTAÇÃO À PARENTALIDADE**

Na segunda parte deste relatório iremos desenvolver a componente investigativa, onde será apresentado um estudo sobre o tema da visita domiciliária como fator facilitador na adaptação à parentalidade. Iremos realizar uma breve revisão sobre o estado da arte relativo à temática deste estudo, a metodologia e a análise e discussão dos resultados obtidos.

A parentalidade constitui um desafio acrescido a ambos os pais. Impõe momentos de vivências críticas e grandes exigências, que colocam o indivíduo e as famílias em situação de vulnerabilidade. Assim, no sentido de facilitar estes processos de transição e potenciar o desenvolvimento saudável das pessoas e famílias ao longo do ciclo vital, a enfermagem deve assumir o seu papel no acompanhamento destes momentos de crescimento e adaptação pessoal e familiar, no sentido de torná-los mais fluidos, saudáveis e consistentes com o projeto de vida e familiar de cada contexto.

Na Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, das Crianças e dos Adolescentes (2016-2030)” as Nações Unidas propõem os conceitos-chave “Sobreviver, prosperar e transformar”, através do movimento “*Every Woman, Every Child*” (2016). Assim, entre os objetivos principais desta proposta encontramos diminuir a mortalidade evitável, aumentar o acesso aos cuidados de saúde, diminuir a prevalência das infeções de transmissão sexual e, por fim, diminuir a vulnerabilidade das mulheres, crianças e adolescentes. Com a visita domiciliária neste momento de transformação e de grande vulnerabilidade das famílias consegue-se atuar em alguns destes domínios, promovendo a saúde e prevenindo atempadamente complicações ou prejuízos para a saúde de todos os envolvidos, facilitando e orientando estas transições. Acresce a este facto a recomendação explícita, enunciada no documento recentemente publicado pela OMS (2022) “*WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*”, que se refere à visita domiciliária pós-natal a mulheres e recém-nascidos saudáveis, por profissionais de saúde qualificados, como uma medida basilar a todas as populações.

Compreende-se, assim, que proteger a saúde das pessoas desde a concepção é estruturante e responsabilidade de todos, pelo que, como enfermeiras especialistas de enfermagem de saúde materna e obstétrica, é crucial acompanhar e fazer acontecer este movimento, de forma a assegurar comportamentos em saúde de mães/pais/famílias conducentes a elevados níveis de desenvolvimento das sociedades, promovendo experiências de gravidez e parto positivas e saudáveis.

Para isto, todos devemos realizar um esforço conjunto, responsável e específico no seu contexto em particular, avaliando o trabalho já desenvolvido, reestruturando quando necessário e, fundamentalmente, partilhando as boas práticas – pensar global e agir local! Com o presente projeto pretende-se, portanto, conhecer de que forma a intervenção do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica na visita domiciliária ao recém-nascido e à mãe, realizado num contexto específico, foi facilitador do processo de transição para a parentalidade.

Acreditamos desta forma que abrir espaço para que as mães/pais falem sobre as suas vivências durante a transição para a parentalidade poderá trazer ganhos para a enfermagem, pois poderá direcionar algumas práticas, adequar os cuidados aos contextos e, portanto, enriquecer o processo, promovendo a saúde das sociedades em geral.

#### 4. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A transição para a parentalidade constitui um momento gerador de stresse em ambos os pais. Saber que se apresenta um momento de grande mudança pessoal e familiar, com grande impacto físico, afetivo, psicológico e social poderá ser, extremamente perturbador e afetar o bem-estar de ambos os elementos do casal.

Meleis (2010, p. 25) define transição como “a passagem de uma fase de vida, condição ou estado para outro, é um conceito multidimensional que engloba os elementos do processo, o intervalo de tempo e as percepções”. Especificamente no que concerne à parentalidade, o indivíduo vê-se perante dois tipos de transições: situacional, pois existem alterações de papéis na família e desenvolvimental, quer individual, quer familiar. Com a parentalidade pretende-se que o indivíduo assuma consciente ou inconscientemente um papel familiar complexo, dinâmico, integrador, motivando uma reestruturação psicoafetiva que leva a que se tornem Pais efetivos e respondam às necessidades físicas e psicoafetivas dos seus filhos. Assim, o papel parental, que é um dos focos da acção das visitas domiciliárias de enfermagem “centra-se nas acções concretas que promovem o envolvimento e desenvolvimento da criança” (Tralhão et al., 2020, p. 20).

Como refere o documento contruído pela OMS e UNICEF (2018) “Cuidados de criação para o desenvolvimento na primeira infância”, os primeiros 1000 dias de vida das crianças (onde se inclui gravidez e primeiros 2 anos de vida) são determinantes para a saúde, bem-estar e produtividade das crianças, adolescentes e adultos. Fracolli, Reticena, Abreu, e Chiesa (2018, p.2), corroboram os autores anteriores referindo que “descobertas da epigenética e do neurodesenvolvimento, que apontam dois aspectos-chaves no desenvolvimento de uma criança: os processos biológicos e as experiências vivenciadas (...) assim, a interação entre bio e ambiente influenciam as estruturas neuronais permanentes no cérebro”.

Logo, um ambiente ideal promove o desenvolvimento do cérebro, enquanto um ambiente adverso prejudica esse desenvolvimento a curto prazo e a longo prazo. Desta forma, aos profissionais de enfermagem e, nomeadamente, às enfermeiras especialistas em enfermagem saúde materna e obstétrica, solicita-se que se envolvam nestes processos,

pois são os profissionais de saúde de grande proximidade com os Pais podendo responder de forma mais celere a estas exigências. Identificar precocemente situações de adversidade associadas a estados de pobreza, stresse nos cuidadores (mãe e pai), desencorajamento ou estados depressivos é fulcral para a manutenção ou optimização da qualidade de vida das famílias, quebrando ciclos intergeracionais de pobreza, criminalidade e violência. Para além destes factores basilares, intervir precocemente permite uma melhor aquisição de competências no cuidar do recém-nascido, permitindo o seu crescimento mais saudável e aprendizagens mais efetivas; permite-lhes estabelecer relacionamentos mais saudáveis e de confiança e, logo permite um percurso de vida futuro mais saudável.

Os cuidadores preferenciais nestes primeiros dias de vida são os Pais e parentes próximos, pelo que a atenção de saúde centrada na família é basilar. Para que um casal transite de um padrão de conjugalidade para a parentalidade tem que sofrer alterações ao nível individual dos papéis sociais que acarretam necessidades de redefinição e reorganização de projetos de vida (Nelas et al., 2015). Assim, atender às necessidades físicas, mentais e socioemocionais dos Pais e da criança é fundamental. Só é possível assegurar Pais atentos e sensíveis às necessidades das crianças se estes se encontrarem bem consigo e com os outros que os rodeiam, se assumirem este papel de mãe e pai de forma saudável, harmoniosa e se construírem novas identidades enraizadas nos seus projectos de vida pessoal e em casal. Coyle (2009) corrobora este facto, referindo que a percepção das mães quanto à sua saúde interfere com a sua capacidade de desenvolver competências de cuidar do seu filho. Um outro aspecto também referido nesta aquisição de competências maternas é a saúde da criança. Segundo a autora, mães com recém-nascidos com patologias têm maiores dificuldades na aquisição de competências do cuidar, pelo que se considerou excluir estas do presente estudo.

Compreendemos, portanto, que a transição para a parentalidade impõe um estado de vulnerabilidade na mulher e no homem que agora são pais de uma criança. Carvalho, Gaspar, e Cardoso (2017), referem-se a esta fase do ciclo vital como de profunda reestruturação do sistema familiar, que modifica a dinâmica do casal, impondo grandes demandas e, assim, constantes aprendizagens e adaptações ao novo papel de mãe/pai e de cuidador de um bebé. À mãe, que é quem assegura, frequentemente, a maioria dos cuidados ao recém-nascido, impõem-se preocupações relacionadas com o seu filho, a sua recuperação física – onde se confronta com a nova mulher após o parto, e com o seu novo

papel na família e no relacionamento com o seu companheiro. Assim, Coyle (2009), refere que a maternidade poderá ser visualizada e sentida pela mãe como uma oportunidade de crescimento, mas também como um momento de stresse, pois impõe um senso de responsabilidade, uma identidade social e uma visão do futuro. É, portanto, um momento de grande significado e importância, de muitas exigências. Como nos diz Ceatano, Mendes e Rebelo (2018), a fase do pós-parto constitui um campo privilegiado de intervenção do enfermeiro de saúde materna e obstétrica, assente nas preocupações maternas, de forma a facilitar uma transição saudável ao nível materno, da díade parental e nos cuidados ao recém-nascido.

Segundo Tralhão et al. (2020), “a parentalidade é considerada uma das transições mais importantes e marcantes da vida dos indivíduos, é promotora de grandes mudanças em todos os elementos da família e assinala o início de uma nova fase do ciclo vital”, portanto, “o enfermeiro é o profissional responsável pela capacitação e empoderamento das famílias, promovendo a saúde familiar e prevenindo situações de fragilidade ou patológicas aquando esta transição” (p. 18). Ao assumir estas práticas de autoeficácia parental respondendo a todas as demandas de desenvolvimento da criança potencia-se uma parentalidade positiva que o Conselho da Europa (2008) define como “um comportamento parental baseado no superior interesse da criança; fundado no respeito pelos seus direitos, que visa assegurar a satisfação das necessidades básicas, através da protecção dos riscos e da criação de um ambiente que promova o seu desenvolvimento harmonioso, valorize a sua individualidade (e especificidade) e autonomia” (p. 21).

Assim, ao longo dos anos tem-se vindo a desenvolver maiores esforços ao nível da assistência em saúde para preparar estes Pais para esta transição, de forma a torná-la saudável e o mais prazerosa possível. As sessões de educação para a saúde para futuros Pais têm sofrido várias alterações ao longo do tempo, de forma a promover resultados positivos durante o trabalho de parto, parto e pós-parto (Matvienko-Sikar, Lee, Murphy & Murphy, 2016), estando os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica diretamente implicados nesta mudança integrativa. No entanto, segundo Carvalho et al. (2017) importa ressaltar que embora frequentem estes programas, os Pais ainda precisam de integrar novos conhecimentos e competências, de forma a melhorar os cuidados à sua criança, o que constitui uma oportunidade de intervenção de enfermagem, nomeadamente com a visita domiciliária. Caetano et al. (2018) corroboram esta afirmação pois refere que são evidentes as necessidades de informação e aprendizagens, mas também de mais apoio

pelos profissionais de saúde nesta fase crítica de desenvolvimento de competências e de aquisição de conhecimentos.

A promoção do bem-estar pré e pós-natal relaciona-se diretamente com as vivências do casal, a sua integração no contexto social, as suas crenças e os seus valores. Assim, a visita domiciliária ao recém-nascido e Pais torna-se crucial para a avaliação das interações do casal, pois observam-se no seu habitat natural, o que leva o enfermeiro a implementar uma intervenção mais ajustada e responsiva às necessidades da família em específico. Estas intervenções no contexto familiar pretendem, portanto, apoiar, incentivar, orientar e tranquilizar para que estabeleça ou reestabeleça o equilíbrio familiar, assim como a deteção precoce de desvios à normalidade, assegurando a saúde de todos, o que implica ganhos significativos para a sociedade (OMS & UNICEF, 2018). Pais que efetuam a transição para a parentalidade de forma harmoniosa e saudável prestam melhores cuidados ao seu filho, apresentam menos absentismo ao trabalho e tornam-se pessoas mais interventivas na sociedade.

Neste sentido, Andrade, Santos, Maia, e Mello (2015) referem que os cuidados de saúde de qualidade durante o puerpério são fundamentais para a defesa e garantia dos direitos humanos de mulheres e crianças e que estar atento e disponível às reais necessidades apresentadas por cada mulher é indissociável do cuidado ao recém-nascido e família. O tempo de internamento na maternidade é cada vez mais curto, o que não permite acompanhar e dar uma resposta efetiva a este momento de transição, pelo que a continuidade desta intervenção deverá ser continuada pelo enfermeiro de saúde materna e obstétrica que presta cuidados na comunidade. Os mesmos autores referem a visita domiciliaria como uma ferramenta importante para o estabelecimento e manutenção da amamentação, que constitui um dos grandes desafios desta fase do ciclo vital. Porém, muitas vezes leva a sentimentos de inadequação e incapacidade de cuidar do seu filho o que transporta a mulher para estados depressivos e logo deficiências no autocuidado e nos cuidados com o recém-nascido. A mulher, que agora se tornou mãe e a sua família entram deste modo num ciclo vicioso, que precisa ser interrompido e é aqui que intervém o enfermeiro, capacitando, desmistificando e empoderando estas mulheres e famílias. A OMS (2022) no documento “*WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*”, explicita esta necessidade de avaliação efetiva, como critério de alta após o nascimento da criança na sua recomendação n.º46:

*Prior to discharging women and newborns after birth from the health facility to the home, health workers should assess the following criteria to improve maternal and newborn outcomes:*

- the woman's and baby's physical well-being and the woman's emotional well-being;*
  - the skills and confidence of the woman to care for herself and the skills and confidence of the parents and caregivers to care for the newborn; and*
  - the home environment and other factors that may influence the ability to provide care for the woman and the newborn in the home, and care-seeking behaviour.*
- (p.14)

Zagonel, Martins, Pereira, e Athayde (2006), referem-se a esta fase de transição desenvolvimental como uma época de desordem e desequilíbrio, na qual é importante que os profissionais de saúde ofereçam orientações, que abram espaço ao diálogo, estimulando a auto-estima e a aprendizagem de forma motivadora e construtiva. Este processo é, segundo estes autores faseado, pois os Pais/famílias evoluem de um estado de dependência para um estado de maior autonomia e assunção confortável e confiante do papel de cuidador, terminando esta transição. Assim, o enfermeiro assume o seu papel de facilitador destes processos de transição, através da aproximação (à família e ao seu contexto), da sua perspicácia e habilidade na observação e percepção de indicativos de instabilidade; oferece estratégias de enfrentamento e adaptação a esta transição auxiliando a mulher e família a transitar neste processo de crescimento. Segundo Tralhão et al. (2020), existem factores facilitadores e inibidores das transições e cumpre ao enfermeiro diagnosticar a fase do processo de transição em que o casal se encontra, assegurando que as estratégias adequadas se implementam no momento oportuno. “Os enfermeiros são aqueles que preparam os utentes para a transição e, são quem facilita o processo de aprendizagem de novas competências” (p.20). Mendes (2009), corrobora estes pressupostos, pois refere que estabelecer uma parceria de cuidados entre a família e a equipa de saúde é fundamental para garantir a qualidade dos cuidados à mãe, pai e recém-nascido, evidenciando o potencial da visita domiciliária nesta fase de desenvolvimento pessoal e familiar.

Dentro do regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica encontramos o “Cuidar da mulher inserida na família e comunidade

durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2019), que nos remete para a nossa responsabilidade e compromisso social com esta exigência. Existe já muito trabalho desenvolvido na área de grupos de pares, mas necessita-se de maior investimento na vertente das visitas domiciliárias como estratégia de promoção da saúde familiar e de facilitador da transição para a parentalidade. Com as visitas à puérpera e recém-nascido, numa fase precoce, é permitido ao enfermeiro especialista influenciar o desenvolvimento do relacionamento familiar, prevenindo disfunções relacionais dos seus membros; permitem identificar, *in loco*, e assim com maior eficácia, as necessidades, os recursos e os apoios que as famílias dispõem para ultrapassar este momento de crise, envolvendo todos os seus integrantes (Tralhão et al., 2020).

Durante o puerpério, que se inicia com a dequitação e termina em seis semanas a mulher sofre importantes alterações fisiológicas, psicológicas e hormonais, o que lhe coloca desafios acrescidos, pois além dos cuidados ao recém-nascido, enfrenta mudanças corporais e emocionais constantes. Assim, a visita domiciliária constitui um excelente meio de apoio à puérpera e família, no sentido de evitar sentimentos de solidão, desamparo e fadiga, pois permite avaliar o papel da puérpera na família, a família em si e a adaptação desta ao novo elemento, observando a interação entre os seus integrantes. Permite, ainda, observar as condições socioeconómicas, habitacionais e de segurança e, desta forma, trabalhar em articulação com outros profissionais, sempre que necessário. Portanto, facilita a intervenção, deteta precocemente problemas e contribui para a redução dos índices de morbidade e mortalidade materno-infantil (Almeida, Nelas, & Duarte, 2016).

Avaliar o bem-estar fisiológico materno, o aleitamento, a depressão pós-parto, os medos e as inseguranças da mãe requer uma intervenção ao nível do exame físico materno e do recém-nascido, desmistificação de falsos conceitos e esclarecimento de dúvidas, bem como a implementação de incentivos à amamentação. Portanto, a visita domiciliária permite, segundo Lima e Araújo (2021) o aperfeiçoamento do trabalho do enfermeiro e ainda que as puérperas se sintam valorizadas e acompanhadas neste processo. Estes autores referem também que crianças que não foram visitadas pelos enfermeiros apresentam índices mais elevados de desmame precoce, o que constitui um dado acrescido para a valorização da visita domiciliária.

Fracolli, Reticena, de Abreu, e Chiesa (2018) apontam como temas a abordar durante a visita domiciliar os cuidados de saúde, parentalidade, família, projeto de vida, rede social e saúde ambiental. Estes no sentido de empoderar as mulheres, que agora são mães, e as suas famílias, concorrendo com maiores ganhos para si e para a criança, com melhorias na responsividade materna e, assim, construindo uma parentalidade positiva. Estes temas vão de encontro aos referidos como as maiores preocupações maternas por Caetano et al. (2018): cuidados ao recém-nascido, recuperação funcional da puérpera, transição para a parentalidade, relacionamento conjugal, família/redes de apoio e, por fim, apoio dos profissionais de saúde.

Aproximar os indivíduos dos recursos, compreender a dinâmica familiar, integrando todos os seus elementos na adaptação à parentalidade é crucial e mandatório, preparando as mulheres e ambos os pais de forma a se sentirem apoiados e preparados para este desafio (Hollanda et al., 2019). Providenciar redes de suporte e estratégias de cuidado como visitas domiciliares, está directamente relacionado com padrões mais elevados de qualidade de vida das puéperas e, portanto das famílias e recém-nascido (Coyle, 2009).

Desta forma, considera-se que abrir espaço para que as mães/pais falem sobre as suas vivências durante a transição para a parentalidade poderá trazer ganhos para a enfermagem, pois poderá direccionar algumas práticas, adequar os cuidados aos contextos onde as famílias se desenvolvem, enriquecendo o processo, promovendo a saúde das sociedades em geral.



## **5. DESENHO DO ESTUDO**

O desenho de estudo vem permitir ao investigador desenvolver um plano para dar resposta à questão de investigação, onde irá descrever a abordagem metodológica, definir a população e amostra a serem estudadas, entre outros. Assim neste capítulo iremos definir o tipo de estudo, a população e amostra, os procedimentos de recolha de dados e formais e éticos e ainda o tratamento de dados.

Desta forma, como objetivos deste estudo definiu-se conhecer qual o impacto da visita domiciliária enquanto instrumento de cuidados no processo de adaptação ao papel parental de ambos os pais e identificar necessidades/dificuldades manifestadas por ambos os pais durante a visita domiciliar, referentes à transição para a parentalidade e sensíveis aos cuidados de enfermagem.

### **5.1. TIPO DE ESTUDO**

O presente trabalho reflete um estudo de nível I do tipo exploratório-descritivo, de natureza qualitativa, onde se pretendeu dar resposta à questão de investigação “Será que a visita domiciliária realizada pelo enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica facilita o processo de transição e adaptação à parentalidade de ambos os pais?”

Neste sentido, estabeleceram-se como objetivos para este estudo conhecer qual o impacto da visita domiciliária enquanto instrumento de cuidados no processo de adaptação ao papel parental de ambos os pais; e, identificar necessidades/dificuldades manifestadas por ambos os pais durante a visita domiciliar, referentes à transição para a parentalidade e sensíveis aos cuidados de enfermagem.

### **5.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA**

Como participantes incluíram-se no estudo mães e pais que receberam visita domiciliária da enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, durante o primeiro mês de vida do bebé e em que o bebé tenha, no momento da entrevista, o máximo de 6 meses.

A amostra foi do tipo não probabilística por conveniência. Integraram a amostra os Pais que demonstraram disponibilidade para participar no estudo, após a sua divulgação nos programas de preparação para o parto.

Como critérios de inclusão pretendeu-se entrevistar mães e pais com filhos recém-nascidos, que tiveram pelo menos uma visita domiciliária realizada pela enfermeira especialista em ESMO, durante o primeiro mês de vida do bebé e em que o bebé tenha, no momento da entrevista, o máximo de 6 meses; mães e pais com mais de 18 anos; mães e pais que compreendam e falem corretamente a língua portuguesa; mães e pais que demonstraram disponibilidade para participar no estudo de forma voluntária e que se disponibilizem para a realização da entrevista; e, por fim, mães e pais de filhos recém-nascidos sem problemas de desenvolvimento ou com patologias associadas. Por sua vez, como critérios de exclusão definiu-se apenas não incluir mães e pais de filhos recém-nascidos e/ou com patologias associadas.

Contrariamente ao pretendido inicialmente e apesar dos esforços empreendidos pelo investigador não foi possível integrar neste estudo a visão paterna da visita domiciliária, pois os participantes do estudo foram na sua totalidade mães.

### 5.3. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Após realizar as entrevistas semiestruturadas até à saturação dos dados obtidos torna-se a fundamental caracterizar os participantes do estudo, de forma a melhor compreendermos as inferências realizadas pelo investigador, pois estas respondem a um contexto vivido pelos participantes e apoiam-se nas suas expressões manifestadas (Bardin, 2011).

A recolha de dados foi efetuada através de entrevista semiestruturada (Apêndice II – Instrumento de recolha de dados), entre os dias 30 de maio e 20 junho de 2022. A Entrevista foi estruturada com questões que pretendem obter resposta a domínios relacionados com adaptação à parentalidade, cuidados ao recém-nascido, cuidados à puérpera, redes de apoio e projeto de vida/de casal.

No início da entrevista foi solicitado aos participantes o preenchimento de um formulário com os dados sociodemográficos de ambos os pais e obstétricos da mãe.

As entrevistas foram realizadas até se obter a saturação dos dados, como se preconiza para este tipo de estudos descritivo-exploratórios, sendo que foram realizadas um total de

sete entrevistas. Estas foram desenvolvidas maioritariamente por videoconferência com recurso à plataforma Zoom - Colibri V3 - Videoconf - FCCN, respondendo à preferência dos entrevistados. No decorrer destas procedendo-se apenas à recolha de áudio que posteriormente foi alvo de transcrição.

#### 5.4. TRATAMENTO DOS DADOS

Para a análise da informação obtida nas entrevistas realizadas escolheu-se seguir o modelo proposto por Laurence Bardin, no seu livro “Análise de conteúdo” (2011). Assim, para os estudos de nível I do tipo exploratório-descritivo, de natureza qualitativa, como o que se apresenta, primeiramente o investigador deve dirigir o seu foco de atenção para a organização e pré-análise de todo o material obtido na recolha de dados e posteriormente proceder à sua exploração, elaborando a codificação, de onde surgiram as unidades de registo e de contexto e, de seguida a categorização, que consiste na organização das unidades de registo com vista a dar resposta aos objetivos a que inicialmente o investigador se propôs.

Desta forma, após analisar descritivamente os dados sociodemográficos das participantes e a sua história obstétrica, procedeu-se à identificação dos temas convergentes e divergentes nos diferentes discursos obtidos, para elaborar a sua categorização, permitindo obter uma análise mais sistematizada e fidedigna da informação.

#### 5.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Após realizar as entrevistas semiestruturadas até à saturação dos dados obtidos torna-se a fundamental caracterizar os participantes do estudo, de forma a melhor compreendermos as inferências realizadas pelo investigador, pois estas respondem a um contexto vivido pelos participantes e apoiam-se nas suas expressões manifestadas (Bardin, 2011).

Como garantia de confidencialidade, a investigadora responsabilizou-se por garantir a confidencialidade e o anonimato de todos os participantes do estudo, desde a recolha de dados até à publicação dos resultados. Para a manutenção do sigilo, ao longo da análise das entrevistas serão identificadas as diferentes participantes do estudo através da letra E.

As entrevistas foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas, após o que o áudio foi eliminado de forma definitiva. A todos os participantes foi garantido o acesso à transcrição das mesmas bem como ao estudo final, em qualquer fase do processo investigativo.

A voluntariedade dos participantes foi garantida através da assinatura do termo de consentimento informado (Apêndice IV – Consentimento informado das participantes), sejam as entrevistas realizadas de forma presencial ou por via digital, através da marcação de um dia presencial para este efeito.

Após a elaboração do projeto de investigação, este foi submetido à Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, tendo obtido o parecer favorável, como consta no Anexo II – Parecer UICISA P861/03-2022.

## 6. RESULTADOS DO ESTUDO

Ao longo deste capítulo será apresentada uma breve caracterização dos participantes deste estudo e apresentados os resultados que emergiram dos discursos de ambos os pais apresentados sob a forma de categorias e subcategorias.

### 6.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Iniciámos a apresentação e análise dos dados obtidos com a caracterização dos participantes do estudo, que para além de cumprirem com os critérios de inclusão anteriormente referidos apresentaram ainda as seguintes características: todos os participantes do estudo são do sexo feminino (100%); verificámos que a maioria das mães apresentavam idades compreendidas entre os 30-40 anos (86%) e apenas uma com idade superior a 40 anos. Cerca de 86% das participantes viviam com marido e filho(s) e como habilitações literárias a maioria apresentava formação ao nível do ensino superior (86%); por fim, em relação à sua situação com o mercado de trabalho, verificou-se que a maioria se encontra empregada (86%) e destas apenas uma é profissional de saúde (14%).

**Tabela 1** – Dados sociodemográficos dos participantes do estudo

Variáveis	Participantes n (%)	
	7 (100%)	
Sexo	Feminino	7 (100%)
	Masculino	0 (0%)
Idade	30-40 anos	6 (86%)
	41-45 anos	1 (14%)
Agregado familiar	Marido/companheiro e filho(s)	6 (86%)
	Marido/companheiro, filho e pais	1 (14%)
Habilitações literárias	Ensino secundário	1 (14%)
	Ensino superior	6 (86%)
Situação profissional	Empregado	6 (86%)
	Desempregado	1 (14%)
Atividade profissional	Profissional de saúde	1 (14%)
	Outra profissão	6 (86%)

Apresentamos de seguida na Tabela 2 os dados relativos ao percurso da gravidez parto e pós-parto das participantes onde verificamos que a maioria das participantes são Gesta 1/ Para 1; todas gravidez decorreram até o seu termo e foram de feto único (100%), como esperado nos critérios de inclusão. O acompanhamento da gravidez foi maioritariamente no

hospital (57%) e, ao nível dos programas de preparação para o parto verificou-se que 86% participaram, sendo que a maioria teve parto eutócico (57%). Todas usufruíram do seu direito a licença de parentalidade, sendo que duas (29%) mães usufruíram de 120 dias, três (43%) de 150 dias e uma (14%) de 240 dias. No que concerne aos pais, todos tiveram 30 dias de licença, à exceção do companheiro de uma das participantes que estava desempregada à altura e, portanto, o pai da criança usufruiu de 120 dias (14%). As participantes do estudo pertencem todas ao distrito de Coimbra.

**Tabela 2** – Dados relativos ao percurso da gravidez parto e pós-parto das participantes

Variáveis	Participantes n (%)	
	7 (100%)	
Paridade	G1/P1	5 (71%)
	G2/P2	2 (29%)
Idade Gestacional	Gravidez de termo/feto único	7 (100%)
Acompanhamento gravidez	Hospital (Maternidade)	4 (57%)
	Centro de Saúde e Hospital (Maternidade)	1 (14%)
	Clínica particular	2 (29%)
Tipo parto	Eutócico	4 (57%)
	Distócico	3 (43%)
Licença parentalidade	0 (mãe) / 120 (pai) dias	1 (14%)
	120(mãe) / 30(pai) dias	2 (29%)
	150(mãe) / 30(pai) dias	3 (43%)
	240(mãe) / 30(pai) dias	1 (14%)
Participação em programas de preparação para o parto	Sim	6 (86%)
	Não	1 (14%)

## 6.2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Deste modo, e de acordo com o tema escolhido, procurou-se conhecer o impacto da visita domiciliar no processo de adaptação ao papel parental de ambos os pais assim como identificar as necessidades/dificuldades manifestados por estes durante a transição para a parentalidade

Procedeu-se, portanto, à reflexão sobre os temas preponderantes que surgiram do discurso das mães que tiveram a visita domiciliária do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Da análise desses discursos emergiram quatro categorias principais: **Redefinição de papéis; Apoio nos cuidados ao recém-nascido; Apoio no autocuidado e na recuperação pós-parto; Suporte à adaptação ao papel parental** e as respetivas subcategorias como se pode observar no quadro 1.

De seguida iremos apresentar cada uma delas considerando as suas subcategorias.

**Quadro 1** – Categorização dos temas abordados nas entrevistas

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
Redefinição de papéis	Domínio pessoal Domínio profissional
Apoio nos cuidados ao recém-nascido	Amamentação Cuidados de higiene/coto umbilical Sono e repouso
Apoio no autocuidado e na recuperação pós-parto	Desconfortos da amamentação Processo cicatricial da ferida cirúrgica Auto-imagem
Suporte à adaptação ao papel parental	Inseguranças relacionadas com os cuidados Desempenho do papel parental Identificação de redes de apoio

### **Redefinição de papéis**

O nascimento de uma criança no seio familiar impõe alterações e modificações na estrutura, mas também no funcionamento da mesma. Homem e mulher, companheiro e companheira passam também a ser pai e mãe, transformando a díade numa tríade. Esta modificação impõe, assim, uma redefinição de papéis dentro da família, que se não forem efetuadas de forma saudável e correta pode gerar conflitos e disfunções familiares, o que poderá acarretar compromissos na saúde da mãe e do recém-nascido. Desta forma, é importante monitorizar estas transições de forma a facilitá-las e promover a saúde de todos.

Através da análise das entrevistas podemos verificar que a mulher ainda é dominante na área do cuidar, protelando de uma forma geral o seu crescimento profissional.

---

“Não foi fácil! Senti que fiquei muito mais sobrecarregada! E esse sentimento acaba por gerar algum conflito.” (E4)

---

Dá-se lugar a uma readaptação pessoal e familiar que tem implicações nos cuidados consigo e com os outros e com os diferentes papéis desempenhados como pessoa e como profissional. No **domínio pessoal** as participantes referem fundamentalmente o cansaço, privação do sono e a falta de tempo para atividades de lazer e algumas das participantes deram ênfase à intervenção do enfermeiro para ultrapassar estas dificuldades.

---

“o enfermeiro abordou a importância de os pais descansarem e as estratégias a adotar (...) conversava bastante com o meu marido para ele compreender um pouco esta fase (...) facilitou que nos tornássemos mais unidos” (E2)

---

“tive que fazer alguns reajustes. (...) gosto muito de viajar e agora pretendo fazê-lo com ele não o tenho feito, mas pretendo.” (E3)

“nas estratégias para descansar (...) Nós adotámos estas estratégias e foi importante pois andava exausta e melhorei um pouco.” (E4)

“Deixei de fazer algumas coisas nos tempos livres que tinha. Sinto-me mais cansada. Não é fácil.” (E5)

---

Por sua vez, no **domínio profissional**, as entrevistadas manifestaram existir mudanças importantes ao projeto profissional inicial, no entanto fazem este reajuste de forma voluntária e, desta forma, não o consideram importante ao nível de intervenção para o enfermeiro especialista na visita domiciliária nos primeiros dias de vida da criança.

---

“Em termos profissionais, (...) a procura de trabalho foi um pouco adiada, pois como estávamos em pandemia e as creches fechadas precisei esperar que ele ficasse um pouco maior.” (E3)

“É um impacto muito grande! É impossível não ter impacto. (...) Em termos profissionais, dedico muito menos tempo que antes, é uma gestão à qual ainda me estou a tentar adaptar, mas que está a ser difícil e cansativo, pois quero-lhe dar toda a atenção, mas também tenho outras coisas para fazer e, por vezes, sinto que negligencio o trabalho (o meu percurso profissional) em valorização do meu filho. (...) Já não perspetivo fazer estágios fora de Portugal, esse tipo de coisas.” (E4)

“Em termos profissionais o objetivo está lá, está é um pouco adiado.” (E5)

“Como profissional foi radical. Mudei completamente a minha vida. Troquei de trabalho” (E6)

“(…) Como profissionais ficamos mais restritas, pois trabalhamos menos horas e para quem quer progredir na carreira por vezes pode ser um ponto contra, mas tirando isso é sempre positivo.” (E7)

---

### **Apoio nos cuidados ao recém-nascido**

Os cuidados ao recém-nascido são o foco principal de atenção dos Pais nesta fase de transição. Assim, apoiar a aquisição de competências de cuidar o bebé é fulcral para diminuir estados de ansiedade associados a este novo papel que os Pais desempenham, levando a que se sintam capazes de dar respostas adequadas às suas responsabilidades parentais.

Desta forma, quando questionadas sobre como é que a visita domiciliária facilitou a adaptação às necessidades de cuidados ao recém-nascido, as participantes apontam fundamentalmente a amamentação e os cuidados de higiene/coto umbilical como principais focos de dificuldades. Porém a **amamentação** é a mais frequentemente referida, relatando este domínio de ação como inexperientes e despreparadas.

---

“Se não tivesse sido por isto teria passado para LA, porque eu não sabia fazer o que ele fez.” (E2)

“A visita domiciliária ajudou-me a perceber se a pega era efetivamente correta e como atuar perante situações de ingurgitamento mamário, com os meios que tínhamos em casa, explicando quais as melhores estratégias.” (E4)

“fiz muitas mastites. Tinha muito a ver com a forma do bebé fazer a pega e nessa parte a enfermeira ajudou-me bastante. Ela foi persistente a me ajudar e fez com que eu não desistisse, como aconteceu no primeiro filho.” (E5)

“tive muitos problemas na amamentação e esse apoio foi fundamental.” (E6)

“Eu não percebia se ele fazia bem a pega ou não, mas depois elas sugeriram o mamilo de silicone e deu resultado.” (E7)

---

Associado ainda aos cuidados com a criança, as mães manifestaram com frequência sentimentos de insegurança e de ansiedade.

---

“eu pretendia a amamentação exclusiva e não tive apoio até à visita domiciliária e isso deitou-me muito abaixo. Senti que andávamos um pouco a correr atrás do prejuízo, achava que tinha falhado antes, pois não me tinha preparado como deve ser.” (E3)

“Eu desabafava com ele (enfermeiro) e ele tinha sempre uma palavra que me deixava mais tranquila. Tudo fazia mais sentido depois de conversar com ele.” (E2)

---

Os **cuidados de higiene e ao coto umbilical** são outra das preocupações maternas após o regresso da maternidade, sendo que as participantes valorizaram as intervenções do enfermeiro especialista neste âmbito, durante a visita domiciliária.

---

“coto era uma preocupação e os olhos de enfermeiros deixavam-me mais descansada... A Enfª ir a casa evitava-me deslocar” (E1)

“Ele também acabou por ajudar no banho (...) estávamos com algum receio. (...) e também de todos os passos do banho, mostrando de como ser prático.” (E2)

---

Ainda no âmbito da questão colocada às participantes acerca dos cuidados ao recém-nascido algumas destas manifestaram a importância de o enfermeiro observar os cuidados no seu contexto natural e da intervenção importante a ter neste domínio.

---

“Acabou por nos dar sugestões, por exemplo, de como colocar o quarto mais prático para toda a gestão dos cuidados à L.” (E2)

“Além de verem as condições, evitam uma deslocação ao Centro de Saúde e ajudam no que é necessário, no nosso meio.” (E7)

---

### **Apoio no autocuidado e na recuperação pós-parto**

Promover uma recuperação pós-parto saudável é um dos focos do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica. Observar a mulher na sua dinâmica familiar e no seu contexto, facilita a promoção de comportamentos conducentes à melhor recuperação após

o parto, recomendando cuidados, ajustando comportamentos, delegando tarefas, integrando toda a família no seu cuidado.

Assim, quanto à recuperação pós-parto as participantes foram perentórias em manifestar o valor que atribuem à visita domiciliária como fator facilitador na sua recuperação física, quer ao nível de desconfortos na amamentação, como ao nível do processo cicatricial da ferida cirúrgica e da sua autoimagem após o parto.

Os **desconfortos na amamentação** relacionados com ingurgitamento mamário e a pega correta foram manifestados pela maioria das participantes como podemos verificar no ponto anterior quando se refere à amamentação, porém as participantes reforçam esta valorização nas seguintes expressões.

---

“facilitou imenso, completamente. Eu estava quase com uma mastite. O Enf<sup>o</sup> fez a massagem, ensinou-me e facilitou dar de mamar à L.” (E2)

“ingurgitamento mamário (...) e em termos de sanidade mental, (E4)

“tinha um mamilo raso e tive que utilizar o mamilo de silicone. Eu não percebia se ele fazia bem a pega ou não, mas depois elas sugeriram o mamilo de silicone e deu resultado.” (E7)

---

No que se refere ao **processo cicatricial da ferida cirúrgica**, as participantes manifestaram um apressamento significativo com os cuidados efetuados neste âmbito aquando a visita domiciliária, pois sentem-se integradas e valorizadas nos cuidados.

---

“A forma de fazer a higienização, porque para mim era complicado ir à casa de banho (...) acompanhando a evolução dos pontos (...) Enfim, evitou o desconforto de mobilizações e deslocamentos ao Centro de Saúde. Dava-me dicas de como controlar a dor.” (E1)

“Mas também nos cuidados à episiotomia, na forma de proceder higienização” (E4)

“Tive muitos problemas com os pontos, pois tinha muita dor e os pontos infetaram e a enfermeira ajudou-me nisto, pois não consegui estar sentada” (E5)

“fui observada pela enfermeira, por causa dos pontos (...) tinha desconforto, mas ela viu que estava tudo bem” (E7)

---

A recuperação pós-parto, impõe alterações na visão que estas mulheres, que agora são mães têm de si, o que leva à alteração da sua **autoimagem**. No discurso de algumas participantes é notória esta preocupação e a importância da intervenção do enfermeiro que visita a puérpera nos primeiros dias após o parto.

---

“Retirar dúvidas, desbloquear certas e determinadas situações e auxiliar na recuperação, pois estamos debilitadas fisicamente e psicologicamente. Existem assuntos que não conseguimos falar com as pessoas de casa e com a Enf<sup>a</sup> sim. Acho que é só isto, mas apenas isto já é muito!” (E1)

“a visita domiciliária facilitou que nos tornássemos mais unidos, demonstrando que deveríamos ser mais compreensivos um com o outro.” (E2)

“Como mulher foi muito positivo, sentimo-nos mais mulheres, apesar de haver muitas modificações corporais e na nossa cabeça.” (E7)

---

### **Suporte à adaptação ao papel parental**

A parentalidade poderá ser visualizada e sentida pelas mães como uma oportunidade de crescimento, mas também como um momento de stresse, pois impõe um senso de responsabilidade, uma identidade social e uma visão do futuro. É, portanto, um momento de grande significado e importância, de muitas exigências. Facultar suporte e promover a boa adaptação ao papel parental é, portanto, uma competência fulcral do enfermeiro especialista em saúde materna, constituindo um foco de atenção especial na observação domiciliar.

No discurso da maioria das mães entrevistadas é perceptível esta preocupação com a assunção desta nova responsabilidade, demonstrando **insegurança relacionadas com os cuidados** e, portanto, uma vulnerabilidade vivida neste momento de transição.

---

“não estou capaz de cuidar dele quando for para casa” (E1)

“dava-me palavras de segurança, quando eu me sentia insegura com os cuidados” (E1)

“no regresso a casa senti-me demasiado nervosa.” (E2)

“A visita domiciliária deu-me alguma força e sentido de capacidade, com ela percebi que era capaz de ir mais além, consegui manter a amamentação (E3)

“Insegura. Muito insegura! Achei que dispomos de muita informação, mas no hospital não nos facultam significado para ela. Por mais que tenhamos a teoria, quando temos um bebé ao colo, na prática as coisas tornam-se assustadoras, principalmente pra mães de primeira viagem, e precisamos da validação de outras pessoas que são mais experientes.” (E4)

“desesperada, porque não tinha um, tinha dois para dar atenção. (...) pensei “E agora?” (E5)

---

Desta forma, importa ao enfermeiro de saúde materna e obstétrica assumir o seu papel de facilitador neste processo de transição fulcral do ser humano, de forma a promover a saúde e a identificar precocemente os possíveis desvios, atuando de forma ajustada e respondendo a uma competência específica da sua área do cuidar.

A construção papel parental é, portanto, fulcral para o reequilíbrio familiar e uma área de intervenção importante, pois dela depende o futuro daquela família e a qualidade dos cuidados ao recém-nascido. Assim, ao nível do **desempenho do papel parental** as participantes do estudo referiram

---

“me culpava de muitas coisas e o enf<sup>o</sup> acabava sempre por desmistificar estas ideias. Para além disso também conversava bastante com o meu marido, para ele compreender um pouco esta fase.” (E2)

“Ouve outros intervenientes, mas a visita teve uma influência importante na construção do papel parental. Acho que em vez de ficar mais prática, compliquei ainda mais e a visita também ajudou nisto, aprendi a relativizar as coisas.” (E3)

“(…) todas queremos ser “boas mães” e se tivermos ao nosso lado alguém que nos valide, que nos diga “estás a fazer bem! Isto é mesmo assim complicado, mas vai correr tudo bem” explicando um ou outro detalhe, faz muita diferença, faz-nos sentir mais seguras, deixa-nos mais à vontade para desempenhar o nosso papel de mães, sentindo-nos melhor connosco próprias.” (E4)

“Ser mãe é difícil, mas muito gratificante (...) o facto de virem cá, verem o que eu fazia e se fazia bem, darem dicas e sugerirem outras formas de atuar ajudou. Senti que estava acompanhada e que foi reforçado o que já fazia.” (E7)

---

É, portanto, perceptível pelos testemunhos recolhidos que a intervenção na visita domiciliária, observando os cuidados no seu “habitat” natural é de extrema importância para a vivência da parentalidade em casal e para a saúde da família em geral. Incluir o pai nos cuidados, validar e corrigir comportamentos é um dos parâmetros referidos pelas mães, assim como estabelecer uma relação de confiança e de ajuda permanente estreitando vias de contacto.

---

“tentava ser eu a fazer e a enf<sup>o</sup> dizia “agora faz o pai”, por vezes eu dizia “mas ele demora mais”, ao que ela insistia “não faz mal, agora faz o pai” e isso foi fundamental, porque agora faz tanto quanto eu! É igual!” (E1)

“se ela não tivesse alertado daquela vez, talvez eu tomasse a iniciativa de fazer tudo, embora ele tivesse sempre disponível para fazer o que fosse. Inicialmente eu não o deixava fazer as coisas, não era por mal, mas não o deixava demonstrar que era capaz.” (E1)

“A VD influenciou a construção do meu papel parental de forma positiva, sem dúvida! O enf<sup>o</sup> estava sempre disponível com uma mensagem, facilitou que nos tornássemos mais unidos, demonstrando que deveríamos ser mais compreensivos um com o outro.” (E2)

“Além de verem as condições, evitam uma deslocação ao CS e ajudam no que é necessário, no nosso meio.” (E7)

---

No decorrer das entrevistas foi evidente a importância que as participantes atribuem à **identificação das redes de apoio**, que são frequentemente recursos de que dispõem, mas que por vezes desconhecem, demonstrando a relevância da intervenção de proximidade do enfermeiro especialista. Assim, primeiramente identificam os familiares e em segunda linha o apoio profissional.

---

“Mas quando vim para casa, tinha mais apoio (das pessoas de casa) fiquei mais descansada” (E1)

“No regresso a casa o mais imediato era a minha mãe e o meu pai” (E1)

“Além do enf<sup>o</sup> tínhamos a minha mãe (avó)” (E2)

“os avós, os tios a minha irmã... apoio não nos faltava (...) ter esse suporte durante o dia, ajuda a que consigamos descansar um pouco. Às vezes eram os avós que davam o banho, mudavam a fralda e ter alguém para partilhar esta responsabilidade é bom para a nossa cabeça.” (E7)

---

Porém, verificou-se que existiram algumas participantes que não dispunham de apoio familiar, referindo a dinâmica familiar como crucial neste âmbito, o que mais uma vez corrobora o que foi referido anteriormente quanto à importância de o enfermeiro especialista contribuir para o reequilíbrio familiar, facilitando a transição para a parentalidade.

---

“Na altura do nascimento eramos só nós. Vivíamos afastados dos avós.” (E4)

“Eu e o meu marido sempre funcionamos muito em equipa.” (E6)

---

Outro domínio muito referido pelas participantes e valorizado por estas foi a proximidade de contato que se constrói ou se reforça com estas visitas domiciliárias. Algumas das participantes já conheciam a/o enfermeira/o especialista, mas de uma forma geral reforçaram que as visitas abriram a via de diálogo digital, tão importante nos dias hoje, referindo que facilitava o esclarecimento de dúvidas e o recurso fácil ao conhecimento especializado, sentindo-se mais protegidas e acompanhadas. Além disto, esta proximidade permitir ao enfermeiro acompanhar e avaliar as intervenções efetuadas.

---

“ainda hoje, quando surge alguma dúvida ou quando o A. fica doente falo sempre com ela” (E1)

“após a primeira senti-me muito mais confiante e sempre que precisava de ajuda eram coisas simples que resolvemos por mensagem ou um telefonema.” (E4)

“ela deixou-me completamente à vontade para que quando eu precisasse pudesse ligar. E isso deixa-nos com algum conforto, ainda hoje quando preciso recorro à enfermeira. (...) saber que está sempre ali alguém, sempre disposto a ajudar é fundamental!” (E5)

“Ficou a ligação e por vezes bastava mandar uma mensagem e ela dizia “façam isto” (...) Senti-me acompanhada.” (E6)

---

Como podemos verificar duas das participantes foram um pouco mais além nos seus relatos e propõem que estas visitas sejam alargadas a toda a população, evidenciando o valor que atribuem às mesmas.

---

“Fundamental! Preciosa! É uma grande ajuda! Todos deveriam ter esse apoio.” (E3)

“penso que os CS deveriam ter a VD de forma sistemática”(E2)

---

Uma das mães participante do estudo que não tendo usufruído de visita domiciliaria após o nascimento do primeiro filho salienta a importância que esta teve no momento atual, particularmente nos primeiros 28 dias após o nascimento da sua segunda criança.

---

“É uma situação dolorosa, tem que haver uma preparação, nós sofremos fisicamente, mas também psicologicamente e do primeiro senti que não tive quem me ajudasse a pensar nisso antes (...) mas deste foi muito melhor!” (E6)

“ (...) sinto que outras mulheres que conheço e que foram mães pela primeira vez questionam muita coisa que já foram as minhas dúvidas e eu penso: “afinal não era só eu!” é a realidade” (E6)

---

Após todo o exposto, podemos concluir que a experiência das mães com a visita domiciliaria do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, se reveste de um elevado grau de satisfação e, assim, de uma valorização da mesma como fulcral para o seu bem-estar e para o sucesso da transição para a parentalidade.

## 7. DISCUSSÃO

A visita domiciliar enquanto instrumento de cuidados reveste-se de uma grande importância para os Pais em particular nas etapas iniciais de adaptação à parentalidade.

A assistência domiciliar desenvolvida em particular pelos enfermeiros assume um papel determinante na prevenção de complicações e na promoção da saúde das mães nesse período, e irá melhorar a qualidade do relacionamento com seus recém-nascidos. Permitirá também ajudar as mães a lidar melhor com sua nova vida capacitando-a a gerir melhor o cuidar de si mesmas e de seus bebês.

De uma forma geral, os resultados do nosso estudo permitem-nos confirmar do impacto positivo que a visita domiciliar representa na vida das pessoas entrevistadas, ajudando-as a superar as diversas exigências impostas neste período de transição e adaptação à parentalidade.

Com a chegada de um filho, muitas expectativas são criadas em torno dele, no que se refere ao seu futuro, e se ele vai corresponder às idealizações que lhe são colocadas desde o momento da concepção. As condições históricas e as mudanças sociais são determinantes na forma como a família se organizará com o intuito de cumprir a sua função social, que consiste na transmissão de ideias e valores dominantes de um determinado contexto cultural, levando a uma **redefinição de papéis**.

Atualmente deparamo-nos com casais organizados em que a aprendizagem resultante do contacto com elementos de outras gerações foi substituída pela grande facilidade de acesso à informação sobre assuntos que outrora eram transmitidos de Pais para filhos.

Moreira (1995), indica-nos que a família não tem sempre as mesmas características como grupo social, não sendo estanque, quer na sua constituição, quer na sua estrutura. É evidente que, qualquer que seja a família, não se pode negar a existência de um ambiente preestabelecido, o qual, no entanto, por mais rígido que possa ser, vai sofrer as consequências da entrada de um novo elemento, modificando-se em maior ou menor escala, na tentativa de encontrar novas formas de equilíbrio nessa sua fase de expansão.

Nos últimos anos, começaram a surgir algumas respostas para este período, como os “cursos pós-parto”, aos quais não podemos retirar importância. No entanto, é essencial

não esquecermos que estes momentos de partilha com os pais têm como domínios principais a assistência ao RN (sono, alimentação, babywearing, massagem do RN, etc.), o que já por si diminui os níveis de stresse e ansiedade dos pais, pois sentem-se apoiados e mais empoderados a agir, mas falta o foco na mulher, que agora se tornou mãe e o foco no contexto em que se manifestam as maiores dificuldades – o domicílio.

Ajudar a mulher, que agora é mãe, a compreender que este processo de mudança é difícil, mas que é normal, que ela não está sozinha, que é capaz de o ultrapassar e que depois de assumir mais este papel não vai perder a sua identidade, mas sim crescer como pessoa, é crucial para vivências mais prazerosas da maternidade e para a promoção de bem-estar das famílias e das populações. Uma mãe com elevados níveis de bem-estar leva-nos, provavelmente, a ter RN mais correspondidos nas suas necessidades e, por isso, com maior capacidade de adaptação a esta nova vida. Intervir junto das famílias otimiza estados de saúde, o desenvolvimento das crianças e das famílias (Branca & Calado, 2018).

Ajudar a mulher, que agora é mãe, a compreender que não existe espaço para culpabilizações e que é normal continuar a querer desempenhar o seu papel de mulher, irmã, amiga, filha, trabalhadora e que tem direito a eles para se sentir inteira e feliz, é fundamental, para o bem-estar de todos. Para isto, é importante incluir os homens (figura paterna) neste processo, como sugere Mendes (2008) ao referir que o pai atual está a ficar mais consciente da importância do seu papel relativamente ao acompanhamento e desenvolvimento do(s) filho(s), proporcionando-lhe maior facilidade para atender às necessidades deste(s) e contribuindo para o estabelecimento de uma relação afetiva mais próxima. Sublinha ainda a mesma autora que nesta tarefa de construção do papel paternal os pais têm de reorganizar o espaço mental e físico para o(s) seu(s) filho(s), ajustando os tempos sociais, pessoais e de trabalho. Mais uma vez todo este discurso nos leva para a importância de intervir diretamente no “habitat” familiar, onde podemos observar melhor as interações de papéis de ambas as figuras parentais. A implementação da visita domiciliária é um elemento fundamental para uma prática de enfermagem mais interventiva numa abordagem sistémica de suporte técnico e relacional junto da mulher e respetiva família para uma efetiva transição à parentalidade (Mendes, 2007, 2008).

Percebemos que as enfermeiras de saúde materna e obstétrica, como agentes facilitadoras de processos de transição destas mulheres/casais/famílias têm a obrigação de atentarem

nestas esferas de ação, extremamente importantes para o bem-estar e para a saúde mental das populações.

Isto porque, com a chegada deste novo ser, inicia-se um processo de tomada de consciência do bem-estar infantil, estimulando o espírito de entreaajuda entre os progenitores, no sentido da intimidade do lar e da alegria da maternidade e paternidade, criando todas as condições para que a criança passe a ser o centro de interesse e investimento familiar (Malpique, 1990).

Desta forma, o apoio **nos cuidados ao recém-nascido** são a principal preocupação e dificuldade referida pelos pais neste momento de transição sendo também um foco sensível aos cuidados do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica aquando da visita domiciliária nos primeiros dias de vida da criança. A amamentação, os cuidados de higiene/ao coto umbilical e o sono/repouso, foram as necessidades de cuidados mais referidas pelas participantes, tendo-se destacado entre estas a amamentação. Estas constatações foram também evidenciadas por Carvalho et al. (2017) no seu estudo sobre os desafios da maternidade em primíparas.

A amamentação surge, desta forma, como o grande foco dos cuidados do enfermeiro especialista no contexto domiciliar. As participantes atribuem como principal justificação a inexperiência, assim como a falta de preparação para estes cuidados, mas que a visita domiciliária é fulcral para facilitar esta aprendizagem tornando conceitos anteriormente adquiridos válidos e significativos. Milani et al. (2017), vão um pouco mais além e referem-nos que o tipo de alimentação do recém-nascido tem um efeito significativo na depressão pós-parto, sendo que nos diz que a amamentação em exclusivo tem um efeito protetor para a depressão nesta fase de transição. Por sua vez, os autores Cheng, Wang, e Mo (2019) e Nascimento Carvalho, Carvalho, Santos, e Freitas Santos (2018), mais uma vez corroboram a importância de se implementar a visita domiciliária, pois referem-nos que a visita promove a manutenção da amamentação por maiores períodos de tempo, remove barreiras associadas à amamentação e promove sentimentos de autoeficiência, apontando a visita domiciliária como fator protetor da amamentação exclusiva.

O pós-parto é uma fase de desafios constantes e acrescidos para a família, ainda mais para a mulher que se tornou mãe e que também ela atravessa processos de transformação física, psicológica e emocional. Cuidar de um recém-nascido impõe tantas demandas que faz a mulher, por vezes, descentralizar a foco de si e da sua recuperação funcional e mental.

Assim, garantir condições de segurança e minimizar complicações durante o pós- parto deve ser uma das preocupações do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, de forma a assegurar o restabelecimento saudável daquela mulher (Andrade et al., 2015).

No discurso das participantes ficou patente esta necessidade de cuidados e a importância de estes não serem negligenciados durante a visita domiciliária, de forma a assegurar o reequilíbrio familiar e, assim assegurar o **apoio no autocuidado e a recuperação pós-parto**. Milani et al. (2019), reforçam este parecer ao referir no seu estudo, acerca dos efeitos dos cuidados domiciliários na saúde da mulher, que a visita domiciliária traduz-se num decréscimo da prevalência de complicações pós-parto nestas mulheres.

Estas dificuldades, manifestadas em necessidades de cuidados por estas mulheres levam, por vezes, ao desenvolvimento de sentimentos de culpabilização, de insuficiência para o papel parental, conduzindo a estados depressivos e de desajuste parental, comprometendo a saúde da família e, portanto, os cuidados ao recém-nascido. Esta constatação é corroborada por Zagonel et al. (2006) no seu estudo sobre as modificações impostas na transição para o papel parental no puerpério.

Por sua vez, a observação dos cuidados no seu contexto natural e a intervenção do enfermeiro neste domínio foi um dos impactos positivos da visita domiciliária referidos por duas das mães participantes, o que à priori não era o esperado e mais uma vez demonstra a vulnerabilidade que vivenciam neste momento de transição e, portanto, de grande recetividade aos cuidados. Esta manifestação evidencia o potencial da visita domiciliária como instrumento de trabalho do enfermeiro especialista, no sentido de facilitar estes processos de crescimento pessoal e familiar, facultando **suporte à adaptação ao papel parental** (Almeida et al., 2016).

Denota-se, pelas suas manifestações, um sentimento de satisfação com as visitas domiciliárias, recomendando-as de forma consistente e sistemática. Na sua maioria as participantes referiram que a visita influencia a forma como se vêem como mãe, o que representa que esta tem um impacto positivo na construção do papel parental destas pessoas. Como nos dizem Cheng et al. (2019), o pós-parto é um momento ideal para alcançar os melhores resultados para as intervenções na visita domiciliária.

É perceptível, ainda, por estas citações as implicações na saúde mental da mulher e na funcionalidade do casal da realização ou não da visita domiciliária. Uma mãe exausta, como nos diz Andrade et al. (2015), não está tão apta para cuidar o que se transforma

numa bola de neve e aumenta o sentimento de inadequação ao papel parental. Milani et al. (2017) no seu estudo acerca do impacto da visita domiciliária na prevalência da depressão pós-parto, referem que esta diminui nos grupos que recebem a visita, pois como referem os autores, “muitos estudos mostram que a falta de suporte é um dos riscos mais significativos de depressão pós-parto” (p.4). Para além disto, os mesmos autores referem que a VD permite identificar esta doença o mais precocemente possível, pois observa-se as famílias de forma direta. Por sua vez, Traube, Molina, YingWangKay e Kemner (2022) reforçam esta perceção, pois no seu estudo sobre a saúde mental da mulher no período perinatal durante o covid19, referem que as mulheres que receberam a visita domiciliária apresentam menos sintomas depressivos.

Além disso, constatámos ainda no presente estudo que as participantes atribuem um importante significado às redes de apoio nesta fase de transição das suas vidas, referindo em primeira linha a família e, de seguida, os profissionais de saúde, quer em grupos de apoio, quer nas visitas em si. Segundo Lyra, Medrado, Chaves e Lopes (2007, p.5) família “é considerada um grupo de pessoas unidas por laços de afeto e de cuidado mútuo”, sendo que assim homens e mulheres partilham responsabilidades, mas também prazeres na vida em geral. No entanto, como nos refere Perista (2016), na esfera familiar ainda é a mulher aquela que despende mais tempo. Assim, promover parentalidades envolvidas e co-responsabilizações na esfera pública e privada prende-se com empatia, resiliência, respeito e intervenção na saúde das famílias (Gomes et al., 2016), o que nos leva à constatação evidente que o apoio e o acompanhamento pelo enfermeiro especialista nesta fase de transição familiar é fundamental para a construção destas parentalidades envolvidas.

Assim, para se conseguir mulheres com poder de decisão, livres, autodeterminadas e responsáveis pelo seu estado de saúde e bem-estar temos de trabalhar com todos, homens e mulheres. O homem tem de abrir as portas do domínio público à mulher e a mulher de permitir a inclusão do homem na vida privada. Esta é também uma das recomendações do documento “*WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*” (OMS, 2022).

Andrade et al. (2015), dizem-nos que “uma assistência de qualidade durante o puerpério é fundamental para a defesa e garantia dos direitos humanos de mulheres e crianças”. Os autores Handler, Zimmermann, Dominik, e Garland (2019), num estudo que reporta à

implementação de programas com visitas domiciliares sistemáticas e prolongadas no tempo (não apenas nos primeiros 6 meses de vida da criança) referem que estas demonstram ser profícuas quer no desenvolvimento cognitivo das crianças, como na aquisição de competências socio-emocionais. Para além deste fator, as crianças acompanhadas nestes programas demonstram maiores *outcomes* desenvolvimentais, menor risco de exposição a meios violentos e, portanto, estados de saúde mais elevados, pois são acompanhados de comportamentos parentais mais ajustados.

De uma forma geral, referiram que o nascimento de uma criança representa uma alteração no projeto inicial de vida, no entanto, não podemos esquecer que as participantes do estudo são todas mulheres (o que representa uma limitação do estudo) e que, portanto, seria interessante estudar a perceção que os homens têm sobre o impacto na sua vida do nascimento de um filho. Santos et al. (2016) referem-nos que envolver os homens no cuidado promove vínculos afetivos mais fortes, o que desencoraja a violência, rompe com as normas pré-estabelecidas de género e melhora os indicadores de saúde no masculino.

Numa outra investigação desenvolvida por Carvalho (2020) no âmbito da implementação de um programa de educação parental em Pais pela primeira vez, concluiu que as mães que participaram no programa com os seus maridos/companheiros retiram mais benefícios da intervenção do que as que participaram sozinhas, o que demonstra a necessidade de nesta etapa determinante de transição e adaptação à parentalidade, ambas as figuras parentais estarem em sintonia.

As mulheres sentem-se apoiadas emocionalmente e, portanto, referem níveis de stresse menos elevados. Fundamentalmente, tem de se estabelecer uma linha de relações e cuidado mútuo, com responsabilidades partilhadas no domínio social, económico e familiar.

Assim, é fundamental que desde o nascimento do primeiro filho o enfermeiro especialista se comprometa com trabalhar o envolvimento de toda a família nos cuidados ao recém-nascido, permitindo que todos se capacitem e, assim que estas mulheres não suspendam os seus projetos de vida profissional e pessoal a longo prazo, para responder na integra aos desafios da parentalidade.

Após o parto, o foco na mulher baseia-se nos processos físicos que esta vivência, na amamentação, mas o domínio psicoafectivo é, por vezes, negligenciado e comporta alterações e vivências marcantes que condicionam as suas experiências da maternidade e

o seu bem-estar ao longo de toda esta transição. Sjögren Forss, Mangrio e Hellström (2022), referem no seu estudo sobre o trabalho interprofissional nas visitas domiciliárias que reconhecer e tratar a depressão pós-parto de ambos os pais pode melhorar a saúde da família, o que diminui o risco de problemas emocionais e sociais da criança, representando um importante foco de promoção da saúde.

A visita domiciliária demonstra, assim, ser um instrumento de cuidar importante, pois permite avaliar a dinâmica familiar no seu verdadeiro domínio, sendo assim fulcral avaliar a sua efetividade e potencial para melhorar os cuidados prestados. A promoção do bem-estar pré e pós-natal relaciona-se diretamente com as vivências do casal, a sua integração no contexto social, as suas crenças e os seus valores. Assim, observar in loco as interações do casal, permite ao enfermeiro implementar uma intervenção mais ajustada e responsiva às necessidades da família em específico. Com estas pretende-se, apoiar, incentivar, orientar e tranquilizar para que estabeleça ou reestabeleça o equilíbrio familiar, assim como a deteção precoce de desvios à normalidade, assegurando a saúde de todos, o que implica ganhos significativos para o desenvolvimento da criança e para sociedade (OMS & UNICEF, 2018).

Aproximar os indivíduos dos recursos, compreender a dinâmica familiar, integrando todos os seus elementos na adaptação à parentalidade é crucial e mandatário, preparando as mulheres e ambos os pais de forma a se sentirem apoiados e preparados para este desafio (Hollanda et al., 2019). Providenciar redes de suporte e estratégias de cuidado como visitas domiciliárias está diretamente relacionado com padrões mais elevados de qualidade de vida das puérperas e, portanto das famílias e recém-nascido (Coyle, 2009).

Importa, por fim, referir que ao se assumir o ser humano como um ser complexo e em constante mudança e adaptação a diferentes contextos e situações de vida, seria extremamente redutor direcionar apenas a nossa atenção utilizando, por exemplo, conhecimentos científicos – assentes globalmente nos processos biológicos. Estes processos existem, mas não podemos descorar as vivências da pessoa em relação a estes, as suas implicações sociais, económicas e religiosas, pois estas condicionam toda a adaptação a estes processos de transição. Para além disso, considerou-se que o enfermeiro de forma particular, também imprime nos seus cuidados um cunho muito pessoal e baseado na sua experiência como pessoa e como profissional. Portanto, para melhor se cuidar as pessoas é fundamental observá-las no todo em que se inserem, de forma a

promover os melhores ganhos em saúde e, desta forma, maior satisfação e reconhecimento social da profissão de enfermagem. Como nos diz Silva e Ribeiro (2020, p.11), “o espaço domiciliar é um âmbito privilegiado para as intervenções de enfermagem”.

## CONCLUSÃO

Com a conclusão desta UC e deste percurso formativo pode-se perceber que muitos foram os ganhos, as aprendizagens e o crescimento pessoal e profissional. As vivências foram numerosas e muito diferenciadas o que tornou todo este percurso muito complexo, mas também muito enriquecedor, pelas partilhas realizadas, pelas reflexões efetuadas, e pela translação do conhecimento realizada, fazendo convergir a teoria com a prática, para construir e enraizar os conhecimentos adquiridos.

Existiram alguns constrangimentos que foram surgindo ao longo desta trajetória, ao nível de tempo, do contexto pandémico que atravessamos, bem como de alguns desafios acrescidos, mas que com resiliência, alguma ponderação, apoio das pessoas envolvidas e investimento pessoal foram sempre ultrapassados.

Nos diferentes contextos de estágio tive a oportunidade de enraizar conhecimentos anteriormente efetuados, porém, também adquiri novas experiências o que me permitiu desenvolver o meu manancial de conhecimentos, preparando-me para a prática clínica. Logo, as aprendizagens foram alcançadas progressivamente, mas as competências chegaram ao nível a que inicialmente me propus alcançar. Considero, no entanto, que ainda existem muitas aprendizagens a integrar, que advêm da prática clínica, integrando a teoria na prática, pelo que o percurso formativo nunca está concluído e requer sempre atenção e cuidado constantes, assumindo uma postura ativa e humilde na sua construção.

Integrar uma vertente investigativa nesta UC, constituiu um desafio acrescido, que tornou a minha aprendizagem e o meu crescimento como profissional mais significativo. Estudar de que forma a visita domiciliar foi facilitadora do processo de transição e adaptação à parentalidade de ambos os pais, trouxe ganhos importantes a esta área do saber, trazendo o reconhecimento do que fazer para que a enfermagem seja reconhecida pelas pessoas como profissão singular e importante. Para que esta emancipação se instale, os enfermeiros têm de atribuir maior importância ao centro da sua ação – o cuidar! Cada enfermeiro tem que em cada minuto aplicar a melhor evidência, apoiado nas suas crenças e valores, no saber advindo da experiência adquirida na prática, adequando estes conhecimentos ao contexto vivido e à situação particular da pessoa/família cuidada. Tem

de dar visibilidade ao que faz, assumido as suas responsabilidades nos ganhos em saúde das populações.

Dando resposta aos objetivos inicialmente definidos destacamos como principais resultados o facto da visita domiciliária ter um impacto significativo no processo de transição para a parentalidade das mães participantes, concretamente ao nível da redefinição de papéis, do apoio nos cuidados ao recém-nascido, no apoio ao autocuidado e recuperação pós-parto, bem como no suporte à adaptação ao papel parental. Ao efetuar todo este trajeto, como se pôde verificar pelo discurso das participantes do estudo alcança-se elevados níveis de satisfação com os cuidados, o que leva ao reconhecimento pelas populações do valor inerente à profissão.

Conclui-se assim, que a visita domiciliária à puérpera e recém-nascido é uma intervenção crucial para facilitar a transição desenvolvimental que é a parentalidade e que esta deverá ser alargada a todos os contextos, tendo os enfermeiros um papel determinante na concretização de mecanismos facilitadores deste serviço a todas as mães, pais e bebés.

Como limitações ao estudo desenvolvido identificou-se o facto das participantes do estudo serem todas do sexo feminino, não integrando este uma visão mais heterogenia do impacto da visita domiciliária no seio familiar. Assim, deixamos como sugestões a elaboração de estudos com uma população mais alargada e heterogênea; estudos experimentais em que se confronte as informações fornecidas por Pais que receberam a visita domiciliária e Pais que não receberam, percebendo as diferentes dificuldades enfrentadas na população portuguesa.

A investigação efetuada constituiu um desafio constante e acrescido à minha aprendizagem, permitindo que me familiarizasse com estes processos para construção do conhecimento em enfermagem, mas também por permitir ultrapassar algumas limitações autoimpostas, que tinha construído por inexperiência neste âmbito.

Desta forma, ao fim desta caminhada de saberes teóricos e práticos posso concluir que me sinto capaz e cientificamente preparada para cuidar melhor das necessidades das mulheres em todo o seu ciclo gravídico-puerperal, dos bebés e das famílias efetuando nesta fase, um balanço muito positivo do que contruí.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, E.; Nelas, P. & Duarte, J. (2016). Visita Domiciliária no pós-parto. *Millenium*, 50(50), 267–281. Retrieved from
- Andrade, R. D., Santos, J. S., Maia, M. A. & Mello, D. F. (2015). Factors related to women's health in puerperium and repercussions on child health. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 19(1), 181–186.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Branca, V. & Calado, M. G. (2018). Impacto da Visita domiciliária de Enfermagem ao recém-nascido/lactente/família: uma revisão sistemática da literatura. *RIASE Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 4(n.º1).
- Caetano, A., Mendes, I., & Rebelo, Z. (2018). Preocupações maternas no pós-parto: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(17), 149–160.
- Carvalho, J. M., Gaspar, M. F. & Cardoso, A. M. (2017). Challenges of motherhood in the voice of primiparous mothers. *Investigacion y Educacion En Enfermeria*, 35(3), 285–294.
- Carvalho, J. M. (2020). *Adaptação à Maternidade: Influência de uma Intervenção de Educação Parental em Mães Primíparas*. (Tese de Doutoramento) de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Cheng, L. Y., Wang, X. & Mo, P. K. (2019). The effect of home-based intervention with professional support on promoting breastfeeding: a systematic review. *International Journal of Public Health*, 64(7), 999–1014.
- Coyle, S. B. (2009). Health-related quality of life of mothers: A review of the research. *Health Care for Women International*, 30(6), 484–506.
- Fracolli, L. A., Reticena, K. de O., Abreu, F. C. & Chiesa, A. M. (2018). The implementation of a home visits program focused on parenting: An experience report. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 52, 1–8.
- Gomes, R., Albernaz, L., Ribeiro, C. R. S., Moreira, M. C. N., & Nascimento, M. (2016). Linhas de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, 21(5), 1545–1552.
- Handler, A., Zimmermann, K., Dominik, B. & Garland, C. E. (2019). Universal Early Home Visiting: A Strategy for Reaching All Postpartum Women. *Maternal and Child Health Journal*, 23(10), 1414–1423.
- Hollanda, G. S., Lima, V. K., Oliveira, B. M., Bezerra, R. A., Carvalho, C. M. & Santos, L. V. (2019). Visitas domiciliares puerperais: promoção da saúde do binômio mãe-filho. *Journal of Nursing and Health*, 9(3).
- Lima, C. S. & Araújo, T. C. (2021). A visita domiciliar do enfermeiro da estratégia saúde da família na atenção ao puerpério. *Ciência Plural*, 7(3), 314–331.
- Lyra, J., Medrado, B., Chaves, E., & Lopes, F. (2007). *Homens também cuidam: Diálogos sobre direitos, saúde sexual e reprodutiva, paternidade e relações de cuidado* (p. 16). Recife: Brasil, UNFPA e Instituto PAPAI.

- Malpique, C. (1990) A ausência do pai: estudo sociopsicológico. 2ª ed. Lisboa: Edições Afrontamento.
- Matvienko-Sikar, K., Lee, L., Murphy, G., & Murphy, L. (2016). The effects of mindfulness interventions on prenatal well-being: A systematic review. *Psychology and Health*, 31(12), 1415–1434.
- Mendes, I. M. (2007). Lived experience by first-time parents in the postpartum. *Birth Issues*, 15(3/4), p. 119-125.
- Mendes, I. M. (2008) "Lived experience of first-time fathers to the postpartum period. In Instituto Salud Carlos III - Unidad de Coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Ed.) Libro de ponencias/Conference Book - Eliminando las barreras del conocimiento (1ª Ed., pp. 81-83), Madrid: Instituto Salud Carlos III.
- Milani, H., Amiri, S. P., Mohseny, M., Abadi, A., Vaziri, S. M., & Vejdani, M. (2019). Postpartum home care and its effects on mothers' health: A clinical trial Hourieh. *Journal of Research in Medical Sciences*, 24(1).
- Milani, H. S., Amiri, P., Mohsey, M., Monfared, E. D., Vaziri, S. M., Malekhhahi, A., & Salmani, F. (2017). Effect of health care as the “home visiting” on postpartum depression: A controlled clinical trial. *International Journal of Preventive Medicine*, 8, 1–6.
- Moreira, M. (1995). Presença do marido no trabalho de parto e a influência na depressão pós-partum blue. Universidade da Extremadura: s.e., (Dissertação de mestrado).
- Nascimento Carvalho, M. J., Carvalho, M. F., Santos, C. R. & Freitas Santos, P. T. (2018). First postpartum home visit: A protective strategy for exclusive breastfeeding. *Revista Paulista de Pediatria*, 36(1), 66–73.
- Nelas, J. C., Melo, E. C., Reis, G. M., Apóstolo, J. M., Carvalho, L. M. & Silva, L. D. (2015). Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização Trabalho. In *Ordem dos Enfermeiros*.
- OMS, & UNICEF. (2018). Cuidados de criação para o desenvolvimento na primeira infância.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019) Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República - 2.a série. N.º 26. 6 de fevereiro de 2019.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019) Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Diário da República - 2.a série. N.º 85. 3 de maio de 2019.
- Perista, H. C. (2016). Os Usos do Tempo e o Valor do Trabalho: Uma Questão de Género.
- Queirós, P. J. (2016). Enfermagem, uma ecologia de saberes. *Cultura de Los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, 20(45).
- Santos, R., & Rolino, T. (2020). Manual de promoção da igualdade de género e de masculinidades não violentas. Promundo Portugal e Centro de estudos Sociais da Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal.
- Silva, M. S. & Ribeiro, P. M. (2020). Visita Domiciliar Como Tecnologia De Cuidado No Incentivo Ao Aleitamento Materno Exclusivo. *Revista Brasileira de Pós-Graduação*, 16(36), 1–13.

- Sjögren Forss, K., Mangrio, E. & Hellström, L. (2022). Interprofessional Teamwork to Promote Health: First-Time Parents' Experiences of a Combined Home Visit by Midwife and Child Health Care Nurse. *Frontiers in Pediatrics*, 10(March), 1–8.
- Tralhão, F., Rosado, A. F., Gil, E., Amendoeira, J., Ferreira, R. & Silva, M. (2020). A família como promotora da transição para a parentalidade. *Revista UIIPS*, 8(1), 17–30.
- Traube, D. E., Molina, A. P., YingWangKay, S. & Kemner, A. (2022). Perinatal Mental Health Support and Early Childhood Home Visitation During COVID-19. *Prevention Science*, 23(2), 260–270.
- United Nations Population Fund (2016) – Estratégia global para a saúde das mulheres, das crianças e dos adolescentes.
- World Health Organization, & Special Programme of Research, D. (2022). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. In *World Health Organization*.
- Zagonel, I. P., Martins, M., Pereira, K. F. & Athayde, J. (2006). O Cuidado Humano Diante Da Transição Ao Papel Materno: Vivências No Puerpério. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 5(2), 24–32.

# **ANEXOS**

## COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)  
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

**Parecer Nº 861/03-2022**

**Título do Projeto:** A visita domiciliária como fator facilitador na adaptação à parentalidade

### Identificação dos Proponentes

Nome(s): Patrícia Alexandra da Silva Fernandes

Filiação Institucional: Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável/Orientador: Professora Doutora Júlia Maria das Neves Carvalho, Professora Doutora Isabel Margarida Marques Monteiro Dias Mendes

**Relator:** Sofia Raquel Teixeira Nunes

### Parecer

Segundo a proponente, a vivência da parentalidade constitui um desafio e a visita domiciliária poderá ser um instrumento de cuidar importante, pois permitirá avaliar a dinâmica familiar pelo que, os objetivos do presente estudo são:

Conhecer qual o impacto da visita domiciliária enquanto instrumento de cuidados no processo de adaptação ao papel parental de ambos os pais;

Identificar necessidades/dificuldades manifestadas por ambos os pais durante a visita domiciliária, referentes à transição para a parentalidade e sensíveis aos cuidados de enfermagem.

A população alvo serão mães e pais que receberam visita domiciliária da enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica do Centro de Saúde da área de residência, durante o primeiro mês de vida do bebé e em que o bebé tenha no momento da entrevista o máximo de 6 meses. A amostragem será do tipo não probabilística por conveniência, em bola de neve.

O estudo necessitou de alguns esclarecimentos do investigador, nomeadamente:

- a) o facto de ser caracterizado com estudo retrospectivo deveria revelar se a investigadora iria colher dados da visita domiciliária e assim, ponderadamente, a investigadora decidiu apenas caracterizar como estudo descritivo e exploratório;
- b) a investigadora não mencionava o processo de recrutamento dos casais nem tão pouco da obtenção do consentimento informado dos mesmos; referiu a investigadora que a amostra seria do tipo não probabilística por conveniência, em bola de neve constituída por mães e pais que tivessem pelo menos uma visita domiciliária realizada pela enfermeira especialista em ESMO, durante o primeiro mês de vida do bebé e em que o bebé tenha no momento da

## COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)  
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

entrevista o máximo de 6 meses; adicionalmente referiu que “para integrar a amostra os Pais têm que demonstrar disponibilidade para participar no estudo após a sua divulgação nos programas de preparação para o parto”; A voluntariedade de ambos os pais será assim garantida através da assinatura do termo de consentimento informado, sejam as entrevistas realizadas de forma presencial ou por via digital, através da marcação de um dia presencial para este efeito;

- c) a investigação seria efetuada com recurso a entrevista semiestruturada, presencialmente ou por via digital (através da plataforma Zoom - Colibri V3 - Videoconf - FCCN), de acordo com a preferência dos entrevistados segundo a proponente contudo, não era referido o que seria feito em relação ao tratamento de imagem; a investigadora referiu que prescindia da captação de imagem, procedendo apenas à recolha de áudio para posterior transcrição das entrevistas.

Os critérios de inclusão e exclusão são enunciados no projeto e pedido de parecer.

A entrevista será composta por dados sociodemográficos, dados obstétricos e questões que darão resposta a domínios relacionados com adaptação à parentalidade, cuidados ao recém-nascido, cuidados à puérpera, redes de apoio, projeto de vida/de casal, empoderamento individual e familiar segundo a proponente.

As entrevistas serão realizadas até que se obtenha a saturação dos dados, como se preconiza para este tipo de estudos descritivo-exploratórios.

No início da entrevista será ainda solicitado aos participantes o preenchimento de um formulário com os dados sociodemográficos de ambos os pais e obstétricos da mãe.

A investigadora responsabiliza-se por garantir a confidencialidade e o anonimato de todos os participantes do estudo ao longo de todo o processo. Segundo a mesma, as entrevistas serão gravadas em áudio e serão transcritas, devendo essa gravação obedecer às regras de proteção de dados. Após a transcrição, o áudio será eliminado de forma definitiva.

Como é garantida a voluntariedade e autonomias dos participantes será solicitado a obtenção de consentimento através do respetivo formulário que relembramos ter de ser facultado em duplicado para os participantes.

Refere a proponente que não haverá qualquer risco ou custos para os participantes

## COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)  
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

e os benefícios do estudo estão diretamente relacionados com os objetivos.

Assim, somos do parecer que o projeto pode ser aprovado sem restrições de natureza ética.

O relator:



Data: 11/05/2022 O Presidente da Comissão de Ética: Maria Flomena Botelho



# APÊNDICES

## **APÊNDICE I - PROJETO DE ESTÁGIO**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA**  
MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA  
PROJETO DE INVESTIGAÇÃO  
(Regulamento nº896/2015, de 23 de Dezembro)

## I – IDENTIFICAÇÃO

### Estudante

Nome: Patrícia Alexandra da Silva Fernandes

Telm: 960023727

e-mail: patriciaenf21@gmail.com

### Dados do Projecto

**Título:** A visita domiciliária como fator facilitador na adaptação à parentalidade

**Área e subárea do Conhecimento:** Ciências da Saúde – Enfermagem

**Descritores:** visita domiciliária, enfermagem, pós-parto, família, parentalidade.

#### Resumo:

A vivência da parentalidade constitui um desafio de crescimento estruturante, que não sendo realizado de forma sustentada e saudável poderá originar prejuízos para a saúde da mãe, do recém-nascido e de ambas as figuras parentais. Desta forma, compete ao enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica assumir um papel de facilitador neste processo de transição, de forma a promover a saúde e a identificar precocemente os possíveis desvios, atuando de forma ajustada às necessidades sentidas pelas figuras parentais. Para isto, a visita domiciliária poderá ser um instrumento de cuidar importante, pois permite avaliar a dinâmica familiar no seu verdadeiro domínio, sendo assim fulcral avaliar a sua efetividade e potencial para melhorar os cuidados prestados.

Como objetivos deste estudo pretende-se conhecer qual o impacto da visita domiciliária enquanto instrumento de cuidados no processo de adaptação ao papel parental de ambos os pais e identificar necessidades/dificuldades manifestadas por ambos os pais durante a visita domiciliar, referentes à transição para a parentalidade e sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Ao nível metodológico, este será um estudo de nível I do tipo exploratório-descritivo de natureza qualitativa. Os dados serão recolhidos através de entrevista realizado às mães/casais que receberam visita domiciliária do enfermeiro nos últimos 6 meses, que aceitaram participar voluntariamente a entrevista.

Resultados esperados:

Espera-se que as entrevistas realizadas nos permitam compreender de que forma a visita domiciliária à

puérpera, recém-nascido e aos pais poderá ser preponderante para a facilitação da transição para uma parentalidade saudável, feliz e harmoniosa

**Orientador:** Professora Doutora Júlia Maria Das Neves Carvalho

**Co-orientador:** Professora Doutora Isabel Margarida Marques Monteiro Dias Mendes

## II – PROJETO

### 1. INTRODUÇÃO

A parentalidade constitui um desafio acrescido a ambos os pais. Impõe grandes desafios, momentos de vivências críticas e grandes demandas, que colocam o indivíduo e as famílias em situação de vulnerabilidade. Assim, no sentido de facilitar estes processos de transição e potenciar o desenvolvimento saudável das pessoas e famílias ao longo do ciclo vital, a enfermagem deve assumir o seu papel no acompanhamento destes momentos de crescimento e adaptação pessoal e familiar, no sentido de torná-los mais fluidos, saudáveis e consistentes com o projeto de vida e familiar de cada contexto.

Na Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, das Crianças e dos Adolescentes (2016-2030)” as Nações Unidas propõem os conceitos-chave “Sobreviver, prosperar e transformar”, através do movimento “Every Woman, Every Child” (2016). Assim, entre os objetivos principais desta proposta encontramos diminuir a mortalidade evitável, aumentar o acesso aos cuidados de saúde, diminuir a prevalência das infeções de transmissão sexual (IST) e, por fim, diminuir a vulnerabilidade das mulheres, crianças e adolescentes. Com a visita domiciliária neste momento de transformação e de grande vulnerabilidade das famílias consegue-se atuar em alguns destes domínios, promovendo a saúde e prevenindo atempadamente complicações ou prejuízos para a saúde de todos os envolvidos, facilitando e orientando estas transições. Proteger a saúde das pessoas desde a conceção é estruturante e responsabilidade de todos, pelo que, como enfermeiras especialistas de enfermagem de saúde materna e obstétrica, é crucial acompanhar e fazer acontecer este movimento, de forma a assegurar comportamentos em saúde de mães/pais/famílias conducentes a elevados níveis de desenvolvimento das sociedades, promovendo experiências de gravidez e parto positivas e saudáveis.

Para isto, todos devemos realizar um esforço conjunto, responsável e específico no seu contexto em particular, avaliando o trabalho já desenvolvido, reestruturando quando necessário e, fundamentalmente, partilhando as boas práticas – pensar global e agir local! Com o presente projeto pretende-se, portanto, conhecer de que forma a intervenção do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica na visita domiciliária ao recém-nascido e à mãe, realizado num contexto específico, foi facilitador do processo de transição para a parentalidade.

Acreditamos desta forma que abrir espaço para que as mães/pais falem sobre as suas vivências durante a transição para a parentalidade poderá trazer ganhos para a enfermagem, pois poderá direcionar algumas

práticas, adequar os cuidados aos contextos e, portanto, enriquecer o processo, promovendo a saúde das sociedades em geral.

## **2. REVISÃO DA LITERATURA**

A transição para a parentalidade constitui um momento gerador de stresse em ambos os pais. Saber que se apresenta um momento de grande mudança pessoal e familiar, com grande impacto físico, afetivo, psicológico e social poderá ser, extremamente perturbador e afetar o bem-estar de ambos os elementos do casal.

Meleis (2010, p. 25) define transição como “a passagem de uma fase de vida, condição ou estado para outro, é um conceito multidimensional que engloba os elementos do processo, o intervalo de tempo e as percepções”. Especificamente no que concerne à parentalidade o indivíduo vê-se perante dois tipos de transições: situacional, pois existem alterações de papéis na família e desenvolvimental, quer individual, quer familiar. Com a parentalidade pretende-se que o indivíduo assuma consciente ou inconscientemente um papel familiar complexo, dinâmico, integrador, motivando uma reestruturação psicoafetiva que leva a que se tornem pais efetivos e respondam às necessidades físicas e psicoafetivas dos seus filhos. Assim, o papel parental, que é um dos focos da ação das visitas domiciliárias de enfermagem “centra-se nas ações concretas que promovem o envolvimento e desenvolvimento da criança” (Tralhão et al., 2020, p. 20).

Como refere o documento contruído pela OMS e UNICEF (2018) “Cuidados de criação para o desenvolvimento na primeira infância”, os primeiros 1000 dias de vida das crianças (onde se inclui gravidez e primeiros 2 anos de vida) são determinantes para a saúde, bem-estar e produtividade das crianças, adolescentes e adultos. Fracoli, Reticena, de Abreu, e Chiesa (2018, p.2), corroboram os autores anteriores referindo que “descobertas da epigenética e do neurodesenvolvimento, que apontam dois aspectos-chaves no desenvolvimento de uma criança: os processos biológicos e as experiências vivenciadas (...) assim, a interação entre bio e ambiente influenciam as estruturas neuronais permanentes no cérebro”.

Logo, um ambiente ideal promove o desenvolvimento do cérebro, enquanto um ambiente adverso prejudica esse desenvolvimento a curto prazo e a longo prazo. Desta forma, aos profissionais de enfermagem e, nomeadamente, às enfermeiras especialistas em enfermagem saúde materna e obstétrica, solicita-se que se envolvam nestes processos, pois são os profissionais de saúde de grande proximidade com os Pais podendo responder de forma mais celere a estas exigências. Identificar precocemente situações de adversidade associadas a estados de pobreza, stresse nos cuidadores (mãe e pai), desencorajamento ou estados depressivos é fulcral para a manutenção ou optimização da qualidade de vida das famílias, quebrando ciclos intergeracionais de pobreza, criminalidade e violência. Para além destes factores basilares, intervir precocemente permite uma melhor aquisição de competências no cuidar do recém-nascido, permitindo o seu crescimento mais saudável e aprendizagens mais efetivas; permite-lhes estabelecer relacionamentos mais saudáveis e de confiança e, logo permite um percurso de vida

futuro mais saudável.

Os cuidadores preferenciais nestes primeiros dias de vida são os Pais e parentes próximos, pelo que a atenção de saúde centrada na família é basilar. Para que um casal transite de um padrão de conjugalidade para a parentalidade tem que sofrer alterações ao nível individual dos papéis sociais que acarretam necessidades de redefinição e reorganização de projetos de vida (Nelas et al., 2015). Assim, atender às necessidades físicas, mentais e socioemocionais dos Pais e da criança é fundamental. Só é possível assegurar Pais atentos e sensíveis às necessidades das crianças se estes se encontrarem bem consigo e com os outros que os rodeiam, se assumirem este papel de mãe e pai de forma saudável, harmoniosa e se construírem novas identidades enraizadas nos seus projectos de vida pessoal e em casal. Coyle (2009) corrobora este facto, referindo que a percepção das mães quanto à sua saúde interfere com a sua capacidade de desenvolver competências de cuidar do seu filho. Um outro aspecto também referido nesta aquisição de competências maternas é a saúde da criança. Segundo a autora, mães com recém-nascidos com patologias têm maiores dificuldades na aquisição de competências do cuidar, pelo que se considerou excluir estas do presente estudo.

Compreendemos, portanto, que a transição para a parentalidade impõe um estado de vulnerabilidade na mulher e no homem que agora são pais de uma criança. Carvalho, Gaspar, e Cardoso (2017), referem-se a esta fase do ciclo vital como de profunda reestruturação do sistema familiar, que modifica a dinâmica do casal, impondo grandes demandas e, assim, constantes aprendizagens e adaptações ao novo papel de mãe/pai e de cuidador de um bebé. À mãe, que é quem assegura, frequentemente, a maioria dos cuidados ao recém-nascido, impõem-se preocupações relacionadas com o seu filho, a sua recuperação física – onde se confronta com a nova mulher após o parto, e com o seu novo papel na família e no relacionamento com o seu companheiro. Assim, Coyle (2009), refere que a maternidade poderá ser visualizada e sentida pela mãe como uma oportunidade de crescimento, mas também como um momento de stresse, pois impõe um senso de responsabilidade, uma identidade social e uma visão do futuro. É, portanto, um momento de grande significado e importância, de muitas exigências. Como nos diz Ceatano, Mendes e Rebelo (2018), a fase do pós-parto constitui um campo privilegiado de intervenção do enfermeiro de saúde materna e obstétrica, assente nas preocupações maternas, de forma a facilitar uma transição saudável ao nível materno, da díade parental e nos cuidados ao recém-nascido.

Segundo Tralhão et al. (2020), “a parentalidade é considerada uma das transições mais importantes e marcantes da vida dos indivíduos, é promotora de grandes mudanças em todos os elementos da família e assinala o início de uma nova fase do ciclo vital”, portanto, “o enfermeiro é o profissional responsável pela capacitação e empoderamento das famílias, promovendo a saúde familiar e prevenindo situações de fragilidade ou patológicas aquando esta transição” (p. 18). Ao assumir estas práticas de autoeficácia parental respondendo a todas as demandas de desenvolvimento da criança potencia-se uma parentalidade positiva que o Concelho da Europa (2008) define como “um comportamento parental baseado no superior interesse da criança; fundado no respeito pelos seus direitos, que visa assegurar a satisfação das necessidades básicas, através da protecção dos riscos e da criação de um ambiente que promova o seu

desenvolvimento harmonioso, valorize a sua individualidade (e especificidade) e autonomia” (p. 21).

Assim, ao longo dos anos tem-se vindo a desenvolver maiores esforços ao nível da assistência em saúde para preparar estes Pais para esta transição, de forma a torná-la saudável e o mais prazerosa possível. As sessões de educação para a saúde para futuros Pais têm sofrido várias alterações ao longo do tempo, de forma promover resultados positivos durante o trabalho de parto, parto e pós-parto (Matvienko-Sikar, Lee, Murphy & Murphy, 2016), estando os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica diretamente implicados nesta mudança integrativa. No entanto, segundo Carvalho et al. (2017) importa ressaltar que embora frequentem estes programas, os pais ainda precisam de integrar novos conhecimentos e competências, de forma a melhorar os cuidados à sua criança, o que constitui uma oportunidade de intervenção de enfermagem, nomeadamente com a visita domiciliária. Caetano et al. (2018) corrobora esta afirmação pois refere que são evidentes as necessidades de informação e aprendizagens, mas também de mais apoio pelos profissionais de saúde nesta fase crítica de desenvolvimento de competências e de aquisição de conhecimentos.

A promoção do bem-estar pré e pós-natal relaciona-se diretamente com as vivências do casal, a sua integração no contexto social, as suas crenças e os seus valores. Assim, a visita domiciliária ao recém-nascido e Pais torna-se crucial para a avaliação das interações do casal, pois observam-se no seu habitat natural, o que leva o enfermeiro a implementar uma intervenção mais ajustada e responsiva às necessidades da família em específico. Estas intervenções no contexto familiar pretendem, portanto, apoiar, incentivar, orientar e tranquilizar para que estabeleça ou reestabeleça o equilíbrio familiar, assim como a deteção precoce de desvios à normalidade, assegurando a saúde de todos, o que implica ganhos significativos para a sociedade (OMS & UNICEF, 2018). Pais que efetuam a transição para a parentalidade de forma harmoniosa e saudável prestam melhores cuidados ao seu filho, apresentam menos absentismo ao trabalho e tornam-se pessoas mais interventivas na sociedade.

Neste sentido, Andrade, Santos, Maia, e Mello (2015) referem que os cuidados de saúde de qualidade durante o puerpério são fundamentais para a defesa e garantia dos direitos humanos de mulheres e crianças e que estar atento e disponível às reais necessidades apresentadas por cada mulher é indissociável do cuidado ao recém-nascido e família. O tempo de internamento na maternidade é cada vez mais curto, o que não permite acompanhar e dar uma resposta efetiva a este momento de transição, pelo que a continuidade desta intervenção deverá ser continuada pelo enfermeiro de saúde materna e obstétrica que presta cuidados na comunidade. Os mesmos autores refem a visita domiciliaria como uma ferramenta importante para o estabelecimento e manutenção da amamentação, que constitui um dos grandes desafios desta fase do ciclo vital. Porém, muitas vezes leva a sentimentos de inadequação e incapacidade de cuidar do seu filho o que transporta a mulher para estados depressivos e logo deficiências no autocuidado e nos cuidados com o recém-nascido. A mulher, que agora se tornou mãe e a sua família entram deste modo num ciclo vicioso, que precisa ser interrompido e é aqui que intervém o enfermeiro, capacitando, desmistificando e empoderando estas mulheres e famílias.

Zagonel, Martins, Pereira, e Athayde (2006), refere-se a esta fase de transição desenvolvimental como uma época de desordem e desequilíbrio, na qual é importante que os profissionais de saúde ofereçam orientações, que abram espaço ao diálogo, estimulando a auto-estima e a aprendizagem de forma motivadora e construtiva. Este processo é, segundo estes autores faseado, pois os Pais/famílias evoluem de um estado de dependência para um estado de maior autonomia e assunção confortável e confiante do papel de cuidador, terminando esta transição. Assim, o enfermeiro assume o seu papel de facilitador destes processos de transição, através da aproximação (à família e ao seu contexto), da sua perspicácia e habilidade na observação e percepção de indicativos de instabilidade; oferece estratégias de enfrentamento e adaptação a esta transição auxiliando a mulher e família a transitar neste processo de crescimento. Segundo Tralhão et al. (2020), existem factores facilitadores e inibidores das transições e cumpre ao enfermeiro diagnosticar a fase do processo de transição em que o casal se encontra, assegurando que as estratégias adequadas se implementam no momento oportuno. “Os enfermeiros são aqueles que preparam os utentes para a transição e, são quem facilita o processo de aprendizagem de novas competências” (p.20). Mendes (2009), corrobora estes pressupostos, pois refere que estabelecer uma parceria de cuidados entre a família e a equipa de saúde é fundamental para garantir a qualidade dos cuidados à mãe, pai e recém-nascido, evidenciando o potencial da visita domiciliária nesta fase de desenvolvimento pessoal e familiar.

Dentro do regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica encontramos o “Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2019), que nos remete para a nossa responsabilidade e compromisso social com esta exigência. Existe já muito trabalho desenvolvido na área de grupos de pares, mas necessita-se de maior investimento na vertente das visitas domiciliárias como estratégia de promoção da saúde familiar e de facilitador da transição para a parentalidade. Com as visitas à puérpera e recém-nascido, numa fase precoce, é permitido ao enfermeiro especialista influenciar o desenvolvimento do relacionamento familiar, prevenindo disfunções relacionais dos seus membros; permitem identificar, *in loco*, e assim com maior eficácia, as necessidades, os recursos e os apoios que as famílias dispõem para ultrapassar este momento de crise, envolvendo todos os seus integrantes (Tralhão et al., 2020).

Durante o puerpério, que se inicia com a dequitação e termina em seis semanas a mulher sofre importantes alterações fisiológicas, psicológicas e hormonais, o que lhe coloca desafios acrescidos, pois além dos cuidados ao recém-nascido, enfrenta mudanças corporais e emocionais constantes. Assim, a visita domiciliária constitui um excelente meio de apoio à puérpera e família, no sentido de evitar sentimentos de solidão, desamparo e fadiga, pois permite avaliar o papel da puérpera na família, a família em si e a adaptação desta ao novo elemento, observando a interação entre os seus integrantes. Permite, ainda, observar as condições socioeconómicas, habitacionais e de segurança e, desta forma, trabalhar em articulação com outros profissionais, sempre que necessário. Portanto, facilita a

intervenção, deteta precocemente problemas e contribui para a redução dos índices de morbidade e mortalidade materno-infantil (Almeida, Nelas, & Duarte, 2016).

Avaliar o bem-estar fisiológico materno, o aleitamento, a depressão pós-parto, os medos e as inseguranças da mãe requer uma intervenção ao nível do exame físico materno e do recém-nascido, desmistificação de falsos conceitos e esclarecimento de dúvidas, bem como a implementação de incentivos à amamentação. Portanto, a visita domiciliária permite, segundo Lima e Araújo (2021) o aperfeiçoamento do trabalho do enfermeiro e ainda que as puérperas se sintam valorizadas e acompanhadas neste processo. Estes autores referem ainda que crianças que não foram visitadas pelos enfermeiros apresentam índices mais elevados de desmame precoce, o que constitui um dado acrescido para a valorização da visita domiciliária.

Fracolli, Reticena, de Abreu, e Chiesa (2018) apontam como temas a abordar durante a visita domiciliária os cuidados de saúde, parentalidade, família, projeto de vida, rede social e saúde ambiental. Estes no sentido de empoderar as mulheres, que agora são mães, e as suas famílias, concorrendo com maiores ganhos para si e para a criança, com melhorias na responsividade materna e, assim, construindo uma parentalidade positiva. Estes temas vão de encontro aos referidos como as maiores preocupações maternas por Caetano et al. (2018): cuidados ao recém-nascido, recuperação funcional da puérpera, transição para a parentalidade, relacionamento conjugal, família/redes de apoio e, por fim, apoio dos profissionais de saúde.

Aproximar os indivíduos dos recursos, compreender a dinâmica familiar, integrando todos os seus elementos na adaptação à parentalidade é crucial e mandatário, preparando as mulheres e ambos os pais de forma a se sentirem apoiados e preparados para este desafio (Hollanda et al., 2019). Providenciar redes de suporte e estratégias de cuidado como visitas domiciliárias está directamente relacionado com padrões mais elevados de qualidade de vida das puérperas e, portanto das famílias e recém-nascido (Coyle, 2009).

Desta forma, considera-se que abrir espaço para que as mães/pais falem sobre as suas vivências durante a transição para a parentalidade poderá trazer ganhos para a enfermagem, pois poderá direccionar algumas práticas, adequar os cuidados aos contextos e, portanto, enriquecer o processo, promovendo a saúde das sociedades em geral.

### **Questões de investigação:**

Será que a visita domiciliária realizada pelo enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica facilita o processo de transição e adaptação à parentalidade de ambos os pais?

### **3. OBJETIVOS**

- Conhecer qual o impacto da visita domiciliária enquanto instrumento de cuidados no processo de adaptação ao papel parental de ambos os pais;

- Identificar necessidades/dificuldades manifestadas por ambos os pais durante a visita domiciliar, referentes à transição para a parentalidade e sensíveis aos cuidados de enfermagem.

#### **4. METODOLOGIA (Tipo, método, amostra, local, recolha de dados, tratamento de dados)**

##### **Tipo de Estudo:**

Estudo de nível I do tipo exploratório-descritivo, de natureza qualitativa.

##### **Participantes:**

Mães e pais que receberam visita domiciliar da enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica do Centro de Saúde da área de residência, durante o primeiro mês de vida do bebé e em que o bebé tenha, no momento da entrevista, o máximo de 6 meses.

##### **Amostra/Informantes:**

Amostra será do tipo não probabilística por conveniência, em bola de neve constituída por mães e pais que tiveram pelo menos uma visita domiciliar realizada pela enfermeira especialista em ESMO, durante o primeiro mês de vida do bebé e em que o bebé tenha, no momento da entrevista, o máximo de 6 meses. Para integrar a amostra os Pais têm que demonstrar disponibilidade para participar no estudo, após a sua divulgação nos programas de preparação para o parto.

##### **Critérios de Inclusão:**

- Mães e pais com filhos recém-nascidos, que tiveram pelo menos uma visita domiciliar realizada pela enfermeira especialista em ESMO, durante o primeiro mês de vida do bebé e em que o bebé tenha, no momento da entrevista, o máximo de 6 meses;
- Mães e pais com mais de 18 anos;
- Mães e pais que compreendam e falem corretamente a língua portuguesa;
- Mães e pais que demonstrem disponibilidade para participar no estudo de forma voluntária e que disponibilizem para a realização da entrevista.
- Mães e pais de filhos recém-nascidos sem problemas de desenvolvimento ou com patologias associadas

##### **Critérios de Exclusão:**

- Mães e pais de filhos recém-nascidos e/ou com patologias associadas.

##### **Recolha de Dados:**

A recolha de dados será efetuada através de entrevista semiestruturada. Esta será composta questões que darão resposta a domínios relacionados com adaptação à parentalidade, cuidados ao recém-nascido,

cuidados à puérpera, redes de apoio e projeto de vida/de casal.

No início da entrevista será ainda solicitado aos participantes o preenchimento de um formulário com os dados sociodemográficos de ambos os pais e obstétricos da mãe.

As entrevistas serão realizadas até que se obtenha a saturação dos dados, como se preconiza para este tipo de estudos descritivo-exploratórios.

A entrevista ocorrerá presencialmente ou por via digital (através da plataforma Zoom - Colibri V3 - Videoconf - FCCN), de acordo com a preferência dos entrevistados, procedendo apenas à recolha de áudio para posterior transcrição das entrevistas.

### **Análise dos dados:**

A análise de dados será efetuada através da análise de conteúdo. Segundo Bardin (2011), a análise de conteúdo é um método empírico de investigação assente numa descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifestado nas comunicações dos participantes do estudo. Tem como finalidade a interpretação destas comunicações de forma a obter categorizações. Pretende, portanto, compreender de forma crítica o significado do conteúdo expresso, organizando-o em categorias.

Após a transcrição das entrevistas, serão estabelecidos temas que emergem das ideias centrais e expressões-chave utilizadas pelos participantes no decorrer da entrevista.

### **Procedimentos éticos:**

#### **Garantia de Confidencialidade:**

A investigadora responsabiliza-se por garantir a confidencialidade e o anonimato de todos os participantes do estudo, desde a recolha de dados até à publicação dos resultados.

As entrevistas serão gravadas em áudio e serão transcritas, após o que o áudio será eliminado de forma definitiva. Todos os participantes poderão ter acesso à transcrição das mesmas e ao estudo final, caso o desejem, em qualquer fase do processo investigativo.

#### **Como é garantida a voluntariedade e autonomias dos participantes (juntar exemplos do documento para informação e obtenção do consentimento):**

A voluntariedade dos participantes será garantida através da assinatura do termo de consentimento informado, sejam as entrevistas realizadas de forma presencial ou por via digital, através da marcação de um dia presencial para este efeito.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, E., Nelas, P. & Duarte, J. (2016). Visita Domiciliária no pós-parto. *Millenium*, 50(50), 267–281.
- Andrade, R., Santos, J., Maia, M. & Mello, D. (2015). Factors related to women's health in puerperium and repercussions on child health. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 19(1), 181–186.
- Caetano, A., Mendes, I., Rebelo, Z. (2018) Preocupações maternas no pós-parto: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(17), 149-159.
- Carvalho, J., Gaspar, M., & Cardoso, A. (2017). Challenges of motherhood in the voice of primiparous mothers. *Investigacion y Educacion En Enfermeria*, 35(3), 285–294.
- Coyle, S. (2009). Health-related quality of life of mothers: A review of the research. *Health Care for Women International*, 30(6), 484–506.
- Fracolli, L., Reticena, K., Abreu, F. & Chiesa, A. (2018). The implementation of a home visits program focused on parenting: An experience report. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 52, 1–8.
- Hollanda, G., Lima, V., Oliveira, B., Bezerra, R., Carvalho, C. & Santos, L. (2019). Visitas domiciliares puerperais: promoção da saúde do binômio mãe-filho. *Journal of Nursing and Health*, 9(3).
- Lima, C. & Araújo, T. (2021). A visita domiciliar do enfermeiro da estratégia saúde da família na atenção ao puerpério. *Ciência Plural*, 7(3), 314–331.
- Mendes, I. M. (2009). Ajustamento Materno e Paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto. Coimbra: Mar da Palavra.
- Nelas, J., Melo, E., Reis, G., Apóstolo, J., Carvalho, L. & Silva, L. (2015). Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização Trabalho. In *Ordem dos Enfermeiros*.
- OMS & UNICEF. (2018). *Cuidados de criação para o desenvolvimento na primeira infância*.
- Tralhão, F., Rosado, A., Gil, E., Amendoeira, J., Ferreira, R. & Silva, M. (2020). A família como promotora da transição para a parentalidade. *Revista UIIPS*, 8(1), 17–30.
- Zagonel, I., Martins, M., Pereira, K. & Athayde, J. (2006). O Cuidado Humano Diante Da Transição Ao Papel Materno: Vivências No Puerpério. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 5(2), 24–32.

## 5. CRONOGRAMA DA INVESTIGAÇÃO

Item	Atividades	2022					
		F	M	A	M	J	J
1	Projeto de Investigação		■				
2	Pesquisa Bibliográfica	■	■				
3	Recolha de dados			■	■		
4	Transcrição entrevistas			■	■		
5	Pré-Análise					■	
6	Exploração do Material					■	
7	Tratamento dos resultados, inferência e interpretação					■	
6	Relatório de estágio		■	■	■	■	■

**APÊNDICE III - INSTRUMENTO DE  
RECOLHA DE DADOS**

## ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

### 1. Dados sociodemográficos

Mãe / Pai do RN

Intervalo Etário: 18-20 / 20-30 / 30-40 / > 40

Agregado familiar: \_\_\_\_\_

Habilitações Literárias: 1.º Ciclo / 2.º Ciclo / 3.º Ciclo / Ensino Secundário / Ensino Superior

### História obstétrica

G \_\_\_\_ / P \_\_\_\_\_

Idade gestacional ao nascimento: \_\_\_\_\_

Tipo gestação: Feto único/Gemelar

Local de acompanhamento: Centro de Saúde / Serviço de Obstetrícia / Hospital Privado

Tipo de parto: Eutócico/Distócico \_\_\_\_\_

Dias de internamento no puerpério: \_\_\_\_\_ dias.

Opção de licença da parentalidade: Mãe \_\_\_\_\_ / Pai \_\_\_\_\_

Programas de preparação para o parto: Sim / Não

### 2. Questões orientadoras

- Como a visita domiciliária facilitou a adaptação aos cuidados ao recém-nascido?
- A recuperação pós-parto também foi alvo de cuidados durante a visita domiciliária, como considera que esta facilitou este processo?
- Como esta facilitou a transição para a parentalidade?
- Quais as redes de apoio que disponha?
- Quais eram as suas expectativas de cuidados para a visita domiciliária e como estas foram correspondidas?
- Qual o impacto do nascimento do seu filho na sua vida?