

1 – INTRODUÇÃO

O nascimento de um filho implica uma reestruturação na vida da mulher e a adaptação a uma nova condição, a de mãe. No puerpério que segundo Branden (2000, p. 392), embora oficialmente seja definido como um intervalo de seis semanas, o período pós-parto estende-se entre o nascimento do bebé e a normalização de todas as funções fisiológicas, ocorrem mudanças a nível físico e hormonal exigindo que a mulher aprenda a lidar com o seu corpo e com as suas emoções, o que nem sempre é uma tarefa fácil. Aceitar o seu novo papel de mãe, conjugando-o com o, de mulher, profissional e esposa, obriga a uma nova gestão do tempo e organização das atividades. Estes fatores e outros como as especificidades com o auto cuidado e os cuidados com o recém-nascido, vão contribuir para a alteração do equilíbrio da mulher, podendo afetar a sua qualidade de vida, tornando-a mais vulnerável a situações de ansiedade e stress. Tal como, refere Sousa (2006), a maternidade é um período que se caracteriza pela necessidade de resolução de tarefas de desenvolvimento específicas e de viver uma crise própria, que se espera que seja ultrapassada com sucesso.

Atualmente, atendendo à presente lógica de racionalização de custos e prevenção de infeções hospitalares, existe uma tendência para a diminuição do período de internamento da puérpera e do recém-nascido após o parto, o que faz com que a visita domiciliária seja uma atividade imprescindível na prestação de cuidados durante o puerpério. Neste contexto, a Direcção Geral da Saúde (1999) cit. por Bacatum et al. (2008, p.48), refere que os cuidados de saúde primários devem organizar serviços orientados para a promoção da saúde da mulher, como aconselhamento, informação e educação em áreas específicas como os cuidados pós-natais e amamentação. Na literatura mais recente muitos são os autores e diretivas que defendem como medida de suporte na adaptação à parentalidade a visita domiciliária à puérpera, recém-nascido e família, no período pós-parto. Assim, na perspetiva de Graça (2003, p.32), a visita domiciliária poderá ser um recurso que as mães podem utilizar para minimizar as suas dificuldades.

De acordo com o exposto, consideramos pertinente estudar a temática “**Visita domiciliária no pós-parto**”.

A razão desta opção deve-se à perceção na prática clínica de que a diminuição do período de internamento no puerpério tem consequências na adaptação da mulher e família ao processo de maternidade e de que a visita domiciliária possibilita a diminuição das dificuldades sentidas pelas puérperas. Pretendemos com este estudo conhecer melhor esta problemática, contribuindo desta forma, para a implementação de ações futuras que influenciem positivamente a prática e que beneficiem a puérpera, família e comunidade.

A realização deste estudo está inserida no 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia da Escola Superior de Saúde de Viseu. Elaboramos algumas questões de investigação, que serviram de ponto de partida para a realização deste estudo. Assim:

- Em que medida as variáveis sócio-demográficas (idade, estado civil, escolaridade, residência), interferem na visita domiciliária no pós-parto?
- Qual a relação entre as variáveis obstétricas (número de gestações, vigilância da gravidez, preparação para o parto), e a visita domiciliária no pós-parto?
- De que modo a visita domiciliária no pós-parto é influenciada pelas variáveis psicossociais (funcionalidade da família, suporte social, ansiedade, depressão pós-parto)?

Ao desenvolver este trabalho pretendemos atingir os seguintes objetivos:

- Avaliar a visita domiciliária no pós-parto;
- Identificar fatores que interferem na visita domiciliária no pós-parto;
- Analisar a influência de algumas variáveis (sócio-demográficas, obstétricas, psicossociais) na visita domiciliária no pós-parto.

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, correlacional e transversal.

Para a consecução dos objetivos propostos e dar resposta às questões de investigação, questionamos 175 puérperas, com idades compreendidas entre os 18 e 38 anos, inscritas na UCSP de Resende, Lamego, e de Santa Marinha do Zêzere e USF Douro Vita às quais foi realizada visita domiciliária. O instrumento utilizado para recolha de dados foi um questionário, que pretende entre outros aspetos avaliar a visita domiciliária no pós-parto.

Em termos de estruturação, apresenta-se dividido em duas partes. Na primeira é feita uma abordagem teórica relativa ao puerpério: adaptação psicossocial, suporte social e visita domiciliária no puerpério. A segunda parte do trabalho é constituída pela investigação empírica, na qual descrevemos a metodologia utilizada, conceptualização do estudo, as questões de investigação, os participantes, o instrumento de recolha de dados utilizado, o tratamento dos dados e ainda a apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos. Finalizamos com uma conclusão.

I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – PUERPÉRIO

A literatura obstétrica reúne consenso na definição do período de puerpério e no seu início após o parto, no entanto relativamente ao seu final as opiniões variam entre 6 a 8 semanas, o que se justifica pela indeterminação quanto aos sinais do término desse período, quando os órgãos e sistemas retornam ao estado pré-gravidíco. Este período, pode ser também designado “quarto trimestre de gravidez”, (BOBAK; LOWDERMILK; JENSEN, 1999). O puerpério, considerado como um período fisiológico, acarreta alguns desconfortos que influenciam o bem-estar físico e emocional da mulher. Alguns destes desconfortos são frequentemente desvalorizados pelos profissionais de saúde. “O puerpério é o período mais negligenciado de todo o processo da maternidade” (RESENDE, 2000).

Com as modificações a nível físico, social, biológico e psicológico que ocorrem no puerpério “a mulher vê-se confrontada com a necessidade de realizar um conjunto de adaptações”, (FIGUEIREDO, 2001, p.102). As alterações físicas que surgem ao longo do puerpério, “ocorrem a nível dos sistemas reprodutor, endócrino, urinário, gastrointestinal, cardiovascular, músculo-esquelético, tegumentar e nervoso” (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002). Deste modo, é deveras importante que os enfermeiros estejam atentos e ajudem as puérperas na adaptação às mudanças físicas, biológicas e sociais e a apoiem na gestão dos sentimentos ambivalentes experienciados.

Neste período também se verificam alterações súbitas do balanço hormonal, a fadiga, o desconforto físico, o estabelecimento da lactação e a inexperiência em cuidar do filho, alterações da rotina diária, consolidação da relação, pais/filho/família e do relacionamento familiar.

O período puerperal é uma fase de stress fisiológico e psicológico significativo, devido à necessidade de novas aprendizagens, de consolidação da unidade familiar e de laços afetivos. Estão presentes neste período, dúvidas, medos, inseguranças e ansiedade. Segundo Saraiva (2008, cit. por AMORIM, 2010, p.29) a maioria das perturbações de humor que acontecem no puerpério têm implicações sócio-familiares. Assim, a família deverá ser capaz de “aceitar as alterações emocionais da puérpera, ajudar no cumprimento das tarefas quotidianas, nos cuidados com o bebé e reforçar as suas competências como mãe”, (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002).

A atividade sexual do casal é um dos aspetos da relação com possibilidade de ser afetado, com o nascimento do filho. Outro fator que pode gerar dificuldades nesta fase da vida, e que diz respeito ao relacionamento sexual do casal, é o controlo da fertilidade após o parto. Nem sempre os conhecimentos, relativos a este assunto, são suficientes e esclarecedores, gerando-se por isso muitas vezes, no casal, sentimentos de dúvida,

insegurança e o receio de uma gravidez próxima e “os prestadores de cuidados de saúde frequentemente falham em falar no assunto”, (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002).

Deste modo, é necessário que a enfermeira discuta os efeitos físicos e psicológicos que o parto pode ter na sexualidade e esclareça adequadamente sobre os métodos contraceptivos, para que aquando do reinício da sua atividade sexual, o casal já tenha feito a sua opção. Para dar resposta às dúvidas apresentadas pelo casal, é importante que os enfermeiros desenvolvam competências de relação de ajuda e de empatia, favorecendo uma relação interpessoal favorável ao esclarecimento de dúvidas, por parte das puérperas, “educando e intervindo de forma individual e personalizada, respeitando as necessidades detetadas”, (LOWDERMILK e PERRY, 2006,p.59).

A relação interpessoal estabelecida entre o enfermeiro e a puérpera/família é fundamental, no âmbito da prestação de cuidados, no processo de transição para a parentalidade. Partindo do conceito pessoa/puérpera, enquanto ser único, indivisível, social, emocional, espiritual, cujo comportamento se baseia nas crenças e valores do contexto social onde se insere, a relação criada entre o enfermeiro e a puérpera/família deve ser erigida tendo presente estes princípios.

Desta forma, o enfermeiro será capaz de compreender e respeitar a puérpera, e com maior facilidade, estabelecer uma relação de confiança e proximidade, de modo a possibilitar a identificação de necessidades, o planeamento de cuidados e a intervenção efetiva.

1.1- ADAPTAÇÃO PSICOSSOCIAL

Com o nascimento de um filho espera-se em qualquer cultura que a mulher seja feliz, mostrando-se apta ao papel de mãe, sem negligenciar as suas funções de esposa, dona de casa e outras inerentes à sua vida social. Exigências essas, à rebeldia das alterações hormonais, bioquímicas e hidroeletrólíticas e da necessidade de estruturar um novo papel. O meio circundante espera que a mulher esteja contente com o evento e que seja uma “boa mãe” não tendo em conta as possíveis alterações na relação conjugal e familiar.

Pensar e perspetivar as adaptações psicossociais do puerpério implica conhecer todo o desenvolvimento psicológico da maternidade, desde a concepção até ao estabelecimento da relação mãe/filho, ou seja, o processo de adaptação à parentalidade.

Quando ocorrem situações de transição na vida das pessoas, “os enfermeiros são os cuidadores principais do cliente/família e estão atentos às mudanças e ao impacto nas suas vidas, ajudando-os no processo de transição através da aprendizagem e aquisição de competências”, (SOARES, 2008). A este propósito, a Ordem dos Enfermeiros (2001) considera que as necessidades de cuidados de saúde não se centram principalmente nas situações de doença, mas sim nos processos de transição ao longo do ciclo de vida do

indivíduo. Assim, o enfermeiro tem o dever de assistir as pessoas e ajudá-las a gerir as transições ao longo da vida. De facto, tornar-se mãe e pai e, por conseguinte, incorporar uma diversidade de alterações na própria vida, “é considerado como um dos maiores desafios que sucedem na vida dos indivíduos, sobretudo quando este acontecimento surge pela primeira vez”, (LADDER e DAMATO, 1992, cit. por SOARES, 2008, p.17).

Para alguns autores, designadamente Ramos et al. (2005) o nascimento de um filho é considerado um dos principais momentos de transição do indivíduo ao longo da vida, responsável por mudanças a vários níveis, nomeadamente individual, conjugal, familiar e social. Também, Relvas e Lourenço (2001) consideram que o nascimento de um filho representa para a família uma fase de transição do seu ciclo evolutivo, comportando-se como uma fonte de stress esperável e normativa (crise), acrescentando, ainda, que esta é uma transição-chave no ciclo de vida familiar.

A transição para a maternidade implica profundas alterações a diversos níveis, sendo fundamental que a puérpera desenvolva mecanismos que lhe facilitem a adaptação ao seu novo papel de mãe. Neste contexto, para Williams (1999, cit. por ALMEIDA e ARAÚJO, 2005, p.70), descreve três fases de ajustamento materno: “fase dependente, fase dependente-independente e fase interdependente”. Assim, a fase dependente, dura dois a três dias e constitui um período de incorporação, um tempo durante o qual a mãe necessita de proteção e apoio; fase dependente-independente, em que a mãe alterna entre a necessidade de cuidados diversificados e aceitação dos outros e o desejo de estar de novo ao comando; fase interdependente, em que se estabelece a interação entre todos os elementos da família.

Para avaliar a adaptação da puérpera ao seu novo papel de mãe é fundamental a avaliação das condições psicossociais através da observação da interação com o bebé, do conhecimento do desempenho das responsabilidades diárias, do impacto do nascimento do bebé, do reinício das atividades sociais e da auto-estima. Muitos pais apresentam dificuldades na interação com o seu filho nos primeiros dias de vida até que as suas competências sejam estabelecidas. No processo de adaptação, uma avaliação não menos importante das já referidas, diz respeito à imagem corporal e sexualidade da puérpera, pois a forma como se sente em relação a si própria e ao seu corpo, pode influenciar o seu comportamento e a adaptação à maternidade.

Face ao exposto, “as respostas parentais ao nascimento de uma criança incluem comportamentos que podem ser adaptativos ou disfuncionais” (BOBAK; LOWDERMILK; JENSEN, 1999, p. 496). O comportamento adaptativo baseia-se na perceção realista dos pais, na aceitação das necessidades do recém-nascido, nas suas capacidades limitadas e nas respostas sociais imaturas. O comportamento disfuncional manifesta-se quando os pais

respondem inadequadamente às necessidades do recém-nascido, desconhecem as suas competências e esperam dele respostas que estão para além das suas capacidades.

A deteção das necessidades psicossociais da puérpera, para além de permitir intervenções específicas para aumentar o conhecimento e confiança da puérpera/família, quando associada a uma relação de disponibilidade, proximidade e confiança, facilita também, a transição/adaptação a esta nova fase da vida. Para facilitar a adaptação psicossocial, a enfermeira deve incentivar a puérpera a expressar os seus sentimentos e preocupações relativas à experiência da maternidade.

Dinâmica Familiar

Conhecer o funcionamento e composição familiar é outro aspecto importante a ter em conta na avaliação da adaptação psicossocial da puérpera.

É grande o impacto do nascimento de uma criança nas relações familiares e é frequente as famílias referirem não estarem preparadas, pois o nascimento constituiu uma mudança no ciclo de vida familiar, com alterações profundas de papéis e da sua dinâmica. A forma como a família viveu a gravidez e o nascimento da criança, como se ajusta aos novos papéis, como se entretém e como reorganiza o seu tempo, vai interferir na relação entre todos os elementos incluindo o bebé. Deste modo, “aprender a organizar-se como uma nova família é um passo muito importante nesta fase da vida, exigindo muito de todas as pessoas envolvidas”, (BRAZELTON, 1998, cit. por SANTOS, 2000, p. 35).

O conceito de família foi reformulado ao longo dos tempos e não existe uma definição universal de família. Pensamos que, a família é uma das mais importantes instituições da nossa sociedade, onde a criança vive e vai estruturar a sua personalidade e que pode ser considerada como “um grupo de seres humanos vistos como uma unidade social, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal”, (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2006, p.171). Apesar das transformações que a sociedade tem sofrido ao longo do tempo e da diversidade de formatos que a família tem vindo a apresentar, mantêm-se mais ou menos constantes as funções que lhe são atribuídas, e “continua a ser considerada a célula básica da sociedade” (HANSON, 2005). As suas funções são assim, assegurar a proteção, dar carinho e amor e responder de forma adequada às necessidades da criança e contribuir “para o desenvolvimento e socialização da criança bem como para a formação da sua personalidade”, (SOARES, 2008). Ainda, para Burd e Melo (2007) as funções da família são sobretudo afetiva, socializadora e cuidadora à medida que determinadas normas e valores são exercidos e sustentados pelos elementos da família. É através da família que cada geração assume, em graus diferentes mas sempre importantes, a responsabilidade de cuidarem uns dos outros.

As mudanças decorrentes da integração de um novo elemento na família exigem maturidade intelectual e psicológica e implica redistribuição de papéis, de modo a evitar uma crise familiar. A família representa “um sistema organizado que aceita um conjunto de transformações estruturais, conservando sempre a sua organização”, (ALARCÃO, 2006, p.28).

As famílias devem demonstrar competências na prestação de cuidados básicos ao recém-nascido, desenvolvimento de estratégias para a manutenção do funcionamento familiar, de acordo com a sua cultura e expectativas pessoais e por último devem evidenciar uma adaptação saudável. Não existem dúvidas quanto à importância de perspetivar a família como unidade central dos cuidados de enfermagem. O papel do enfermeiro passa não só por avaliar as transições da família, determinar o impacto no sistema familiar mas também ajudar e colaborar com a família no planeamento e implementação de intervenções que reduzam os efeitos stressantes da mudança, resultante da integração de um novo elemento no seio da família.

Ansiedade

A ansiedade é experimentada por todas as pessoas, em algum momento das suas vidas, é uma manifestação do comportamento humano. É uma experiência comum quando nos esforçamos por conseguir certos objetivos, ou por acabar certas tarefas dentro dos limites estabelecidos e é o resultado de muitas relações interpessoais normais. Quando usado na vida quotidiana o termo ansiedade significa um estado transitório, que reflete a consciência de uma ocorrência desagradável iminente ou representa um desejo. Assim, “o estado de ansiedade refere-se à ansiedade experimentada num dado momento. É um fenómeno aqui e neste momento”, (REES, 1974, cit. por ALMEIDA e ARAÚJO, 2005, p.44). A ansiedade é “formada por diversas emoções. O medo é a sua emoção central e o denominador comum. A ele podem associar-se outras emoções simples, como a amargura, a cólera, a vergonha, a culpabilidade”, (SERRA, 1989, cit. por ALMEIDA E ARAÚJO, 2005, p.60).

As transições advêm das mudanças de vida, do aparecimento de situações novas e tornam as pessoas mais vulneráveis. Esta vulnerabilidade deve-se ao desconhecimento em lidar com um novo acontecimento e de agir perante uma situação nunca antes experienciada, motivo pelo qual o nascimento de uma criança na maioria dos casos, gera sentimentos de angústia e ansiedade na puérpera e na família. Pensamos que, a adaptação à parentalidade pode desencadear o surgimento de sentimentos de insegurança, incapacidade, tensão emocional e ansiedade, devido às novas responsabilidades decorrentes do cuidar de uma criança, e que podem comprometer o normal processo de adaptação.

Ser mãe é naturalmente um acontecimento importante na vida da mulher, constituindo para a maioria um motivo gerador de ansiedade essencialmente pelo receio de não ser capaz de cumprir eficazmente o papel de mãe. Neste contexto, Rachman (1978, cit. por SERRA, 1989, p.14), considera que há três fatores cruciais para a aquisição de transtornos mediados pela ansiedade: a falta de controlabilidade, de preditabilidade e de informação. A falta de controlabilidade surge quando um indivíduo se sente incapaz de reduzir a probabilidade de aparecimento de uma situação desagradável e/ou das suas consequências. A ausência de preditabilidade surge quando um indivíduo não consegue prever quando ocorrem os acontecimentos ameaçadores e portanto não pode criar condições para os evitar. A falta de informação impede o indivíduo de saber como lidar com os acontecimentos desagradáveis. Se nos primeiros dois fatores, como enfermeiros, não podemos intervir, no que refere ao terceiro fator, a nossa intervenção é fundamental. Pensamos que, quanto mais informada estiver a puérpera sobre o que vai acontecer no pós-parto, menos medo sentirá e mais bem preparada estará. Consideramos que o curso de preparação para a parentalidade é de grande utilidade para a puérpera pois permite a aquisição de conhecimentos, competências, segurança e confiança, através da informação, do ensino, instrução e treino, contribuindo desta forma para a redução dos níveis de ansiedade característicos do puerpério.

Depressão Pós-Parto

O nascimento de um filho implica mudanças na vida do casal e em particular na da mãe, de tal modo que esta pode sentir-se mais sensível, com súbitas alterações de humor podendo evoluir para um estado mais crítico, a depressão pós-parto. As dificuldades das puérperas na adaptação às mudanças decorrentes da maternidade e as alterações emocionais vividas no período do puerpério, podem potencializar a sua vulnerabilidade individual e/ou social e ter repercussões importantes na sua saúde mental, como a depressão puerperal. Existem frequentemente alterações de humor no pós-parto, que têm sido atribuídas à rápida alteração hormonal, ao stress do parto e à consciencialização da responsabilidade aumentada que a maternidade traz consigo. Neste contexto, Limandri (1999, cit. por ALMEIDA e ARAÚJO, 2005, p.71), referencia que as dificuldades de vinculação entre a mãe e a criança são uma das principais evidências de alteração do humor.

Como já foi referido, sendo o puerpério uma fase em que a mãe está mais suscetível, podendo sentir-se deprimida, ansiosa, irritada ou a chorar sem nenhuma causa aparente, cabe aos enfermeiros em parceria com a família criar condições para uma boa adaptação a esta nova fase da sua vida, caracterizada por reajustamentos interpessoais e mudança de identidade feminina. Assim, “há evidência de uma associação entre a

ocorrência da depressão pós-parto e o pouco suporte oferecido pelo companheiro ou por outras pessoas com quem a mãe mantém relacionamento”, (PESSOA, 2007, p.22).

Segundo vários autores, existem três tipos de perturbações psicológicas que podem acontecer à puérpera após o nascimento:

-“Blues” pós-parto – Segundo Mendes (1991, p. 348), “são frequentes os episódios depressivos (blues), embora de curta duração, em metade das puérperas vem ao de cima crises de choro e de melancolia”.

Os sintomas que o caracterizam são: o choro fácil, irritabilidade, labilidade do humor e perturbações do sono. É uma perturbação transitória do humor, cujo pico de incidência é habitualmente ao 5º dia.

Pensamos que pode perturbar os primeiros dias da relação entre a puérpera e os familiares mais chegados.

O tratamento consiste habitualmente, em suporte físico, emocional e vigilância da evolução.

-Depressão pós-parto – É limitada aos sintomas afetivos que surgem dentro dos seis meses após o nascimento. É comum que ao assumir uma nova identidade, a mulher se sinta insegura quanto à capacidade de criar o filho.

Com efeito, “a depressão tem, na mulher, muito maior probabilidade de ocorrer na estreita relação com o nascimento de um bebé, do que durante a gravidez ou em outros momentos não relacionados com a maternidade”, (FIGUEIREDO, 2001, p. 330).

Os fatores predisponentes podem ser relacionados com as hormonas, o stress ou com a criança. Alguns investigadores identificaram alguns fatores associados ao aparecimento da depressão materna, “gravidez não planeada, parto pré-termo, ocorrência de problemas intra-parto, dificuldades na amamentação e a irritabilidade do bebé”, (ARRAIS, 2005).

Os sintomas são “queixas físicas, como por exemplo, fadiga, e perda de apetite; níveis elevados de ansiedade e preocupação; culpabilidade; perda muito significativa de auto estima; agravamento dos sintomas com o decorrer do dia e insónia”, (FIGUEIREDO, 2001, p. 330). A mulher pode ainda, apresentar alterações no peso, dificuldades de convívio social, dificuldades em se adaptar e preocupação excessiva em relação ao cuidar o bebé.

Distúrbios severos do humor, por parte da mãe, podem inequivocamente afetar a relação mãe-filho e conseqüentemente o desenvolvimento afetivo, intelectual e comportamental da criança. É fundamental estar-se atento a este tipo de sintomas devido aos riscos para a mãe e filho.

- Psicose pós-parto – Trata-se habitualmente de um quadro clínico de instalação súbita. Os sintomas frequentemente se confundem com os da depressão pós-

parto, podendo surgir também “ilusões, alucinações, confusão, delírio ou pânico” (LIMANDRI, 1999, cit. por ALMEIDA e ARAÚJO, 2005, p.72).

É uma emergência psiquiátrica, que exige habitualmente internamento hospitalar prolongado. Os maiores riscos das psicoses pós-parto são os suicídios.

Algumas mães apresentam distúrbios que colocam a criança em risco, motivo pelo qual deve ser feito o rastreamento da depressão pós-parto. Apesar da ocorrência e da importância deste transtorno, o diagnóstico é difícil devido à fronteira imprecisa entre as formas clínicas, subclínicas e as não patológicas, “os limites entre o fisiológico e o patológico podem ser estreitos, o que pode gerar dúvidas”, (COUTINHO e SARAIVA, 2008).

O não diagnóstico da depressão pós-parto é explicado “pelo fato de que o puerpério é muitas vezes um período de tempo negligenciado em termos de cuidados de saúde à mulher e sua família” (SOUSA, 2008, p. 20). É assim, fundamental o papel que os enfermeiros têm na prevenção da depressão no puerpério, oferecendo orientação antecipada e na detecção precoce e encaminhamento de situações de risco.

1.2 – SUPORTE SOCIAL

O suporte social refere-se, “ao suporte emocional ou prático dado pela família e/ou amigos na forma de afeto, companhia, assistência e informação, tudo o que faz o indivíduo ser amado, estimado, cuidado, valorizado e seguro”, (ANTUNES e FONTAINE, 2005), podendo ser assim, considerado um fator de redução do impacto causado por eventos stressantes.

Como já foi referido anteriormente, o nascimento de uma criança é motivo gerador de stress para o casal, deste modo, o suporte social que lhe é dado através do apoio material, emocional e afetivo, contribui para o seu bem-estar, assumindo assim, um papel importante no sucesso do processo de transição para a parentalidade e na prevenção de complicações.

A forma como o suporte social é percebido, pode influenciar o comportamento adaptativo à parentalidade. Assim, “a percepção do suporte é decisiva no comportamento influenciado por esse suporte”, (RIGOTTO, 2006 cit. por ARAGÃO et al., 2009). A este propósito, há autores que distinguem suporte social percebido e suporte social recebido. Para Ribeiro (1999) o suporte social percebido é o que o sujeito percebe como disponível se precisar dele e o suporte social recebido é o que foi recebido por alguém.

O suporte social pode ser ainda entendido como “um processo de interação entre pessoas ou grupos que através do contato sistemático estabelecem vínculos podendo ser de amizade ou de informação”, (PIETRUKOWICZ, 2001 cit por RODRIGUES, 2008). Se entendermos assim, o suporte social como uma forma de relacionamento interpessoal, grupal ou comunitário que dá ao indivíduo um sentimento de protecção e apoio capaz de

reduzir o stress e proporcionar o bem estar psicológico, fica claro que constitui suporte aquela forma de relacionamento capaz de dar apoio e protecção à puérpera. O apoio emocional, recebido pelas mães “parece ser fundamental para a sua segurança no cuidar ao recém-nascido”, (MOREIRA e MELO, 2005).

Actualmente, o suporte social é considerado “ como capaz de proteger e promover a saúde”, (SIQUEIRA, 2008). Neste contexto, “o suporte social reduz variados transtornos do foro psicológico, tais como a ansiedade e depressão”, (BAPTISTA, BAPTISTA e TORRES, 2006). As fontes de suporte social são diversas: a família, vizinhos, instituições e profissionais de saúde. A falta de suporte familiar pode gerar situações de conflito e dificuldades no relacionamento entre a criança e a família. O apoio de pessoas significativas para o casal como: familiares, profissionais de saúde, casais amigos que viveram situações semelhantes, entre outros, pode ajudar os pais a consciencializar e clarificar os seus papéis, a assumir as suas funções com maior segurança e a aceitar e valorizar a diferença e a complementaridade desses papéis, facilitando assim, o processo de maternidade/paternidade.

Durante o exercício da parentalidade, os pais contam com “os recursos da própria família e da comunidade onde esta se encontra inserida”, (CRUZ, SIMÕES e CURY, 2005). O suporte social inclui o apoio instrumental, informativo e emocional, assim, corresponde “a uma estrutura social que compreende o apoio formal (profissionais) e informal (família/amigos)”, (WARREN, 2005).

Face ao exposto, podemos dizer que o suporte social pressupõe a existência de interações sociais e o objectivo de promover o bem-estar como resultado delas. As interações sociais são descritas desde uma relação com um familiar ou confidente até uma rede social de grupos ou comunidade. Embora o suporte possa ser oferecido por um grupo ou comunidade o que parece funcionar é o estabelecimento da proximidade, por isso consideramos que a família nuclear constitui um suporte para a puérpera que é natural e básico e que os enfermeiros são os responsáveis pela orientação, informação/formação à puérpera. No suporte social “prevalecem as trocas afetivas, os cuidados mútuos e a comunicação franca e precisa entre as pessoas”, (COBB, 1976 cit. por BURD e MELLO, 2007). Ainda para o mesmo autor, três componentes são essenciais ao suporte social: o emocional, o valorativo e o comunicacional. O emocional diz respeito ao sentimento de ser amado, cuidado e protegido; o valorativo refere-se ao sentimento de auto-estima e valorização pessoal; o comunicacional reporta-se ao sentimento de pertencer a uma rede de mútuas obrigações. A relação interpessoal ou a rede grupal constituída deve ser solidária, ter papéis definidos e ocorrer de maneira constante e continuada, o que resulta em um sentimento de coesão e apoio que dá à puérpera subsídios para enfrentar a nova realidade, contribuindo deste modo para a diminuição do stress.

Sistemas de suporte “implicam em padrões duradouros de vínculos, que contribuem de maneira significativa para a manutenção da integridade física e psicológica do indivíduo”, (CAPLAN, 1976, cit. por BURD e MELLO, 2007). Neste contexto consideramos que, a comunicação, carinho, cuidado e disponibilidade, representam a base dos grupos de suporte, que constituem um excelente recurso para ajudar a puérpera. O seu objetivo é promover coesão e apoio, reforçar positivamente, elevando a auto estima e auto confiança da puérpera, nesta nova etapa da sua vida.

1.3 - VISITA DOMICILIÁRIA NO PUERPÉRIO

Terminados os dias de internamento, durante o qual a mulher viveu experiências muito intensas, sem tempo para a sua recuperação e reorganização, regressa a casa onde se elevam um cem número de obrigações e responsabilidades, agudizadas pela perda de proteção dos profissionais de saúde da maternidade e pelo risco acrescido das alterações e complicações biopsicossociais. Neste contexto, pensamos que a visita domiciliária constitui uma estratégia de suporte e ajuda à puérpera e família, que permite intervir em diferentes áreas: de educação, interação, orientação e autonomia. A visita domiciliária é “um conjunto de ações voltadas para o atendimento tanto educativo como assistencial”, (MATTOS, 1995). Tem como objetivo “detetar fatores que influenciem a saúde, desenvolvendo-se desta forma um trabalho aos três níveis de prevenção”, (NAVALHAS, 1997).

É necessário estruturar um planeamento cuidadoso e sistemático da visita domiciliária como se pode observar na descrição das cinco componentes de uma visita domiciliária: fase de iniciação, pré-visita, domicílio, términos e pós visita (quadro 1).

Quadro 1 - Fases e atividades de uma visita domiciliária

| Fase | Atividades |
|------------------------|---|
| I - Fase de iniciação | Clarificar a fonte de encaminhamento para a visita Clarificar o objetivo da visita domiciliária Partilhar informação com a família sobre o motivo e objetivo da visita domiciliária |
| II -Fase de Pré-visita | Iniciar contato com a família Validar com a família a percepção sobre o objetivo Determinar com a família a vontade de ser visitada no domicílio Marcar a visita domiciliária Rever dados do encaminhamento e/ou os registos familiares |
| III- Fase no domicílio | Apresentação e identificação profissional Interação social para estabelecer aproximação Estabelecimento de relação enfermeiro – cliente Implementação do processo de enfermagem |
| IV- Fase de términos | Recapitulação da visita com a família Planeamento de futuras visitas |
| V - Fase de pós visita | Fazer o registo da visita Fazer o plano para a visita seguinte |

Fonte: Loveland-Cherry, Carol, 1999, p.533.

Desta forma, “a visita domiciliária progride mais eficazmente se planeada e bem organizada”, (BOBAK; LOWDERMILK; JENSEN, 1999, p.541).

A puérpera não consegue passar da fase de dependência para a fase de independência no auto cuidado e cuidados ao recém-nascido, durante o tempo de internamento na Maternidade, onde tem à disposição o apoio constante do enfermeiro contrariamente ao domicílio onde “ela não encontra este apoio, sendo frequentes os sentimentos de solidão, desamparo e fadiga” (SOUSA et al., 2006). Também as dificuldades que as puérperas apresentam, não são na sua maioria detetáveis durante o internamento hospitalar. Para Faustino (2005) a adaptação da puérpera a esta nova fase da vida, assim como a conquista da sua autonomia, não se encontram concluídas no momento da alta, o que contribui para o aumento da vulnerabilidade materna, podendo comprometer a sua capacidade de resposta.

Os autores consultados, afirmam que apesar das vantagens da alta precoce, esta compromete a adaptação dos pais, uma vez que, no período em que ainda se encontram em recuperação física e emocional, já lhes é exigida uma capacidade de aprendizagem rápida e integração do recém-nascido na família. A tendência de dar alta precoce torna cada vez mais importante, os cuidados de enfermagem no domicílio, prestando apoio no processo de adaptação materna, através dos ensinamentos e instruções que devem ser personalizados e de acordo com as necessidades da puérpera. No domicílio, “a enfermeira pode incorporar a realidade da situação domiciliária da puérpera a todos os aspetos do cuidar, tornando-o mais holístico e relevante”, (BRANDEN, 2000, p.479).

A visita domiciliária, permite-nos não só avaliar o papel da puérpera na família, “a própria família e a adaptação da mesma ao novo elemento” (SANTOS, 2004), mas também observar a interação entre os vários elementos da família, conhecer o ambiente familiar, as condições socioeconómicas, as condições habitacionais e de segurança quer em casa quer nas imediações, identificar a existência de suporte social e detetar/encaminhar situações de risco. A observação no ambiente natural, permite-nos obter dados sobre as circunstâncias de vida da puérpera e família, inacessíveis de qualquer outra forma. Os programas de suporte pós-parto “devem privilegiar a visita domiciliária”, (NELSON, 2003 cit por PESSOA, 2007).

O domicílio não é apenas o espaço físico onde a puérpera habita, mas o local que vive e para onde são levados sentimentos, atitudes, comportamentos e aspirações, pelo que os cuidados de enfermagem no domicílio envolvem mais que realização de técnicas e procedimentos, englobam aspectos como a empatia, preocupação, interesse e apoio nas dificuldades, razão pela qual a enfermeira deve apresentar-se, esclarecer a razão da visita, dar conhecimento do tipo de ajuda que pode prestar e incentivar a puérpera a verbalizar as

suas necessidades. Assim, o estabelecimento de uma relação de confiança e ajuda e a demonstração de respeito pelos costumes e rotinas da família, assumem importância fundamental para o sucesso da visita domiciliária. A relação de ajuda “assume-se como indispensável na prestação de cuidados de enfermagem, sendo considerada um instrumento válido e útil para os mesmos”, (MENDES, 2006).

Embora a principal intervenção de enfermagem, durante a visita domiciliária englobe aconselhamento, apoio, orientação antecipada ou acompanhamento, podem ainda ser prestados cuidados de saúde, como por exemplo efetuar tratamento à ferida cirúrgica à puérpera ou colheita de sangue ao recém-nascido para rastreio metabólico, entre outros.

O papel do enfermeiro no domicílio passa, também por ajudar os pais a descobrir e interpretar os sinais do bebé, facultando estratégias para interagir e cuidar dele, disponibilizando informação e valorizando as competências adquiridas. Para tal é necessário que o enfermeiro desenvolva um trabalho de parceria com a família através do ensino, instrução, treino e supervisão dos cuidados ao bebé, até que esta adquira autonomia e sinta confiança e segurança.

A visita domiciliária à mulher-mãe e família é justificada pela sua importância por vários autores, nomeadamente Martinez (1994, cit. por TORRE, 2001, p.47), como uma forma de intervenção eficaz para promover os cuidados necessários à mãe e recém-nascido, potenciar o auto cuidado, melhorar a recuperação física e psicológica da mulher, detetar precocemente complicações, ajudar uma maior adaptação em torno da família e do bebé e ainda a possibilidade de permitir um maior grau de privacidade e disponibilidade para com a família.

A mãe “encontra-se numa nova responsabilidade e necessita de apoio biopsicossocial no meio em que se desenvolve a sua vida quotidiana”, (MARTINEZ, 1994). Esse apoio é efetuado através da visita domiciliária, realizada o mais precocemente possível, após a alta hospitalar, preferencialmente ao segundo ou terceiro dia. Ainda sobre a importância da visita domiciliária, Bennet et al., (1998, cit. por TORRE, 2001), identificou no seu estudo um conjunto de problemas psicossociais, físicos e do recém-nascido experimentados pelas mães, e que estes mesmos problemas podem ser resolvidos com a educação e suporte de enfermagem. Pensamos que, a visita domiciliária no pós-parto é uma atividade imprescindível para conhecimento da realidade individual da puérpera/família possibilitando assim, uma intervenção profissional personalizada. Quando realizada até 48 horas após a saída da maternidade pode detetar precocemente problemas, facilitar a intervenção e contribuir para a diminuição da morbidade e mortalidade materno infantil.

I IPARTE – ESTUDO EMPÍRICO

1 - MÉTODOS

A investigação em enfermagem é um processo sistemático orientado para a produção de um conhecimento científico específico, que visa essencialmente a melhoria da saúde do indivíduo e comunidade.

Neste capítulo iremos descrever o modo como planeamos e realizamos as etapas metodológicas do estudo. Referimo-nos assim, ao contexto do estudo empírico, aos seus objetivos, aos participantes, à definição das variáveis, à descrição dos instrumentos e procedimentos de recolha de dados e sua análise. Trata-se de um estudo constituído por duas fases. Na primeira procedemos à construção e validação de uma escala de avaliação da visita domiciliária no pós-parto, uma vez que desconhecemos a existência de um instrumento de medida que nos possibilita estudar uma das variáveis. Na segunda fase partimos para a análise da influência de algumas variáveis na visita domiciliária no pós-parto.

O puerpério é um período crítico e de transição na vida das mulheres, que se inicia logo após o parto, com duração variável. “A complexidade do puerpério é conferida pelo entrelaçamento de aspetos biológicos, psicológicos, emocionais, comportamentais, relacionais, socioculturais, económicos e por questões de género” (CABRAL, 2007, p.18). As alterações anatomo-fisiológicas da mulher, a responsabilidade social e cultural, a proteção ao novo elemento da família, além da ansiedade e do medo de não cumprir o papel de mãe, são fatores que contribuem para tornar o puerpério num período extremamente complexo, nesta etapa da vida da mulher e da família. O primeiro ano de vida de uma criança é um período extremamente vulnerável, devido à existência de condições ambientais adversas. “A mortalidade infantil está directamente dependente do funcionamento dos serviços de saúde, da assistência na gravidez e no parto, assim como da qualidade dos cuidados dispensados nos primeiros dias de vida” (GIRALDES, 1996, cit. por SANTOS et al., 2007, p. 95).

O domicílio é o lugar adequado e único para a educação para a saúde. A visita domiciliária permite uma abordagem holística e uma maior aproximação à situação real de cuidados promovendo assim, o bem-estar da puérpera, criança e família. Neste contexto “importa desenvolver os meios que possibilitem a visita domiciliária, essencialmente pelo enfermeiro, pois é um elemento fundamental da vigilância e da promoção de saúde, em particular nos dias seguintes após a alta da maternidade” (DGS, 2005). A realização da visita domiciliária á puérpera pela enfermeira tem como objetivo prestar assistência e suporte à puérpera e família, de acordo com as necessidades identificadas e/ou antecipadas à sua realidade.

Elaboramos algumas questões de investigação, que serviram de ponto de partida para a realização deste estudo. Assim:

- Em que medida as variáveis sócio-demográficas (idade, estado civil, escolaridade, residência), interferem na visita domiciliária no pós-parto?
- Qual a relação entre as variáveis obstétricas (número de gestações, vigilância da gravidez, preparação para a parentalidade), e a visita domiciliária no pós-parto?
- De que modo a visita domiciliária no pós-parto é influenciada pelas variáveis psicossociais (funcionalidade da família, suporte social, ansiedade, depressão pós-parto)?

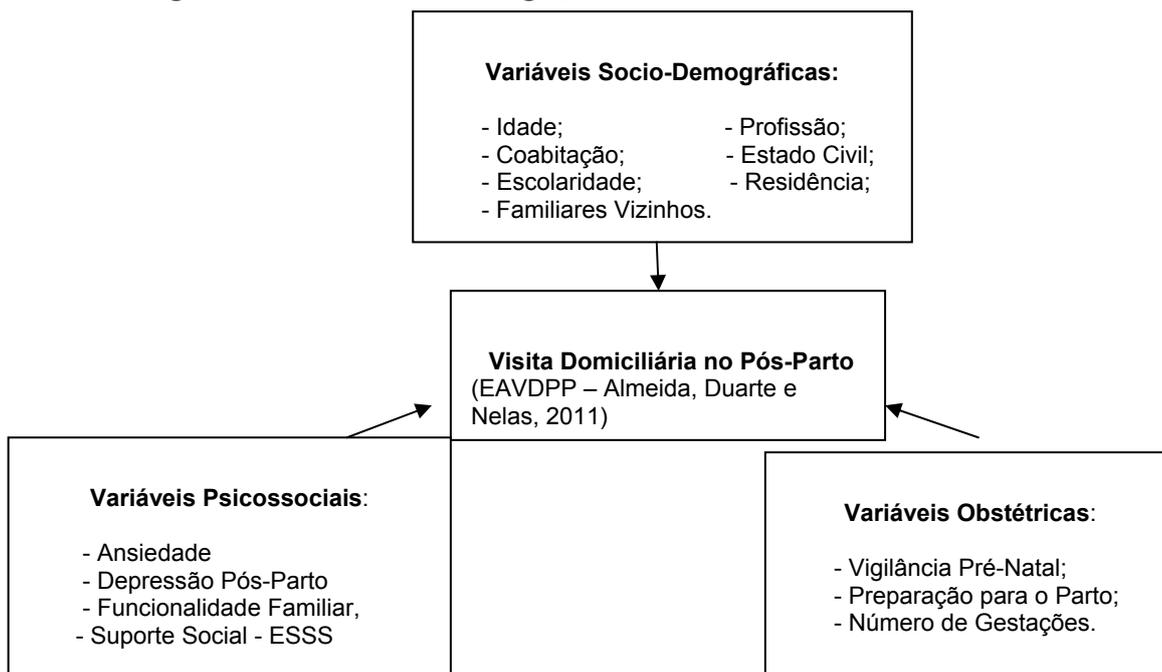
Neste sentido, foram definidos para o estudo os seguintes objetivos:

- Avaliar a visita domiciliária no pós-parto;
- Identificar fatores que interferem na visita domiciliária no pós-parto;
- Analisar a influência de algumas variáveis (sócio-demográficas, obstétricas, psicossociais) na visita domiciliária no pós-parto.

De acordo com o exposto, pensamos ser pertinente desenvolver um estudo quantitativo, descritivo, correlacional e transversal.

Para facilidade de interpretação das variáveis em estudo, apresentamos o desenho de investigação (fig. 1).

Fig. 1 – Desenho de Investigação



1.1 - PARTICIPANTES

Neste estudo, foi utilizada uma amostra não probabilística, e por selecção racional. Participaram neste estudo 175 puérperas, inscritas na UCSP de Resende, Lamego, de Santa Marinha do Zêzere e USF Douro Vita de Lamego, às quais foi realizada visita domiciliária. As puérperas apresentam idades compreendidas entre os 18 e os 38 anos, com uma média de idades de 28,47. Relativamente ao estado civil 92,60% das puérperas são casadas ou vivem em união de facto (cf. quadro 2); têm todas a nacionalidade portuguesa. A maioria (64,60%) vive com o marido e filhos. Quanto à escolaridade apenas 14,90% das puérperas possui licenciatura. No que diz respeito à profissão, a maior percentagem (53,70%), das puérperas não têm emprego. A maior parte das participantes residem na aldeia (61,10%) e têm família a residir na proximidade (77,70%) e 32,60% a uma distância igual ou inferior a 1 Km.

Quadro 2 – Distribuição das puérperas segundo as variáveis sócio-demográficas

| Variáveis | Total | |
|--|-------|-------|
| | N | % |
| ≤23 anos | 47 | 26,90 |
| 24-29 anos | 41 | 23,40 |
| 30-32 anos | 47 | 26,90 |
| ≥33 anos | 40 | 22,90 |
| Solteira | 13 | 07,40 |
| Casada/União de facto | 162 | 92,60 |
| Marido | 38 | 21,70 |
| Marido e filhos | 113 | 64,60 |
| Pais | 24 | 13,70 |
| 1º ciclo | 05 | 02,90 |
| 2º ciclo | 45 | 25,70 |
| 3º ciclo | 57 | 32,60 |
| Ensino secundário | 42 | 24,00 |
| Licenciatura | 26 | 14,90 |
| Técnicas e profissionais de nível intermédio | 23 | 13,10 |
| Trabalhadoras não qualificadas | 58 | 33,10 |
| Sem Emprego | 94 | 53,70 |
| Emp. Integral | 81 | 46,30 |
| Desempregada | 94 | 53,70 |
| Aldeia | 107 | 61,10 |
| Vila | 56 | 32,00 |
| Cidade | 12 | 06,90 |
| Família a residir na proximidade | | |
| Sim | 136 | 77,70 |
| Não | 39 | 22,30 |
| Quantos Km | | |
| ≤1 km | 57 | 32,60 |
| 2-5 kms | 46 | 26,30 |
| ≥ 6 kms | 29 | 16,60 |

Analisando o quadro 3 podemos verificar que o número de gestações anteriores varia entre 0 e 3 e para a maioria das puérperas (52,60%) trata-se do primeiro parto. A grande maioria (69,70%) planeou a gravidez e em 100% dos casos a gravidez foi vigiada, a maior parte das puérperas teve mais de cinco consultas (93,10%) e em 45,70% das puérperas a gravidez foi vigiada no Hospital. Relativamente ao parto 86,30% foi de termo. Só 6,90% das puérperas frequentaram o curso de preparação para a parentalidade e destas 58,30% iniciaram com 28 semanas de gestação e realizaram vinte sessões do curso.

Quadro 3 – Distribuição das puérperas segundo as variáveis obstétricas

| Variáveis | Total | |
|------------------------------------|-------|--------|
| | N | % |
| N.º de gestações anteriores | | |
| 0 | 85 | 48.60 |
| 1 | 58 | 33.10 |
| 2 | 27 | 15.40 |
| 3 | 05 | 02.90 |
| N.º de partos anteriores | | |
| 0 | 92 | 52.60 |
| 1 | 62 | 35.40 |
| 2 | 21 | 12.00 |
| Gravidez planeada | 122 | 69.70 |
| Vigilância da gravidez | 175 | 100.00 |
| N.º de consultas | | |
| ≤5 | 12 | 6,90 |
| ≥6 | 163 | 93.10 |
| Centro de Saúde | 19 | 10.90 |
| Hospital | 80 | 45.70 |
| Centro de Saúde e Hospital/Privada | 76 | 43.40 |
| Antes do termo | 24 | 13.70 |
| De termo | 151 | 86.30 |
| Preparação para a parentalidade | | |
| Sim | 12 | 06.90 |
| Não | 163 | 93.10 |
| Início da preparação | | |
| 24 | 05 | 41.70 |
| 28 | 07 | 58.30 |
| Nº de sessões | | |
| 6 | 5 | 41.70 |
| 20 | 7 | 58.30 |

1.2 – INSTRUMENTOS

O instrumento de recolha de dados utilizado neste estudo foi um questionário constituído por três partes. (Anexo I). A primeira parte inclui nove questões que comportam a caracterização da amostra no que diz respeito à idade, ao estado civil, à nacionalidade, com quem vive, escolaridade, profissão, situação profissional, residência e família a residir na proximidade. A segunda parte é constituída por seis questões que pretendem colher informação sobre o número de gestações anteriores, se a gravidez foi planeada, se o parto foi de termo, sobre a frequência do curso de preparação para a parentalidade, com quantas semanas de gestação iniciou o curso e quantas sessões realizou, permitindo assim,

conhecer a história da gravidez. A terceira parte é constituída sucessivamente pelas escalas, de apgar familiar, satisfação com o suporte social, de ansiedade de auto-avaliação de Zung, de Edimburgo para a depressão pós-parto e de avaliação da visita domiciliária no pós-parto.

ESCALA DE APGAR FAMILIAR – AZEREDO E MATOS, (1989)

Trata-se de uma escala elaborada por SMILKSEIN (1978), citado por AZEREDO e MATOS (1989, p. 29), constituída por cinco questões, que pretende definir a ideia que a puérpera tem do funcionamento da sua família. As perguntas têm três opções de resposta a que correspondem as seguintes pontuações: 2 pontos – quase sempre; 1 ponto – algumas vezes; 0 pontos – quase nunca.

O resultado final obtém-se pela soma das pontuações atribuídas a cada uma das perguntas, e o total corresponde a três tipos de famílias, assim: 7 a 10 pontos – família altamente funcional; 4 a 6 pontos – família moderadamente disfuncional; 0 a 3 pontos – família marcadamente disfuncional. Pela análise dos quadros 4 e 5 apresentados em anexo, observamos que a consistência interna (alpha de cronbach) da escala para população estudada é de 0,73 e que as correlações dos itens com o global, oscilam entre 0,581 e 0,816. (Anexo II).

ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL – PAIS RIBEIRO, (1999)

Trata-se de uma escala desenvolvida por Wethington e Kessler (1986) validado para a população portuguesa por Pais Ribeiro (1999), constituída por quinze itens, cada item possui uma escala tipo Likert, com cinco possibilidades de resposta a que correspondem as seguintes pontuações: 5 pontos – concordo totalmente; 4 pontos – concordo na maior parte; 3 pontos – não concordo, nem discordo; 2 pontos – discordo na maior parte; 1 ponto – discordo totalmente. A cotação faz-se somando os valores dos itens, e vai de uma pontuação mínima de 15 até uma pontuação máxima de 75 pontos. Valores mais elevados correspondem a uma maior satisfação com o suporte social percebido pela puérpera.

Com esta escala pretendemos medir os seguintes aspetos do suporte social: satisfação com os amigos, intimidade, satisfação com a família e atividades sociais. A satisfação com os amigos mede a satisfação com as amigadas/amigos que tem e inclui os itens 1,2,3,4,5 e o valor oscila entre 5 e 20 pontos. A intimidade mede a perceção da existência de suporte social íntimo e é constituída por os itens 6, 7, 8, 9 e o valor mínimo é de 4 pontos e o máximo é de 16 pontos. A satisfação com a família mede a satisfação com o suporte social familiar existente, inclui os itens 10,11,12 e o valor pode oscilar entre 3 e 12

pontos. O ultimo fator as atividades sociais mede a satisfação com as atividades sociais que realiza e inclui os itens 13,14,15 e o valor mínimo é de 3 pontos e o máximo de 12 pontos.

De acordo com Baptista, Baptista e Torres (2006, p.43), a pontuação da escala foi dividida em três partes, a partir da pontuação máxima para determinar alto, médio e baixo suporte social, ou seja, alto suporte social (de 51 a 75 pontos); médio suporte social (de 26 a 50 pontos) e, baixo suporte social (até 25 pontos). Nos quadros 6 e 7 apresentados em anexo, constatamos que a consistência interna (alpha de cronbach) da escala global para a população estudada é de 0,49 e que as correlações das dimensões com o global, oscilam entre 0,496 e 0,764. (Anexo III).

ESCALA DE ANSIEDADE DE ZUNG – VAZ SERRA, (1982)

Esta escala validada para a população portuguesa por Vaz Serra (1982), destina-se a medir a ansiedade-estado e permite registar para a mesma puérpera as variações das quatro componentes da ansiedade: cognitiva, motora, vegetativa e do sistema nervoso central.

É constituída por vinte questões diferentes, estando ordenadas de forma sintomatologicamente positiva e outras de maneira negativa em função do seu uso e conveniência evitando que o indivíduo seja influenciado por uma tendência particular de resposta. A cada sintoma correspondem várias colunas de resposta com o objectivo de não se optar sistematicamente pela coluna do meio ou de um dos lados.

Ao responder à escala é pedido a cada puérpera que avalie cada sintoma como estando presente em quatro termos quantitativos: nenhuma ou raras vezes, algumas vezes, uma boa parte do tempo e a maior parte ou a totalidade do tempo. A cada resposta é atribuído o valor 1, 2, 3 e 4, tendo em conta a ordenação, num sentido ou noutro, da própria questão. A escala vai, assim, de uma pontuação mínima de 20 até um valor máximo de 80.

Quanto menos ansiosa está a puérpera, menor é a pontuação da escala e, naturalmente, quanto mais ansiosa, maior se torna o número de pontos obtidos.

Relativamente às componentes da ansiedade, a componente cognitiva é constituída pelas questões 1, 2, 3, 4, 5 e o valor desta componente oscila entre 5 e 20 pontos. A componente vegetativa é formada pelas questões que vão desde a 10 até à 18, inclusive, e o valor máximo é de 36 pontos e valor mínimo é de 9 pontos. A componente motora é composta pelas questões 6, 7, 8 e 9, o valor pode oscilar entre 4 e 16 pontos. A componente do sistema nervoso central está representada apenas por duas questões, a 19 e a 20, o valor máximo da componente é de 8 pontos e o valor mínimo é de 2 pontos. Pela análise dos quadros 8 e 9 apresentados em anexo, verificamos que a consistência interna (alpha de

cronbach) da escala global para a população deste estudo é de 0,87 e que as correlações das dimensões com o global, oscilam entre 0,713 e 0,949. (Anexo IV).

ESCALA DE EDIMBURGO PARA A DEPRESSÃO PÓS-PARTO – AUGUSTO, KUMAR, CALHEIROS, MATOS E FIGUEIREDO, (1996)

Esta escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, (EPDS) desenvolvida na Grã-Bretanha por Cox, Holden e Sagovsky (1987), e validada para a população portuguesa, por Augusto, Kumar, Calheiros Matos e Figueiredo (1996). É constituída por dez perguntas, havendo para cada uma delas a possibilidade de uma só resposta entre quatro opções (mais positiva, menos positiva, menos negativa ou mais negativa), as quais são classificadas com um valor. As respostas são do tipo Lickert numa escala de 0 a 3, sendo a cotação mínima e máxima na escala total respectivamente 0 e 30.

Quanto mais elevada a cotação do questionário, maior o grau de sintomatologia depressiva apresentada. Para Smith (2005), uma pontuação inferior a 9 é considerada normal entre 9 e 12 indica suspeita de depressão e superior a 12, sugere depressão provável. Analisando os quadros 10 (Anexo V) e 11 (Anexo VI), constatamos que a consistência interna (alpha de cronbach) da escala para a população estudada é de 0,44 e que as correlações dos itens com o global, oscilam entre -0,079 e 0,746.

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA VISITA DOMICILIÁRIA NO PÓS-PARTO – ALMEIDA, DUARTE E NELAS, (2011)

O facto de desconhecermos a existência de um instrumento de medida que nos possibilita-se estudar uma das variáveis, levou-nos à construção de uma escala de avaliação da visita domiciliária no pós-parto, precedida de uma revisão de literatura sobre visita domiciliária e puerpério.

Com base nesta pesquisa, foi elaborada como uma escala tipo Likert, constituída por trinta e cinco itens, que descrevem os aspetos mais importantes a considerar aquando da realização da visita domiciliária no período pós-parto, com três possibilidades de resposta a que correspondem as seguintes pontuações: 3 pontos – sempre efetuado; 2 pontos – por vezes efetuado; 1 ponto – nunca efetuado. Foram efetuados estudos de fiabilidade e validade, assim: - Determinação do coeficiente de correlação de Pearson dos itens com o total, - Determinação do coeficiente de alfa de Cronbach dos fatores e do total da escala; - Determinação da correlação de split-half.

Podemos observar no quadro 12 que, as correlações variam entre 0,324 e 0,801, (correlações positivas fortes).

Quadro 12 – Valores de correlação de Pearson entre itens

| Item | Média | Desvio Padrão | Correlação |
|------|-------|---------------|------------|
| 1 | 2,75 | 0,435 | ,404** |
| 2 | 2,83 | 0,373 | ,324** |
| 3 | 2,82 | 0,383 | ,403** |
| 4 | 2,79 | 0,409 | ,332** |
| 5 | 2,77 | 0,464 | ,499** |
| 6 | 2,47 | 0,501 | ,784** |
| 7 | 2,35 | 0,478 | ,655** |
| 8 | 2,58 | 0,571 | ,599** |
| 9 | 2,66 | 0,474 | ,682** |
| 10 | 2,39 | 0,490 | ,505** |
| 11 | 2,88 | 0,375 | ,353** |
| 12 | 2,66 | 0,476 | ,593** |
| 13 | 2,48 | 0,501 | ,766** |
| 14 | 2,31 | 0,545 | ,625** |
| 15 | 2,26 | 0,438 | ,711** |
| 16 | 2,51 | 0,513 | ,589** |
| 17 | 2,54 | 0,500 | ,652** |
| 18 | 2,47 | 0,501 | ,614** |
| 19 | 2,41 | 0,494 | ,682** |
| 20 | 2,32 | 0,547 | ,721** |
| 21 | 2,33 | 0,470 | ,767** |
| 22 | 2,37 | 0,483 | ,687** |
| 23 | 2,34 | 0,476 | ,764** |
| 24 | 2,57 | 0,496 | ,739** |
| 25 | 2,47 | 0,500 | ,689** |
| 26 | 2,29 | 0,456 | ,801** |
| 27 | 2,22 | 0,556 | ,482** |
| 28 | 2,30 | 0,592 | ,576** |
| 39 | 2,59 | 0,494 | ,679** |
| 30 | 2,65 | 0,480 | ,558** |
| 31 | 2,65 | 0,480 | ,624** |
| 32 | 2,63 | 0,483 | ,477** |
| 33 | 2,61 | 0,489 | ,581** |
| 34 | 2,49 | 0,501 | ,740** |
| 35 | 2,54 | 0,500 | ,435** |

Efetuamos a análise fatorial para o estudo das dimensões principais e utilizamos o método scree plot para verificação dos fatores que poderiam ser extraídos, seguido de uma rotação varimax e obtivemos 8 fatores, depois levou-nos a forçar a 4 fatores. Os itens foram incluídos nas sub-escalas correspondentes aos fatores onde obtiveram maiores valores de saturação (cf quadro 13). Assim, o primeiro fator a que demos o nome de ensino avalia o esclarecimento efetuado e inclui os itens 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 22, que explica 22,65% da variância total (cf. quadro 14). O segundo fator batizado de importância avalia a utilidade e é constituído pelos itens 11, 24, 29, 30,31, 32, 33,34, 35, que explica

9,42% da variância total. O terceiro fator com o nome de empatia e relação diz respeito ao relacionamento baseado no respeito e compreensão e inclui os itens 18, 19, 21, 23, 25, 26, 27, 28 que explica 9,93% da variância total. O último fator a que denominamos de informação engloba os conhecimentos transmitidos e é constituído pelos itens 1, 2, 3, 4, 5 e explica 2,13% da variância total.

Quadro 13 – Dimensionalidade da escala da visita domiciliária (versão final)

| Nº Item | Itens | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---------|---|------|------|------|------|
| 1 | Foi-me explicada a razão da visita domiciliária | | | | ,472 |
| 2 | Fui informada dos meus direitos sociais | | | | ,404 |
| 3 | Fui informada dos recursos disponíveis na comunidade | | | | ,784 |
| 4 | Fui elucidada sobre os métodos contraceptivos que podem ser utilizados no pós-parto | | | | ,620 |
| 5 | Foi-me explicado as alterações que ocorrem no puerpério | | | | ,835 |
| 6 | Fiquei a saber as competências do meu bebé | ,645 | | | |
| 7 | Fui informada sobre como evitar acidentes no domicílio | ,629 | | | |
| 8 | Foi informada sobre o esquema vacinal do bebé | ,792 | | | |
| 9 | Foi-me explicado o desenvolvimento infantil considerado normal para a idade do bebé | ,479 | | | |
| 10 | Os meus familiares foram informados sobre o tipo de ajuda que me poderiam dar | ,666 | | | |
| 11 | As minhas dúvidas foram esclarecidas | | ,270 | | |
| 12 | Foi-me feito ensino sobre os cuidados a ter com a minha alimentação | ,770 | | | |
| 13 | Recebi orientações quanto ao início da actividade sexual | ,748 | | | |
| 14 | Fui incentivada a manter a amamentação | ,804 | | | |
| 15 | Recebi instruções sobre a técnica de amamentação | ,670 | | | |
| 16 | Foi-me feito ensino sobre a técnica de esvaziamento mamário | ,590 | | | |
| 17 | Foi-me feito ensino sobre cuidados vulvoperineais | ,549 | | | |
| 18 | Fui incentivada a expressar os meus sentimentos e dúvidas | | | ,563 | |
| 19 | Foi-me prestado apoio no banho ao bebé | | | ,540 | |
| 20 | Foi-me prestado apoio nos cuidados ao coto umbilical | ,593 | | | |
| 21 | Fui esclarecida sobre o tratamento do eritema da fralda | | | ,530 | |
| 22 | Recebi orientações sobre como lidar com o choro do bebé | ,464 | | | |
| 23 | Fui esclarecida sobre a icterícia fisiológica do bebé | | | ,562 | |
| 24 | Fui esclarecida sobre as características das dejeções do bebé | | ,754 | | |
| 25 | Foi solicitada a presença de outros elementos da minha família durante a visita | | | ,591 | |
| 26 | A data e o horário da visita foram de acordo com a minha disponibilidade | | | ,657 | |
| 27 | A minha privacidade foi sempre respeitada | | | ,677 | |
| 28 | A abordagem no domicílio foi feita de forma agradável | | | ,942 | |
| 29 | A visita decorreu de acordo com as minhas expectativas | | ,709 | | |
| 30 | A informação transmitida durante a visita foi adequada às minhas necessidades | | ,620 | | |
| 31 | A visita contribuiu para o aumento dos meus conhecimentos | | ,674 | | |
| 32 | A visita proporcionou-me o aumento de confiança nos cuidados com o bebé | | ,644 | | |
| 33 | A visita domiciliária constituiu um óptimo meio de esclarecimento de dúvidas | | ,725 | | |
| 34 | Após a visita senti-me mais confiante | | ,610 | | |
| 35 | Penso que a visita deveria ser efectuada até á 1ª semana após o parto | | ,666 | | |

Quadro 14 – Eigenvalues e variância explicada após rotação varimax

| Fatores | Eigenvalue | % variância | % variância acumulada |
|---------|------------|-------------|-----------------------|
| Fator 1 | 31,90 | 22,656 | 22,656 |
| Fator 2 | 23,47 | 9,423 | 32,079 |
| Fator 3 | 18,83 | 9,932 | 42,011 |
| Fator 4 | 13,96 | 2,131 | 44,142 |

Podemos verificar pela análise das correlações das dimensões com o total (cf. quadro 15), que estas oscilam entre 0,560 e 0,902, mantendo-se as correlações positivas fortes.

Quadro 15 – Correlações dos itens com o total da escala da visita domiciliária

| Nº item | Itens | Fator total |
|---------|-------------------|-------------|
| 1 | Ensino | 0,902 |
| 2 | Importância | 0,830 |
| 3 | Empatia e relação | 0,853 |
| 4 | Informação | 0,560 |

Ao analisarmos o quadro 16 observamos que os valores obtidos de α são superiores a 0,6 para todos os itens e para o total o valor obtido é 0,785, o que nos permite afirmar que o índice de alpha de Cronbach tanto para cada item como para o total da escala se encontra dentro dos valores aceitáveis.

Quadro 16 – Consistência Interna da escala da visita domiciliária

| Nº item | Itens | Média | Dp | Correlação Item/total | α com item |
|--|-------------------|-------|--------|-----------------------|-------------------|
| 1 | Ensino | 56,27 | 40,899 | 0,718 | 0,712 |
| 2 | Importância | 64,69 | 64,169 | 0,684 | 0,688 |
| 3 | Empatia e relação | 69,33 | 61,510 | 0,724 | 0,666 |
| 4 | Informação | 74,21 | 92,072 | 0,466 | 0,816 |
| Coeficiente alpha Cronbach global | | | | 0,785 | |

De seguida efetuamos o split-half e o α obtido da primeira metade foi de 0,906 e o da segunda metade 0,931 (cf. quadro 17). Trata-se de um bom índice de consistência interna da escala da visita domiciliária.

Quadro 17 – Estatísticas referentes ao método de metades (Split-Half)

| Partes | Média | Desvio Padrão | Alpha |
|---------|-------|---------------|-------|
| Parte 1 | 46,53 | 5,271 | 0,906 |
| Parte 2 | 41,77 | 5,876 | 0,931 |

Split-half=0,826

1.3 – PROCEDIMENTOS

A recolha de dados foi efetuada no período de Janeiro a Maio de 2011, através do questionário referido anteriormente, que foi disponibilizado às puérperas após a realização da visita domiciliária e posteriormente entregue pelas mesmas nas respetivas Unidades de Saúde. Antes das puérperas responderem ao questionário, eram informadas acerca da fundamentação e dos objetivos do estudo, da equipa responsável pelo mesmo, da confidencialidade e anonimato dos dados e que poderiam, naturalmente recusar participar. Foram ainda, respeitados os trâmites legais, nomeadamente o pedido de autorização aos Coordenadores da UCSP de Resende, da UCSP de Lamego, UCSP de Santa Marinha do Zêzere e USF Douro Vita – Lamego (anexo VII).

1.4 – ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados foi efetuada informaticamente através do programa SPSS 19. Como medidas estatísticas descritivas usamos:

- Medidas de tendência central:

- Média (\bar{X});
- Moda (M_o).

- Medidas de dispersão ou variabilidade

- Desvio padrão (S);
- Coeficiente de variação.

- Teste de Kolmogorov-Smirnov, Kurtosis e assimetria para a normalidade.

Na análise inferencial utilizamos:

- Teste U de Mann-Whitney - para comparação de ordenações médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes;
- Teste de Kruskal-Wallis - para comparação de ordenações médias de uma variável quantitativa em três ou mais grupos de sujeitos diferentes;
- Regressão múltipla – para prever o comportamento de uma variável quantitativa (variável dependente) a partir de mais que uma variável relevante de natureza intervalar (variáveis independentes), isto é permite-nos determinar quais as variáveis independentes que são preditoras da variável dependente.

Os níveis de significância utilizados:

- $P \geq 0.05$ - não significativo;
- $P < 0.05^*$ – significativo;
- $P < 0.01^{**}$ – bastante significativo;
- $P < 0.001^{***}$ – altamente significativo.

2 – RESULTADOS

Para a apresentação adequada dos dados obtidos, recorreremos ao uso de tabelas e quadros com os dados estatísticos obtidos, os quais serão antecidos da respetiva análise.

2.1- ANÁLISE DESCRITIVA

Neste subcapítulo vamos descrever e analisar os resultados obtidos.

Apgar Familiar

Relativamente ao apgar familiar verificamos que a pontuação mínima obtida no total da escala foi de 4 e a pontuação máxima foi de 10 pontos, a média centra-se nos 8,58, com um desvio padrão de 10.

Através da análise a tabela 1, verificamos que a maioria das puérperas considera as suas famílias altamente funcionais (85,10%).

Tabela 1 – Distribuição das puérperas segundo o apgar familiar

| APGAR FAMILIAR | N.º | % |
|----------------------------|-----|--------|
| Marcadamente disfuncional | - | 0.00 |
| Moderadamente disfuncional | 26 | 14.90 |
| Altamente funcional | 149 | 85.10 |
| TOTAL | 175 | 100.00 |

Suporte Social

Analisando o quadro 18 podemos verificar que a pontuação obtida na dimensão satisfação com os amigos apresenta um mínimo de 11 e um máximo de 25 pontos com uma média de 19,97. A dimensão intimidade oscila entre um mínimo de 9 e um máximo de 20 pontos, com uma média de 13,53. A dimensão satisfação com a família situa-se entre o valor mínimo de 7 e o máximo de 15 pontos com uma média de 13,42. A dimensão atividades sociais varia entre o valor mínimo de 3 e máximo 14 com a média de 7,83. No global a pontuação mínima foi de 43 e a máxima de 72 pontos, a média centra-se nos 54,75, com um desvio padrão de 7,15 e um coeficiente de variação de 13,06%.

Quadro 18 – Estatísticas relativas à escala de satisfação com o suporte social

| | MÉDIA | DESVIO PADRÃO | CV (%) | MÍNIMO | MÁXIMO |
|--------------------------|-------|---------------|--------|--------|--------|
| Satisfação com os amigos | 19,97 | 3,11 | 15,57 | 11 | 25 |
| Intimidade | 13,53 | 2,81 | 20,77 | 9 | 20 |
| Satisfação com a Família | 13,42 | 2,05 | 15,27 | 7 | 15 |
| Atividades Sociais | 7,83 | 3,24 | 41,38 | 3 | 14 |
| Global | 54,75 | 7,15 | 13,06 | 43 | 72 |

No que se refere ao suporte social, 72,00% das puérperas considera o suporte social recebido como alto (cf. tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das puérperas segundo o suporte social

| SUPORTE SOCIAL | N.º | % |
|----------------|-----|--------|
| Baixo | - | 0.00 |
| Médio | 49 | 28.00 |
| Alto | 126 | 72.00 |
| TOTAL | 175 | 100.00 |

Ansiedade

No que diz respeito à ansiedade verificamos que a dimensão cognitiva apresenta um mínimo de 5 e um máximo de 20 pontos, a média centra-se nos 9,21 pontos (cf. quadro 19). A dimensão vegetativa, situa-se entre um valor mínimo de 9 e um valor máximo de 27 pontos, com uma média de 14,78. A dimensão motora tem um mínimo de 4 e um máximo de 13 pontos com 7,18 pontos de média. A dimensão SNC situa-se entre 2 e 8 pontos, a média centra-se nos 3,98 pontos. A ansiedade global apresenta um valor mínimo de 23 e máximo de 68 pontos, com uma média de 35,15 pontos, com um desvio padrão de 10.69 e um coeficiente de variação de 30,41.

Quadro 19 – Estatísticas relativas à escala de avaliação da ansiedade

| | MÉDIA | DESVIO PADRÃO | CV (%) | MÍNIMO | MÁXIMO |
|------------|-------|---------------|--------|--------|--------|
| Cognitiva | 9,21 | 3,88 | 42,13 | 5 | 20 |
| Vegetativa | 14,78 | 4,12 | 27,87 | 9 | 27 |
| Motora | 7,18 | 2,25 | 31,34 | 4 | 13 |
| SNC | 3,98 | 1,42 | 35,68 | 2 | 8 |
| Global | 35,15 | 10,69 | 30,41 | 23 | 68 |

Depressão pós-parto

No que se refere à depressão pós-parto verificamos que os valores oscilam entre um mínimo de 12 e um máximo de 23, com uma média de 18,27 e um desvio padrão de 2,88.

Observando a tabela 3, constatamos que a grande maioria das puérperas (96%) apresenta suspeita de depressão.

Tabela 3 – Distribuição das puérperas segundo a depressão pós-parto

| Depressão pós-parto | N.º | % |
|-----------------------|-----|--------|
| Ausência de depressão | - | 0,00 |
| Suspeita de Depressão | 168 | 96,00 |
| Depressão provável | 7 | 4,00 |
| TOTAL | 175 | 100.00 |

Visita Domiciliária

Analisando o quadro 20 podemos verificar que para a dimensão ensino o valor mínimo obtido foi de 23 e o máximo de 39 pontos. A dimensão importância oscila entre um valor mínimo de 18 e um máximo de 27. A dimensão empatia e relação tem um valor mínimo de 14 e máximo 24 pontos. A dimensão informação varia entre um mínimo de 11 e um máximo de 17 pontos. A visita domiciliária global apresenta um mínimo de 71 e uma pontuação máxima foi de 105 pontos, a média centra-se nos 88,30, com um desvio padrão de 10,30 e um coeficiente de variação de 11,66. Pelo Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors verificamos que a distribuição de dados referentes à variável dependente (escala da visita domiciliária no pós-parto), não se encontra enquadrada na normalidade em nenhum das suas dimensões, nem no global, ($p=0,000$). Observamos em termos de Kurtosis que, as curvas das dimensões ensino, importância, empatia e relação e visita domiciliária global apresentam-se demasiado planticúrticas ($Kurtosis/ep < -2$), relativamente à assimetria a curva da dimensão empatia e relação apresenta uma assimetria positiva ($Skewness/ep > 2$). Assim, somos obrigados a assumir a inexistência de uma distribuição normal ou próximo do normal para as dimensões, o que nos limita de certa forma a utilização de medidas estatísticas paramétricas.

Quadro 20 – Estatísticas relativas à avaliação da visita domiciliária, com teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors, curtoses e assimetria

| Importância da visita domiciliária | Média | Dp | CV (%) | Mínimo | Máximo | K/Ep | Sk/Ep | K-S (p) |
|------------------------------------|-------|--------|--------|--------|--------|----------|------------|---------|
| Ensino | 31,90 | 4,760 | 14,92 | 23 | 39 | -3,266** | 0,283 | 0.000* |
| Importância | 23,47 | 3,070 | 13,08 | 18 | 27 | -3,589** | -2,266**** | 0.000* |
| Empatia e relação | 18,83 | 3,152 | 16,74 | 14 | 24 | -3,348** | 2,750*** | 0.000* |
| Informação | 13,96 | 1,460 | 10,46 | 11 | 17 | -1,551 | -4,984**** | 0.000* |
| Global | 88,30 | 10,300 | 11,66 | 71 | 105 | -3,309** | 1,206 | 0.000* |

Depois de calculada a média e o desvio padrão, fizemos três grupos de corte, assim:

- Visita domiciliária boa (> 90,87)
- Visita domiciliária moderada (> 85,72 e ≤ 90,87)
- Visita domiciliária insuficiente (≤ 85,72)

Das puérperas que participaram no estudo 45,70% consideram a visita domiciliária insuficiente seguindo-se as que a avaliam como boa com 37,70% (cf. tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição das puérperas de acordo como avaliam a visita domiciliária

| Visita Domiciliária | N.º | % |
|---------------------|-----|--------|
| Insuficiente | 80 | 45.70 |
| Moderada | 29 | 16.60 |
| Boa | 66 | 37.70 |
| TOTAL | 175 | 100.00 |

2.2 – ANÁLISE INFERENCIAL

Após a análise descritiva dos dados, passamos de seguida à análise inferencial dos mesmos, dando resposta às questões de investigação que se seguem.

Questão 1 - Em que medida as variáveis sócio-demográficas (idade, estado civil, escolaridade, residência), interferem na visita domiciliária no pós-parto?

Relação entre idade e a visita domiciliária no pós-parto

Para sabermos se a idade interfere na avaliação da visita domiciliária, efetuamos um teste de Kruskal-Wallis,. Dos resultados obtidos e apresentados no quadro 21 observamos, que, as puérperas mais velhas apresentam, valores mais elevados em todas as dimensões e no global da escala. As puérperas do grupo dos 24 aos 29 são as que apresentam valores mais baixos nas dimensões ensino, empatia e relação e também no global da escala. Assim, constatamos a existência de diferenças estatísticas altamente significativas ($p < 0,001$) para algumas dimensões; e significado estatístico para o global da escala ($p = 0,043$).

Quadro 21 – Kruskal Wallis relacionando a visita domiciliária e suas dimensões com a idade

| Idade | ≤23 anos | 24-29 anos | 30-32 anos | ≥33 anos | X ² | p |
|-------------------|------------|------------|------------|------------|----------------|----------|
| | Ord. média | Ord. média | Ord. média | Ord. média | | |
| Ensino | 83,22 | 73,66 | 92,95 | 102,50 | 7,490 | 0,058 |
| Importância | 77,45 | 91,41 | 78,63 | 107,91 | 10,273 | 0,016* |
| Empatia e relação | 94,24 | 57,41 | 98,97 | 99,13 | 20,298 | 0,000*** |
| Informação | 87,71 | 89,02 | 63,46 | 116,13 | 29,308 | 0,000*** |
| Global | 84,74 | 75,41 | 86,47 | 106,53 | 8,136 | 0,043* |

* $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Relação entre o estado civil e a visita domiciliária no pós-parto

Para verificarmos a existência de relação entre do estado civil e avaliação da visita domiciliária, utilizamos um teste U de Mann-Whitney, de onde salientamos que as puérperas solteiras apresentam valores superiores em todas as dimensões e no global da escala (cf. quadro 22). Contudo, quer para cada uma das dimensões, quer em termos de global da escala ($p = 0,818$), não se verificam diferenças estatisticamente significativas, com exceção para a dimensão informação ($p < 0,01$).

Quadro 22 – Teste U de Mann-Whitney relacionando a visita domiciliária e suas dimensões com o estado civil

| Estado civil | Solteira | Casada | U-MN | P |
|-------------------|------------|------------|--------|---------|
| | Ord. média | Ord. média | | |
| Ensino | 95,23 | 87,42 | -0,537 | 0,591 |
| Importância | 91,92 | 87,69 | -0,294 | 0,769 |
| Empatia e relação | 92,46 | 87,64 | -0,334 | 0,738 |
| Informação | 123,50 | 85,15 | -2,940 | 0,003** |
| Global | 91,12 | 87,75 | -0,231 | 0,818 |

** $p < 0,01$

Relação entre a escolaridade e a visita domiciliária no pós-parto

Para sabermos se a escolaridade interfere na avaliação da visita domiciliária, utilizamos um teste de Kruskal-Wallis, de onde salientamos pela análise do quadro 23, que as puérperas com ensino secundário apresentam, valores mais elevados para todas as dimensões e no global da escala com exceção da dimensão empatia e relação. As que possuem apenas o 1º ciclo são as que apresentam valores mais baixos em todas as dimensões e no global da escala. Assim, constatamos a existência de diferenças estatísticas altamente significativas em quase todas as dimensões e no global da escala ($p=0,000$).

Quadro 23 – Kruskal Wallis relacionando a visita domiciliária e suas dimensões com a escolaridade

| Escolaridade | 1º ciclo Ord. média | 2º ciclo Ord. média | 3º ciclo Ord. média | Secund. Ord. média | Licenciat. Ord. média | χ^2 | p |
|-------------------|------------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|--------------------------|----------|----------|
| Ensino | 59,00 | 67,56 | 90,96 | 113,04 | 82,04 | 19,942 | 0,001** |
| Importância | 50,50 | 87,61 | 90,12 | 99,20 | 73,13 | 7,319 | 0,120 |
| Empatia e relação | 3,00 | 84,89 | 111,11 | 95,58 | 46,83 | 45,352 | 0,000*** |
| Informação | 9,50 | 75,79 | 72,82 | 116,08 | 112,15 | 48,339 | 0,000*** |
| Global | 14,00 | 76,79 | 92,99 | 107,45 | 79,27 | 20,440 | 0,000*** |

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

Relação entre a residência e a visita domiciliária no pós-parto

Para verificarmos se a residência influencia a avaliação da visita domiciliária, efetuamos um teste de Kruskal-Wallis, analisando o quadro 24 podemos constatar que, as puérperas da aldeia apresentam, valores mais elevados em todas as dimensões e no global da escala à exceção da dimensão informação. As que residem na cidade são as que apresentam valores mais baixos. Assim, constatamos a existência de diferenças estatísticas bastante significativas apenas para a dimensão informação ($p < 0,01$); e significativas para empatia e relação ($p < 0,05$); e ausência de significado estatístico para o global da escala ($p = 0,840$).

Quadro 24 – Kruskal Wallis relacionando a visita domiciliária e suas dimensões com a residência

| Residência | Aldeia | Vila | Cidade | X ² | p |
|-------------------|------------|------------|------------|----------------|---------|
| | Ord. média | Ord. média | Ord. média | | |
| Ensino | 91,04 | 84,12 | 79,04 | 1,098 | 0,578 |
| Importância | 90,94 | 85,47 | 73,58 | 1,509 | 0,470 |
| Empatia e relação | 96,68 | 75,41 | 69,38 | 8,431 | 0,015* |
| Informação | 77,42 | 104,96 | 103,21 | 15,084 | 0,001** |
| Global | 89,74 | 85,69 | 83,25 | 0,350 | 0,840 |

*p < 0,01

**p<0,01

Questão 2 - Qual a relação entre as variáveis obstétricas (número de gestações, vigilância da gravidez, preparação para a parentalidade), e a visita domiciliária no pós-parto?

Relação entre o número de gestações anteriores e a visita domiciliária no pós-parto

Para saber qual a relação entre o número de gestações anteriores e avaliação da visita domiciliária realizamos um Teste de Kruskal-Wallis. Pela análise do quadro 25, verificamos que as puérperas que já tiveram três gestações atribuem melhor avaliação às dimensões importância e informação e à visita domiciliária no global. Constatamos a existência de diferenças estatísticas significativas ($p < 0,05$) para algumas dimensões e para o global da escala ($p = 0,018$).

Quadro 25 – Kruskal Wallis relacionando a visita domiciliária e suas dimensões com o número de gestações anteriores

| N.º gestações anteriores | nenhuma | Uma | Duas | Três | X ² | p |
|--------------------------|------------|------------|------------|------------|----------------|---------|
| | Ord. média | Ord. média | Ord. média | Ord. média | | |
| Ensino | 98,46 | 70,62 | 93,24 | 83,50 | 10,866 | 0,012* |
| Importância | 91,31 | 71,98 | 108,94 | 104,50 | 11,598 | 0,009** |
| Empatia e relação | 90,86 | 73,97 | 107,83 | 95,00 | 9,180 | 0,027* |
| Informação | 92,24 | 85,47 | 73,54 | 123,50 | 6,764 | 0,080 |
| Global | 96,46 | 70,74 | 96,30 | 99,50 | 10,111 | 0,018* |

Relação entre preparação para a parentalidade e a visita domiciliária no pós-parto

Para analisarmos a relação da preparação para a parentalidade na avaliação da visita domiciliária, utilizamos um Teste U de Mann-Whitney, (cf. quadro 26), onde se pode observar que as puérperas que realizaram o curso de preparação para a parentalidade apresentam valores mais elevados para as dimensões ensino e informação mas valores mais baixos no global da escala. No entanto, apenas se verifica significado estatístico nas dimensões importância ($p < 0,001$) e empatia e relação ($p < 0,05$), contrariamente ao global da escala ($p = 0,356$), não se verificando diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 26 – Teste U de Mann-Whitney relacionando a visita domiciliária e suas dimensões com a preparação para a parentalidade

| Preparação para o parto | Sim | Não | U-MN | P |
|-------------------------|------------|------------|--------|----------|
| | Ord. média | Ord. média | | |
| Ensino | 88,08 | 87,99 | -0,006 | 0,995 |
| Importância | 37,13 | 91,75 | -3,651 | 0,000*** |
| Empatia e relação | 55,08 | 90,42 | -2,362 | 0,018* |
| Informação | 98,92 | 87,20 | -0,866 | 0,386 |
| Global | 75,00 | 88,96 | -0,922 | 0,356 |

* $p < 0,05$

*** $p < 0,001$

Questão 3 – De que modo a visita domiciliária no pós-parto é influenciada pelas variáveis psicossociais (funcionalidade da família, suporte social, ansiedade, depressão pós-parto)?

Relação entre a funcionalidade da família e a visita domiciliária no pós-parto

Para sabermos a influência da funcionalidade familiar na avaliação da visita domiciliária, utilizamos um teste U de Mann-Whitney, de onde salientamos que as puérperas com famílias altamente funcionais apresentam valores superiores em todas as dimensões e no global da escala, com exceção para informação (cf. quadro 27). Constatamos a existência de significado estatístico em algumas dimensões, e no global da escala ($p = 0,001$).

Quadro 27 – Teste U de Mann-Whitney relacionando a visita domiciliária e suas dimensões com a funcionalidade familiar

| Funcionalidade familiar | Mod/ disf. | Alta/ funci. | U-MN | P |
|-------------------------|------------|--------------|--------|----------|
| | Ord. média | Ord. média | | |
| Ensino | 48,81 | 94,84 | -4,293 | 0,000*** |
| Importância | 75,23 | 90,23 | -1,411 | 0,158 |
| Empatia e relação | 55,37 | 93,69 | -3,605 | 0,000*** |
| Informação | 97,19 | 86,40 | -1,123 | 0,262 |
| Global | 56,48 | 93,50 | -3,442 | 0,001** |

**p<0,01

***p<0,001

Relação entre o suporte social e a visita domiciliária no pós-parto

Para estudarmos a influência do suporte social na avaliação da visita domiciliária, utilizamos um teste U de Mann-Whitney, de onde salientamos que as puérperas com alto suporte social apresentam valores superiores em todas as dimensões e no global da escala, com exceção para informação (cf. quadro 28). Verificamos a existência de significado estatístico em algumas dimensões, e no global da escala (p=0,000).

Quadro 28 – Teste U de Mann-Whitney relacionando a visita domiciliária e suas dimensões com o suporte social

| Suporte social | Medio | Alto | U-MN | P |
|-------------------|------------|------------|--------|----------|
| | Ord. média | Ord. média | | |
| Ensino | 63,11 | 97,68 | -4,069 | 0,000*** |
| Importância | 75,43 | 92,89 | -2,073 | 0,038* |
| Empatia e relação | 59,89 | 98,93 | -4,636 | 0,000*** |
| Informação | 90,37 | 87,08 | -0,432 | 0,666 |
| Global | 64,86 | 97,00 | -3,773 | 0,000*** |

*p<0,05

***p<0,001

Relação entre a depressão pós-parto e a visita domiciliária no pós-parto

Para sabermos a influência da depressão pós parto na avaliação da visita domiciliária, efetuamos um teste U de Mann-Whitney. Pela observação do quadro 29 constatamos que as puérperas com suspeita de depressão apresentam valores superiores em todas as dimensões e no global da escala. Assim, quer para quase todas as dimensões, quer no global da escala (p=0,000), verificam-se diferenças estatísticas altamente significativas.

Quadro 29 – Teste U de Mann-Whitney relacionando a visita domiciliária e suas dimensões com a depressão pós-parto

| Depressão pós-parto | Suspeita | Provável | U-MN | P |
|---------------------|------------|------------|--------|----------|
| | Ord. média | Ord. média | | |
| Ensino | 164,00 | 84,83 | -4,068 | 0,000*** |
| Importância | 157,00 | 85,13 | -3,725 | 0,000*** |
| Empatia e relação | 161,00 | 84,96 | -3,941 | 0,000*** |
| Informação | 123,50 | 86,52 | -2,119 | 0,034* |
| Global | 167,14 | 84,70 | -4,224 | 0,000*** |

*p<0,05 ***p<0,001

REGRESSÃO MÚLTIPLA

Relação entre variáveis independentes e variável dependente (ensino)

No que diz respeito ao ensino efetuado às puérperas durante a visita domiciliária, pela tabela 5, observamos que as correlações oscilam entre ($r=0,090$) no SNC e ($r=0,454$) no apgar familiar. Verificamos ainda que quanto maior os valores das variáveis independentes maior o valor da sub-escala (ensino), com exceção para o número de gestações, que apresenta uma correlação negativa, o que implica uma variação inversa. Todas as variáveis apresentam diferenças com significado estatístico, com exceção para número de gestações, SNC e depressão pós-parto.

Tabela 5 – Correlação de Pearson entre ensino e as variáveis independentes

| Variáveis | r | p |
|--------------------------|--------|-------|
| Idade | 0,125 | 0,049 |
| Número de gestações | -0,117 | 0,062 |
| Apgar familiar | 0,454 | 0,000 |
| Satisfação com os amigos | 0,284 | 0,000 |
| Intimidade | 0,187 | 0,007 |
| Satisfação com a família | 0,481 | 0,000 |
| Atividades sociais | 0,220 | 0,002 |
| Suporte social global | 0,434 | 0,000 |
| Cognitiva | 0,197 | 0,004 |
| Vegetativa | 0,142 | 0,030 |
| Motora | 0,150 | 0,024 |
| SNC | 0,090 | 0,119 |
| Ansiedade global | 0,170 | 0,012 |
| Depressão pós-parto | 0,036 | 0,318 |

Quanto à regressão múltipla, o quadro 30, apresenta de forma sumária o último modelo de regressão obtido, que comprova que são 10 as variáveis que entraram neste modelo de regressão constituindo-se assim como predictoras do ensino. A correlação que estas variáveis estabelecem com o ensino é forte ($r=0.739$) explicando no seu conjunto 54,6% da variação do ensino.

Os testes F são todos estatisticamente significativos, o que leva à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo. Os valores de t, dado apresentarem significância estatística, permite afirmar que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo no ensino pois os coeficientes de cada uma são diferentes de zero.

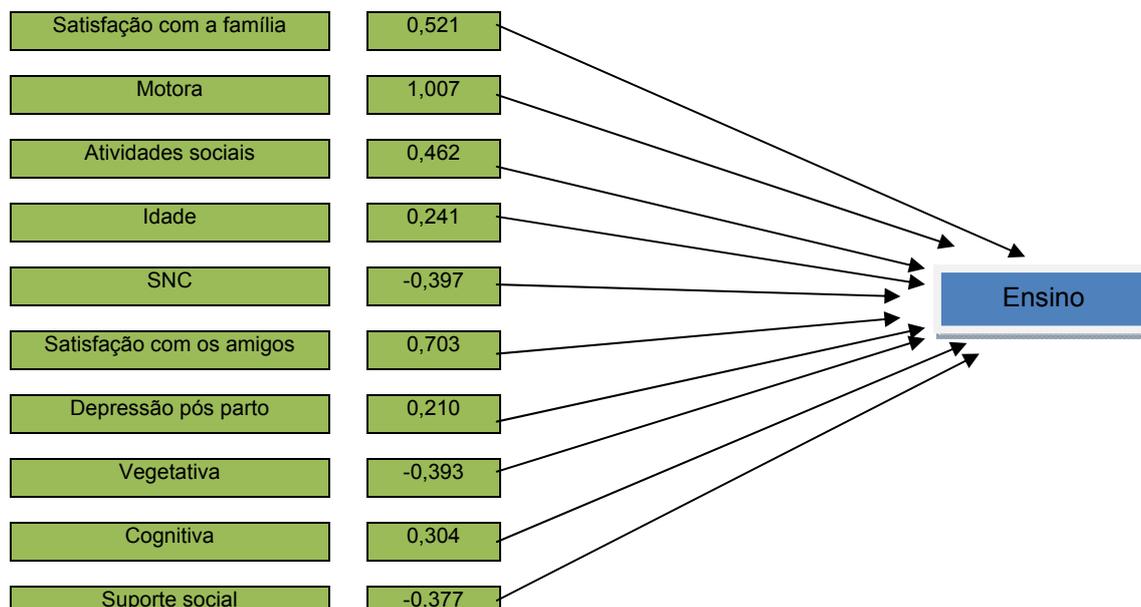
Pelos coeficientes padronizados beta notamos que a ansiedade motora é a que apresenta maior valor preditivo, surgindo em último lugar a depressão pós-parto. Todas as variáveis estabelecem com o ensino uma relação direta, com exceção para a ansiedade do SNC; ansiedade vegetativa e suporte social, pelo que podemos afirmar que quanto melhor a satisfação com a família, maior a ansiedade motora, melhor as atividades sociais, com mais idade, maior a satisfação com amigos, maior depressão pós-parto, maior ansiedade cognitiva, e menor a ansiedade vegetativa, do SNC e suporte social global, melhor a avaliação atribuída ao ensino.

O modelo final ajustado para o ensino é dado então pela seguinte fórmula:

$$\text{Ensino} = -16,968 + 0,521 \text{ Satisfação com a família} + 1,007 \text{ Motora} + 0,462 \text{ Atividades sociais} + 0,241 \text{ Idade} - 0,397 \text{ SNC} + 0,703 \text{ Satisfação com os amigos} + 0,210 \text{ Depressão pós parto} - 0,393 \text{ Vegetativa} + 0,304 \text{ Cognitiva} - 0,377 \text{ Suporte social}$$

Quadro 30 - Regressão múltipla entre ensino e as variáveis independentes

| Variável dependente: Ensino | | | | | |
|--------------------------------------|--------------|--------------|-----------|--------|---------------|
| R = 0.739 | | | | | |
| R ² = 0.546 | | | | | |
| R ² Ajustado = 0.518 | | | | | |
| Erro padrão da estimativa = 3.305 | | | | | |
| Incremento de R ² = 0.011 | | | | | |
| F = 3.920 | | | | | |
| P = 0.049 | | | | | |
| Pesos de Regressão | | | | | |
| Variáveis independentes | Coefficiente | Coefficiente | t | p | Colinearidade |
| Coefficiente | beta | padronizado | | | VIF |
| Constante | -16,968 | | | | |
| Satisfação com a família | 1,213 | 0,521 | 5,869 | 0,000 | 2,847 |
| Motora | 2,129 | 1,007 | 6,126 | 0,000 | 9,747 |
| Atividades sociais | 0,679 | 0,462 | 3,816 | 0,000 | 5,285 |
| Idade | 0,227 | 0,241 | 3,476 | 0,001 | 1,738 |
| SNC | -1,328 | -0,397 | -4,354 | 0,000 | 3,006 |
| Satisfação com os amigos | 1,077 | 0,703 | 4,905 | 0,000 | 7,413 |
| Depressão pós-parto | 0,347 | 0,210 | 3,228 | 0,002 | 1,526 |
| Vegetativa | -0,455 | -0,393 | -3,033 | 0,003 | 6,073 |
| Cognitiva | 0,374 | 0,304 | 2,361 | 0,019 | 5,996 |
| Suporte social (global) | -0,251 | -0,377 | -1,980 | 0,049 | 13,076 |
| Análise de variância | | | | | |
| Efeito | Soma | GL | Média | F | p |
| | quadrados | | quadrados | | |
| Regressão | 2150,724 | 10 | 215,072 | 19,689 | 0,000 |
| Residual | 1791,425 | 164 | 10,923 | | |
| Total | 3942,149 | 174 | | | |

Figura 2 - Síntese das relações entre ensino e variáveis independentes

Relação entre variáveis independentes e variável dependente (importância)

Pela análise da tabela 6, constatamos que as correlações variam entre ($r=0,054$) no número de gestações e ($r=0,298$) na cognitiva. Observamos ainda que com o aumento das variáveis independentes aumenta a sub-escala (importância), com exceção para a variável (depressão pós-parto), que apresenta uma correlação negativa, e por conseguinte uma variação inversa. Todas as variáveis apresentam diferenças com significado estatístico, com exceção para idade, número de gestações e intimidade.

Tabela 6 – Correlação de Pearson entre importância e as variáveis independentes

| Variáveis | r | p |
|--------------------------|--------|-------|
| Idade | 0,109 | 0,076 |
| Número de gestações | 0,054 | 0,240 |
| Apgar familiar | 0,135 | 0,038 |
| Satisfação com os amigos | 0,137 | 0,036 |
| Intimidade | 0,086 | 0,128 |
| Satisfação com a família | 0,163 | 0,015 |
| Atividades sociais | 0,197 | 0,004 |
| Suporte social global | 0,229 | 0,001 |
| Cognitiva | 0,298 | 0,000 |
| Vegetativa | 0,220 | 0,002 |
| Motora | 0,226 | 0,001 |
| SNC | 0,283 | 0,000 |
| Ansiedade global | 0,278 | 0,000 |
| Depressão pós-parto | -0,199 | 0,004 |

No que se refere à regressão múltipla, no quadro 31, apresentamos de forma sumária o último modelo de regressão obtido, que comprova que são 8 as variáveis que entraram neste modelo de regressão constituindo-se assim como preditoras da importância. A correlação que estas variáveis estabelecem com a importância é forte ($r=0.612$) explicando no seu conjunto 37,4% da variação da importância.

Os testes F são todos estatisticamente significativos, o que leva à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo. Os valores de t, dado apresentarem significância estatística, permite afirmar que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo na importância pois os coeficientes de cada uma são diferentes de zero. Pelos coeficientes padronizados beta notamos que a intimidade é a que apresenta maior valor preditivo, surgindo em último lugar a depressão pós-parto. Todas as variáveis estabelecem com a importância uma relação direta, com exceção para a intimidade; a depressão pós-parto e ansiedade vegetativa, pelo que podemos afirmar que menor a intimidade, a depressão pós-parto e ansiedade vegetativa melhor é a avaliação atribuída à dimensão importância.

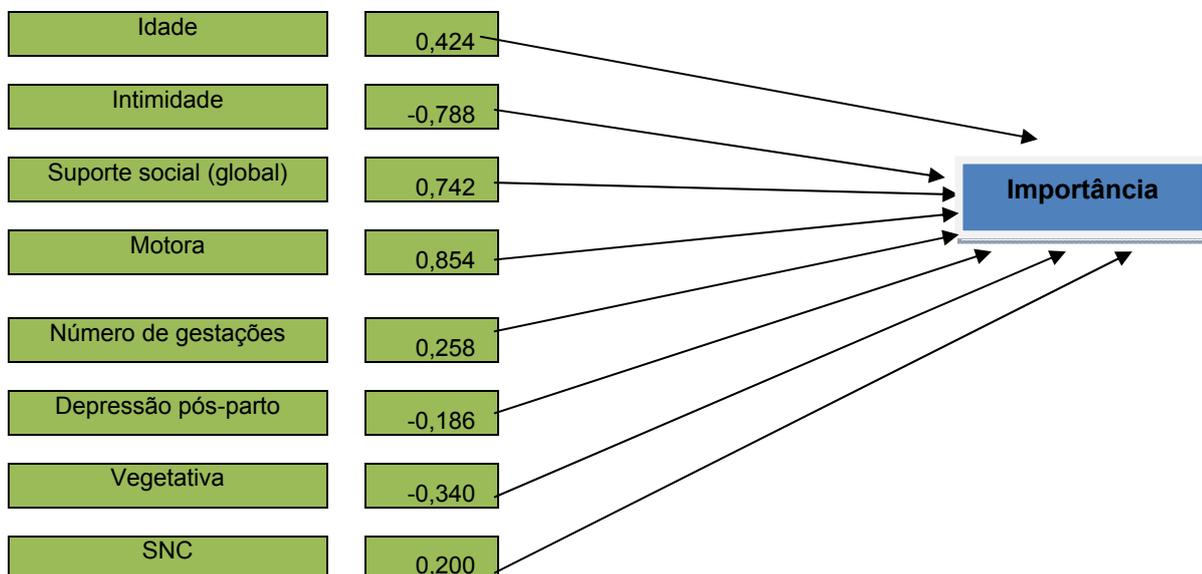
O modelo final ajustado para a importância é dado então pela seguinte fórmula:

Importância = 6,911 + 0,424 Idade - 0,788 Intimidade + 0,742 Suporte social + 0,854 Motora + 0,258 Número de gestações - 0,186 Depressão pós-parto - 0,340 Vegetativa + 0,200 SNC

Quadro 31 - Regressão múltipla entre importância e as variáveis independentes

| Variável dependente: Importância | | | | | |
|---|------------------|--------------------|------------------|--------|---------------|
| R = 0.612 | | | | | |
| R2 = 0.374 | | | | | |
| R2 Ajustado = 0.344 | | | | | |
| Erro padrão da estimativa = 2.486 | | | | | |
| Incremento de R2 = 0.018 | | | | | |
| F = 4.754 | | | | | |
| P = 0.031 | | | | | |
| Pesos de Regressão | | | | | |
| Variáveis independentes | Coefficiente | Coefficiente | t | p | Colinearidade |
| Coefficiente | beta | padronizado | | | VIF |
| Constante | 6,911 | | | | |
| Idade | 0,258 | 0,424 | 5,354 | 0,000 | 1,030 |
| Intimidade | -0,859 | -0,788 | -6,782 | 0,000 | 1,327 |
| Suporte social (global) | 0,319 | 0,742 | 6,472 | 0,000 | 1,045 |
| Motora | 1,165 | 0,854 | 4,991 | 0,000 | 1,084 |
| Número de gestações | 0,957 | 0,258 | 3,660 | 0,000 | 1,134 |
| Depressão pós-parto | -0,198 | -0,186 | -2,738 | 0,007 | 1,018 |
| Vegetativa | -0,253 | -0,340 | -2,357 | 0,020 | 1,080 |
| SNC | 0,431 | 0,200 | 2,180 | 0,031 | 1,012 |
| Análise de variância | | | | | |
| Efeito | Soma | GL | Média | F | p |
| | quadrados | | quadrados | | |
| Regressão | 613,864 | 8 | 76,733 | 12,418 | 0,000 |
| Residual | 1025,771 | 166 | 6,179 | | |
| Total | 1639,634 | 174 | | | |

Figura 3 - Síntese das relações entre importância e variáveis independentes



Relação entre variáveis independentes e variável dependente (empatia e relação)

Pela análise da tabela 7, constatamos que as correlações oscilam entre ($r=0,068$) nas atividades sociais e ($r=0,467$), no apgar familiar. Constatamos ainda que com o aumento das variáveis independentes aumenta a sub-escala (empatia e relação), com exceção para a depressão pós-parto que apresenta uma correlação negativa, o que implica uma variação inversa. Todas as variáveis apresentam diferenças com significado estatístico, com exceção para idade, número de gestações e atividades sociais.

Tabela 7 – Correlação de Pearson entre empatia e relação e as variáveis independentes

| Variáveis | r | p |
|--------------------------|--------|-------|
| Idade | 0,080 | 0,145 |
| Número de gestações | 0,075 | 0,162 |
| Apgar familiar | 0,467 | 0,000 |
| Satisfação com os amigos | 0,152 | 0,022 |
| Intimidade | 0,343 | 0,000 |
| Satisfação com a família | 0,324 | 0,000 |
| Atividades sociais | 0,068 | 0,187 |
| Suporte social global | 0,324 | 0,000 |
| Cognitiva | 0,445 | 0,000 |
| Vegetativa | 0,283 | 0,000 |
| Motora | 0,310 | 0,000 |
| SNC | 0,290 | 0,000 |
| Ansiedade global | 0,374 | 0,000 |
| Depressão pós-parto | -0,285 | 0,000 |

No que diz respeito à regressão múltipla, no quadro 32, apresentamos de forma sumária o último modelo de regressão obtido, que nos diz que são 6 as variáveis que entraram neste modelo de regressão constituindo-se assim como preditoras da empatia e relação. A correlação que estas variáveis estabelecem com a empatia e relação é forte ($r=0.736$) explicando no seu conjunto 54,2% da variação da empatia e relação.

Os testes F são todos estatisticamente significativos, o que leva à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo. Os valores de t, dado apresentarem significância estatística, permite-nos afirmar que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo na empatia e relação, dado que os coeficientes de cada uma são diferentes de zero.

Por último pelos coeficientes padronizados beta notamos que a ansiedade cognitiva é a que apresenta maior valor preditivo, e menor o suporte social. Todas as variáveis estabelecem com a empatia e relação uma relação direta, com exceção para as atividades sociais, pelo que podemos afirmar que menor pontuação atribuída às atividades sociais melhor é a avaliação atribuída à empatia e relação.

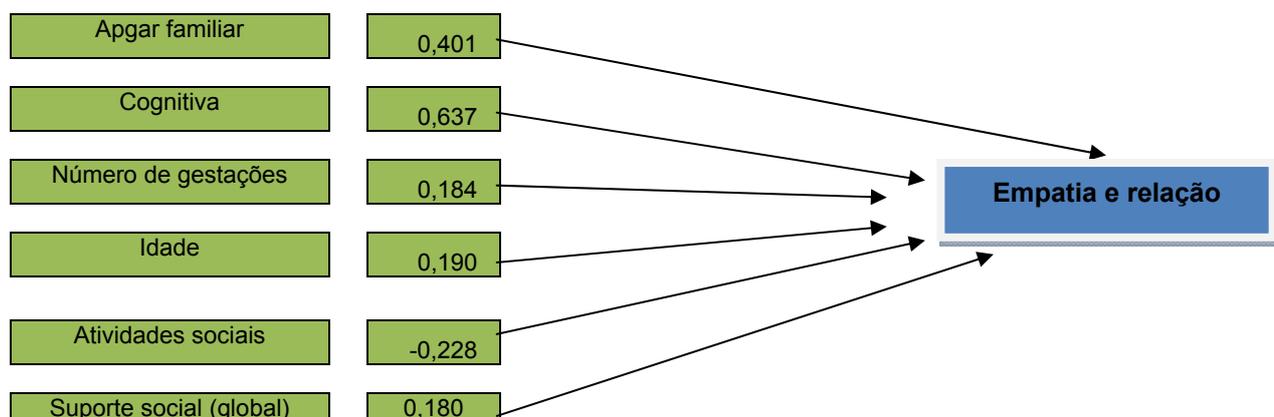
O modelo final ajustado para empatia e relação é dado então pela seguinte fórmula:

Empatia e relação = 1,531 + 0,401 Apgar familiar + 0,637 Cognitiva + 0,184 Número de gestações + 0,190 Idade - 0,228 Atividades sociais + 0,180 Suporte social

Quadro 32 - Regressão múltipla entre empatia e relação e as variáveis independentes

| Variável dependente: Empatia e relação | | | | | |
|---|----------------|--------------------|-----------------|--------|---------------|
| R = 0.736 | | | | | |
| R2 = 0.542 | | | | | |
| R2 Ajustado = 0.526 | | | | | |
| Erro padrão da estimativa = 2.170 | | | | | |
| Incremento de R2 = 0.016 | | | | | |
| F = 5.959 | | | | | |
| P = 0.016 | | | | | |
| Pesos de Regressão | | | | | |
| Variáveis independentes | Coefficiente | Coefficiente | t | p | Colinearidade |
| Coefficiente | beta | padronizado | | | VIF |
| Constante | 1,531 | | | | |
| Apgar familiar | 0,706 | 0,401 | 6,608 | 0,000 | 0,985 |
| Cognitiva | 0,518 | 0,637 | 9,809 | 0,000 | 0,999 |
| Número de gestações | 0,702 | 0,184 | 3,272 | 0,001 | 1,000 |
| Idade | 0,118 | 0,190 | 2,809 | 0,006 | 0,996 |
| Atividades sociais | -0,222 | -0,228 | -3,277 | 0,001 | 0,999 |
| Suporte social (global) | 0,079 | 0,180 | 2,441 | 0,016 | 1,000 |
| Análise de variância | | | | | |
| Efeito | Soma quadrados | GL | Média quadrados | F | p |
| Regressão | 937,173 | 6 | 156,196 | 33,173 | 0,000 |
| Residual | 791,021 | 168 | 4,708 | | |
| Total | 1728,194 | 174 | | | |

Figura 4 - Síntese das relações entre empatia e relação e variáveis independentes



Relação entre variáveis independentes e variável dependente (informação)

Para a informação analisando a tabela 8, demonstra-nos que as variáveis independentes apresentam correlações que variam entre ($r=0,003$) na cognitiva e ($r=0,183$) no apgar familiar. Com exceção da idade, apgar familiar, atividades sociais, ansiedade cognitiva vegetativa e motora e ansiedade global as correlações estabelecidas com a variável dependente são inversas pelo que, se pode concluir que quanto maior os valores nestas variáveis menor é avaliação atribuída à sub-escala informação. As variáveis número de gestações, apgar familiar, intimidade, atividades sociais e ansiedade vegetativa apresentam diferenças com significado estatístico.

Tabela 8 – Correlação de Pearson entre informação e as variáveis independentes

| Variáveis | r | p |
|--------------------------|--------|-------|
| Idade | 0,098 | 0,100 |
| Número de gestações | -0,123 | 0,052 |
| Apgar familiar | 0,183 | 0,008 |
| Satisfação com os amigos | -0,036 | 0,319 |
| Intimidade | -0,182 | 0,008 |
| Satisfação com a família | -0,081 | 0,143 |
| Atividades sociais | 0,175 | 0,010 |
| Suporte social global | -0,031 | 0,341 |
| Cognitiva | 0,003 | 0,487 |
| Vegetativa | 0,145 | 0,028 |
| Motora | 0,053 | 0,243 |
| SNC | -0,050 | 0,255 |
| Ansiedade global | 0,061 | 0,211 |
| Depressão pós-parto | -0,007 | 0,463 |

No que diz respeito à regressão múltipla, no quadro 33, apresentamos de forma sumária o último modelo de regressão obtido, que comprova que são 7 as variáveis que entraram neste modelo de regressão constituindo-se assim como preditoras da informação. A correlação que estas variáveis estabelecem com a informação é forte ($r=0.566$) explicando no seu conjunto 32,0% da variação da informação.

Os testes F são todos estatisticamente significativos, o que leva à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo. Os valores de t, dado apresentarem significância estatística, permite afirmar que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo na importância pois os coeficientes de cada uma são diferentes de zero.

Por último pelos coeficientes padronizados beta notamos que a vegetativa é a que apresenta maior valor preditivo, e menor a idade. Todas as variáveis estabelecem com a informação uma relação direta, com exceção para a satisfação com a família, intimidade e

ansiedade global, o que nos permite afirmar que valores mais baixos na satisfação com a família, na intimidade e ansiedade global melhor a avaliação atribuída à informação.

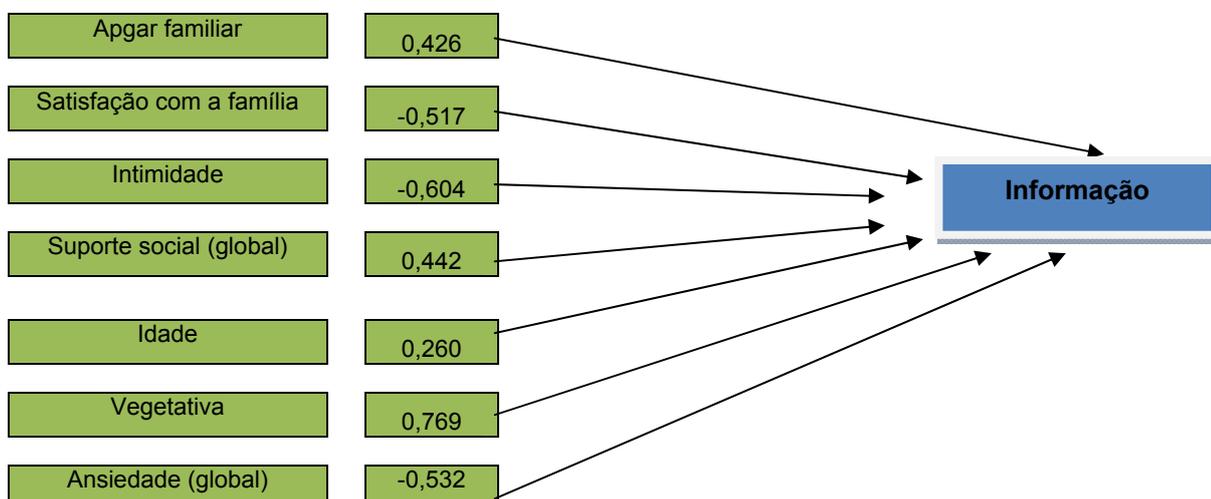
O modelo final ajustado para a informação é dado então pela seguinte fórmula:

$$\text{Informação} = 11,616 + 0,426 \text{ Apgar familiar} - 0,517 \text{ Satisfação com a família} - 0,604 \text{ Intimidade} + 0,442 \text{ Suporte social} + 0,260 \text{ Idade} + 0,769 \text{ Vegetativa} - 0,532 \text{ Ansiedade}$$

Quadro 33 - Regressão múltipla entre informação e as variáveis independentes

| Variável dependente: Informação | | | | | |
|--|--------------|--------------|-----------|--------|---------------|
| R = 0.566 | | | | | |
| R2 = 0.320 | | | | | |
| R2 Ajustado = 0.292 | | | | | |
| Erro padrão da estimativa = 1.228 | | | | | |
| Incremento de R2 = 0.023 | | | | | |
| F = 5.673 | | | | | |
| P = 0.018 | | | | | |
| Pesos de Regressão | | | | | |
| Variáveis independentes | Coefficiente | Coefficiente | t | p | Colinearidade |
| Coefficiente | beta | padronizado | | | VIF |
| Constante | 11,616 | | | | |
| Apgar familiar | 0,347 | 0,426 | 4,584 | 0,000 | 0,872 |
| Satisfação com a família | -0,369 | -0,517 | -4,813 | 0,000 | 1,000 |
| Intimidade | -0,314 | -0,604 | -5,018 | 0,000 | 0,996 |
| Suporte social (global) | 0,090 | 0,442 | 3,473 | 0,001 | 0,999 |
| Idade | 0,075 | 0,260 | 3,057 | 0,003 | 1,000 |
| Vegetativa | 0,273 | 0,769 | 3,693 | 0,000 | 0,999 |
| Ansiedade (global) | -0,073 | -0,532 | -2,382 | 0,018 | 1,000 |
| Análise de variância | | | | | |
| Efeito | Soma | GL | Média | F | p |
| | quadrados | | quadrados | | |
| Regressão | 118,745 | 7 | 16,964 | 11,243 | 0,000 |
| Residual | 251,975 | 167 | 1,509 | | |
| Total | 370,720 | 174 | | | |

Figura 5 - Síntese das relações entre informação e variáveis independentes



Relação entre variáveis independentes e variável dependente (visita domiciliária global)

Analisando a tabela 9, constatamos que as correlações variam entre ($r=-0,048$) no nº de gestações e ($r=0,431$) no apgar familiar. Mostra-nos ainda que excetuando o número de gestações todas as variáveis apresentam uma correlação positiva isto é, variam em sentido direto. Todas as variáveis apresentam diferenças com significado estatístico, com exceção para idade e número de gestações.

Tabela 9 – Correlação de Pearson entre visita domiciliária e as variáveis independentes

| Variáveis | r | p |
|--------------------------|--------|-------|
| Idade | 0,136 | 0,036 |
| Número de gestações | -0,048 | 0,265 |
| Apgar familiar | 0,431 | 0,000 |
| Satisfação com os amigos | 0,225 | 0,001 |
| Intimidade | 0,196 | 0,005 |
| Satisfação com a família | 0,366 | 0,000 |
| Atividades sociais | 0,208 | 0,003 |
| Suporte social global | 0,374 | 0,000 |
| Cognitiva | 0,322 | 0,000 |
| Vegetativa | 0,242 | 0,001 |
| Motora | 0,243 | 0,001 |
| SNC | 0,217 | 0,002 |
| Ansiedade global | 0,290 | 0,000 |
| Depressão pós-parto | -0,133 | 0,039 |

Relativamente à regressão múltipla, no quadro 34, apresentamos de forma sumária o último modelo de regressão obtido, que demonstra serem 4 as variáveis que entraram neste modelo de regressão constituindo-se assim como predictoras da visita domiciliária (global). A correlação que estas variáveis estabelecem com a visita domiciliária (global) é forte ($r=0.616$) explicando no seu conjunto 37,9% da variação da visita domiciliária (global).

Os testes F são todos estatisticamente significativos, o que leva à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo. Os valores de t, dado apresentarem significância estatística, permite afirmar que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo na visita domiciliária pois os coeficientes de cada uma são diferentes de zero.

Pelos coeficientes padronizados beta notamos que a ansiedade cognitiva é a que apresenta maior valor preditivo, e menor o Apgar familiar. Todas as variáveis estabelecem com a visita domiciliária (global) uma relação direta, o que nos permite concluir que melhor apgar familiar, maior ansiedade cognitiva, maior idade e melhor satisfação com a família, melhor é a avaliação atribuída à visita domiciliária (global).

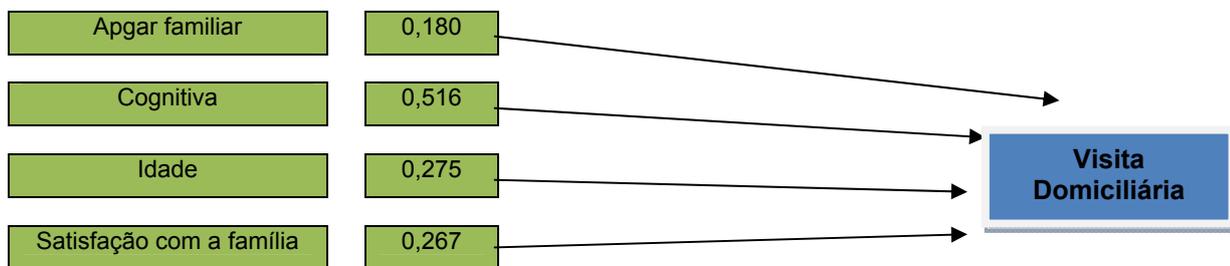
O modelo final ajustado para a visita domiciliária (global) é dado então pela seguinte fórmula:

$$\text{Visita Domiciliária (global)} = 32,782 + 0,180 \text{ Apgar familiar} + 0,516 \text{ Cognitiva} + 0,275 \text{ Idade} + 0,267 \text{ Satisfação com a família}$$

Quadro 34 - Regressão múltipla entre a visita domiciliária e as variáveis independentes

| Variável dependente: Visita Domiciliária (global) | | | | | |
|--|--------------|--------------|-----------|--------|---------------|
| R = 0.616 | | | | | |
| R2 = 0.379 | | | | | |
| R2 Ajustado = 0.364 | | | | | |
| Erro padrão da estimativa = 8.213 | | | | | |
| Incremento de R2 = 0.035 | | | | | |
| F = 9.472 | | | | | |
| P = 0.002 | | | | | |
| Pesos de Regressão | | | | | |
| Variáveis independentes | Coefficiente | Coefficiente | t | p | Colinearidade |
| Coefficiente | beta | padronizado | | | VIF |
| Constante | 32,782 | | | | |
| Apgar familiar | 1,038 | 0,180 | 2,094 | 0,038 | 0,999 |
| Cognitiva | 1,372 | 0,516 | 7,086 | 0,000 | 1,000 |
| Idade | 0,560 | 0,275 | 3,751 | 0,000 | 0,999 |
| Satisfação com a família | 1,344 | 0,267 | 3,078 | 0,002 | 1,000 |
| Análise de variância | | | | | |
| Efeito | Soma | GL | Média | F | p |
| | quadrados | | quadrados | | |
| Regressão | 6994,402 | 4 | 1748,601 | 25,925 | 0,000 |
| Residual | 11466,147 | 170 | 67,448 | | |
| Total | 18460,549 | 174 | | | |

Figura 6 - Síntese das relações entre a visita domiciliária e variáveis independentes



3 – DISCUSSÃO

A discussão dos resultados é uma fase fundamental de um estudo científico permitindo-nos refletir sobre a investigação realizada, evidenciar os dados mais relevantes e confrontá-los com outras investigações. Assim, neste capítulo apresentamos uma discussão mais detalhada, dando especial atenção aos resultados mais significativos analisando-os com base no quadro conceptual que serviu de suporte ao estudo, com os objetivos e questões formuladas e com os resultados de outros estudos sobre a temática em discussão.

3.1 - DISCUSSÃO METODOLÓGICA

A opção metodológica traçada para este estudo de investigação teve em consideração a temática do estudo em questão, as variáveis envolvidas e os objetivos delineados. Optámos por uma metodologia quantitativa, descritiva, transversal e correlacional.

Na escolha e elaboração do instrumento de recolha de dados, tivemos em conta os objetivos do estudo e as características da população que pretendemos estudar. Assim, o instrumento utilizado foi o questionário constituído por três partes. A primeira parte inclui nove questões que comportam a caracterização da amostra. A segunda parte é constituída por seis questões relacionadas com a história da gravidez. A terceira parte é composta sucessivamente pelas escalas, de apgar familiar, satisfação com o suporte social, de ansiedade de auto-avaliação de Zung, de Edimburgo para a depressão pós-parto e de avaliação da visita domiciliária no pós-parto. A escala de apgar familiar avalia a família em: família altamente funcional; família moderadamente disfuncional e família marcadamente disfuncional. A escala de satisfação com o suporte social mede os seguintes aspetos do suporte social: satisfação com os amigos, intimidade, satisfação com a família e atividades sociais e avalia o suporte social em: alto suporte social; médio suporte social e baixo suporte social. A escala de ansiedade de auto-avaliação de Zung, mede a ansiedade-estado e permite registar para a mesma puérpera as variações das quatro componentes da ansiedade: cognitiva, motora, vegetativa e do sistema nervoso central. A escala de Edimburgo para a depressão pós-parto avalia o grau de sintomatologia depressiva apresentada pela puérpera em: normal; suspeita de depressão e sugere depressão provável. A escala de avaliação da visita domiciliária no pós-parto foi construída neste estudo, por desconhecermos a existência na literatura de uma escala que avalia-se a visita domiciliária no pós-parto. Trata-se de uma escala tipo Likert com 35 afirmações e três opções de resposta. Efetuamos o estudo de fiabilidade e validade e resultou em quatro

fatores a que demos o nome de: -ensino; - importância; - empatia e relação; - informação. Avalia ainda, a visita domiciliária em: boa; moderada e insuficiente.

Relativamente aos procedimentos formais e éticos, estes foram cumpridos com rigor garantindo a confidencialidade, anonimato, bem como todos os princípios éticos e morais inerentes a uma investigação científica.

Ao efetuarmos o estudo da fidelidade dos instrumentos utilizados, constatamos que, relativamente à escala de avaliação da visita domiciliária, a consistência interna, os coeficientes *alpha* de Cronbach para cada um dos itens variam de 0,666 a 0,816, sendo que para a escala total foi obtido um *alpha* de Cronbach de 0,785. Segundo Fortin (2000, p. 233) o *alpha* de Cronbach é a técnica mais correntemente utilizada para estimar a consistência interna de um instrumento de medida e o valor deveria situar-se à volta de 0,7 para novas escalas, o que é o caso. Face ao exposto, consideramos estes resultados como muito bons por se tratar de uma nova escala e por apresentar uma elevada consistência interna.

No entanto, convém lembrar que há limitações inerentes às pesquisas com seres humanos em geral e neste particular com puérperas que estão relacionadas com as condições físicas e psicológicas das inquiridas no estudo. Também a capacidade de percepção das puérperas, pode influenciar as respostas dadas.

Consideramos, que, as opções metodológicas foram as adequadas ao tipo de estudo.

Acresce referir que, nos parece que esta investigação constitui uma mais-valia uma vez que se trata de uma temática ainda não estudada, no entanto, devido à escassez de estudos científicos sobre esta temática, limita-nos a confrontação dos resultados obtidos com os de outras investigações.

Pensamos ter conseguido atingir os objectivos inicialmente traçados e respondido às questões de investigação formuladas.

Apesar das eventuais limitações consideramos que os resultados obtidos, nos permitem, por um lado, conhecer melhor o impacto da visita domiciliária efetuada à puérpera/família e por outro, podem constituir um ponto de partida para a introdução de melhorias na prestação de cuidados de enfermagem nesta área de atuação.

3.2 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O puerpério é uma fase de desafio para a puérpera e família. Constitui um período de moldagem e adaptação aos novos papéis e a novas condições quer estas sejam físicas, psicológicas ou familiares. A transição para a parentalidade ainda que desejada e devidamente planeada, modifica completamente as identidades, papéis e funções dos novos pais e de toda a família, pelo que exige um período de reavaliação e reajustamento das

relações entre os vários elementos. Pensamos que a visita domiciliária assume uma posição de destaque e de importância no período de adaptação à nova situação familiar que a puérpera e família estão a viver nesse momento.

Participaram neste estudo 175 puérperas com idades compreendidas entre os 18 e os 38 anos, inscritas na UCSP de Resende, Lamego, de Santa Marinha do Zêzere e USF Douro Vita de Lamego, às quais foi realizada visita domiciliária. Para facilitar a análise, as idades foram agrupadas em quatro grupos etários. Verificamos que as puérperas com 33 ou mais anos representam 22,90% da amostra, um número significativo que segue a tendência nacional, de as mulheres adiarem a maternidade para mais tarde umas por razões profissionais, outras até adquirirem uma estabilidade financeira. Dados do Ministério da Saúde mostram que um quinto das mulheres que foram mães em 2009 tinha 35 anos ou mais. Uma subida de 31% em relação a 2004.

Para sabermos se a idade interfere na avaliação da visita domiciliária, efetuamos um teste de Kruskal-Wallis, e verificamos que relativamente à avaliação global é o grupo de puérperas mais velhas que melhor avaliação atribui à visita domiciliária e o grupo etário dos 24 aos 29 anos é o que atribui uma avaliação inferior, o que em certa medida está de acordo com a opinião de Bobak, Lowdermilk e Jensen (1999, p. 880) as necessidades em cuidados de saúde variam com a idade. Ainda neste contexto Branden (2000, p. 76), refere que as mulheres maduras têm uma perda de potencial do apoio oferecido pelos companheiros.

Em relação ao estado civil 92,60% das puérperas são casadas ou vivem em união de facto. Para verificarmos a existência de relação entre o estado civil e a visita domiciliária, efetuamos o teste U de Mann-Whitney e constatamos que as puérperas solteiras atribuem uma avaliação superior à visita domiciliária comparativamente com as casadas em todas as dimensões e no global, o que poderá ser justificado por “ser mãe solteira exige recursos adaptativos intensos” (HECK e PARKER, 2002). Também Branden (2000, p. 75), reforça esta ideia ao referir que é fundamental na assistência de enfermagem providenciar outros sistemas de apoio, por exemplo aconselhamento educacional.

No que diz respeito à escolaridade 24,00% das puérperas tem como escolaridade o ensino secundário e apenas 14,90% licenciatura. Em 2009, a percentagem de mulheres com ensino secundário e superior representava 17,4% da população ativa total (ROSA; 2010). Segundo Soares (2008, p. 46) o nível de escolaridade dos pais surge com fator importante na adaptação à parentalidade e de acordo com um estudo realizado por Ramos et al. (2005 cit por SOARES, 2008, p. 46) os níveis mais elevados de escolaridade estão associados a uma adaptação mais desajustada e negativa quando comparados com níveis de escolaridade mais baixos O nosso estudo também reforça esta ideia ao constataremos através da realização do teste de Kruskal-Wallis, que a escolaridade influencia a avaliação da visita domiciliária, e que são as puérperas que possuem apenas o 1º ciclo as que

apresentam valores mais baixos em todas as dimensões e no global, portanto que atribuem menor pontuação à visita domiciliária.

No nosso estudo, podemos constatar que 61,10% das puérperas residem na aldeia. Verificamos pelo teste de Kruskal-Wallis que a residência não influencia a avaliação da visita domiciliária atribuída pela puérpera, no entanto são as puérperas que residem na aldeia as que apresentam valores mais elevados no global da escala, o que poderá ser justificado empiricamente, através da minha prática profissional como enfermeira especialista na área da saúde materna, a exercer funções num Centro de Saúde, verificando que existem diferenças na acessibilidade à informação e à educação para a saúde. As conclusões de um estudo realizado por Couto (2003, p.138), apontam para que a informação e a acessibilidade aos cuidados é melhor na cidade.

O nosso estudo mostra-nos que 48,60% das puérperas foram mães pela primeira vez. Segundo o gabinete de estatísticas Eurostat, a 01 de Janeiro de 2010, Portugal registou a terceira menor taxa de natalidade entre os 27, ao atingir 9,4 nascimentos por cada 1000 habitantes. Os resultados evidenciaram que existe relação entre o número de gestações anteriores e avaliação da visita domiciliária. Utilizando o teste de Kruskal-Wallis, verificamos que as puérperas que são mães pela primeira vez atribuem melhor avaliação à dimensão ensino. Os nossos resultados são convergentes com o estudo efetuado por Graça (1999, cit. por TORRE, 2001, p.48), quando se refere à importância da visita domiciliária de carácter formativo como uma modalidade de intervenção que diminui significativamente as dificuldades das primíparas. Também para Bobak, Lowdermilk e Jensen (1999, p. 477), as primíparas e as múltiparas têm diferentes necessidades. As primíparas podem ter necessidade de mais apoio e acompanhamento, incluindo o encaminhamento para os recursos da comunidade.

A percentagem de puérperas que não frequentaram o curso de preparação para a parentalidade foi de 93,10%, o que poderá estar relacionado com a dificuldade na acessibilidade ao curso. Quanto à relação entre a preparação para a parentalidade e a avaliação da visita domiciliária, constatamos que não existe relação. Contudo, as puérperas que realizaram o curso de preparação para a parentalidade apresentam valores mais elevados para as dimensões ensino e informação, mas valores mais baixos no global da escala. Estes resultados não diferem, dos referidos por Couto (2003 cit por CERQUEIRA et al., 2007, p. 12), que apontam para que a informação transmitida à grávida é considerada insuficiente. Ainda para o mesmo autor (2003 cit por ALMEIDA e ARAÚJO, 2005, p.64), uma mulher que fez preparação tem uma atitude de maior tranquilidade e segurança.

A maioria das puérperas considera as suas famílias altamente funcionais (85,10%). Relativamente à influência da funcionalidade familiar na avaliação da visita domiciliária, utilizamos um teste U de Mann-Whitney, de onde salientamos que as puérperas com

famílias altamente funcionais apresentam valores superiores em todas as dimensões e no global da escala, com exceção para a informação. Reforçando este aspeto no estudo de Afonso (2000, p. 37) as puérperas referiram ter tido dúvidas e/ou dificuldades em certos cuidados ao bebé, devido a conselhos por vezes contraditórios de familiares. Neste contexto, Branden (2000, p. 75), salienta que a assistência em enfermagem deve dar orientações sobre os cuidados com o lactente devido à falta de informações adequadas.

O suporte social é percebido como alto por 72% das puérperas. Para conhecermos a influência do suporte social na avaliação da visita domiciliária, utilizamos um teste U de Mann-Whitney. Salientamos que as puérperas que perceberam o suporte social como alto, apresentam valores superiores em todas as dimensões e no global da escala, exceptuando a informação. A este propósito Bacatum (2008, p.49), referencia no seu estudo que o apoio familiar e dos amigos nem sempre é suficiente para dar respostas às dificuldades das puérperas, necessitando estas de outro tipo de apoio mais especializado, ainda para a mesma autora (p.50) a visita domiciliária é considerada importante e pertinente, principalmente no esclarecimento de dúvidas e evitando os desconfortos provocados pela deslocação da puérpera ao Centro de Saúde. A este propósito Bobak, Lowdermilk e Jensen (1999, p. 21), os enfermeiros de saúde materna encontram-se numa posição ideal para oferecer ajuda durante o ciclo da maternidade. A assistência pode tomar a forma de ensino e aconselhamento.

Relativamente à correlação entre a ansiedade e a avaliação da visita domiciliária verificamos que com o aumento dos níveis de ansiedade, aumenta a avaliação atribuída pela puérpera à visita domiciliária. Este aspeto é corroborado pelos resultados do estudo desenvolvido por Torre (2001, p. 57). A autora constatou que as puérperas manifestaram a vivência do seu puerpério com indicadores de ansiedade. Neste contexto Ribeiro et al (2006, p.44) refere que o fato das puérperas usufruírem de um período de tempo no seu domicílio com uma enfermeira permitiu-lhes manifestar a sua ansiedade e sentirem-se mais calmas e tranquilas.

Os resultados indicam-nos que uma percentagem elevada de puérperas (96%) apresenta suspeita de depressão. No que diz respeito à influência da depressão pós-parto na avaliação da visita domiciliária, verificamos ao efetuar o teste U de Mann-Whitney, que as puérperas com suspeita de depressão apresentam valores superiores em todas as dimensões e no global da escala. Estes resultados refletem a importância dos cuidados no domicílio na avaliação da adaptação emocional da mãe incluindo a presença de fatores de equilíbrio” (BOBAK; LOWDERMILK e JENSEN, 1999, p. 539). Ainda, segundo Branden (2000, p.487) assistência domiciliar no período puerperal deve incluir intervenções de enfermagem para ajudar a puérpera a lidar com a tristeza pós-parto.

Em última análise pensamos que a visita domiciliária no pós-parto, constitui uma prática de enfermagem com contributos importantes para melhorar os indicadores relacionados com a promoção da saúde e prevenção da doença, que por sua vez têm um forte impacto no desenvolvimento do país e influência no grau de desigualdade económica e social. Neste contexto, no que diz respeito à promoção da saúde proporcionada através da visita domiciliária no pós-parto, os enfermeiros ao optimizarem a adaptação do casal/família à nova etapa da vida, fornecendo informação geradora de conhecimento e aprendizagem de novas capacidades através do ensino, da instrução e do treino, estão a promover o potencial de saúde da puérpera/família.

Em relação à prevenção da doença, é fundamental a identificação tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais da puérpera/família, relativamente aos quais o enfermeiro especialista em Saúde Materna tem competência para implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis e a referenciação das situações risco identificadas para outros profissionais.

Os cuidados de enfermagem ao longo de todo o ciclo vital, têm como objetivos “prevenir a doença e promover os processos de readaptação, frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente” (ORDEM ENFERMEIROS, 2001). As intervenções de enfermagem devem ter como alvo a unidade familiar nomeadamente quando estas visam a aprendizagem e adopção de comportamentos favorecedores à promoção da saúde. Assim, os cuidados de enfermagem dirigidos à puérpera/família promovem a aprendizagem mobilizando os recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com as alterações na saúde e bem-estar. O enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da puérpera/família/ e implementa as intervenções que têm como objetivos evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados. Pensamos que, um dos aspetos importantes na visita domiciliária à puérpera/família é a validação dos cuidados de enfermagem, da legitimação desses cuidados, isto é, prestação de cuidados de enfermagem integrais e capazes.

No processo da tomada de decisão e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro deve ter presente os resultados da investigação na sua prática, o que é fundamental para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. A investigação, em enfermagem, é uma área imprescindível para esta ciência uma vez que, estabelece uma base científica para guiar a prática dos cuidados e criar novos conhecimentos que permitem novos saberes, novos comportamentos, novos caminhos e novas atuações em ordem a uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Esta qualidade, traduz-se em ganhos em saúde e implicam componentes que necessariamente têm que estar presentes, nomeadamente “o saber ouvir, a disponibilidade e criatividade por parte dos prestadores de cuidados” (AZEVEDO, 2007, p. 26). Pensamos que, associados a

estas componentes é imperativo que estejam presentes os conhecimentos científicos e as competências técnicas.

Os ganhos em saúde correspondem ao que DONABEDIAN (1988, cit. por AZEVEDO, 2007, p.37) considera resultado. Este autor refere que os resultados dependem da mudança obtida na saúde de cada pessoa. Segundo Hesbeen (2001), esta é, de facto, a única vertente que permite, verdadeiramente, avaliar a qualidade do serviço prestado, visto que a prática está directamente relacionada com a mudança de saúde da pessoa. A investigação em enfermagem também “deve ser dirigida aos resultados das intervenções de enfermagem, de forma a assegurar a qualidade e a relação custo-benefício do cuidar em enfermagem” (ICN, 2007, p.2 cit. por BASTO, 2009, p.17). Segundo o Ministério da Saúde (1999, p.103) os ganhos em saúde são as melhorias mensuráveis do estado de saúde de um indivíduo ou de uma população, a partir de uma situação de base, podendo abranger desde aspetos quantitativos de duração de vida a medidas de qualidade desta.

Os ganhos em saúde a curto prazo, relacionados com a visita domiciliária no pós-parto, estão identificados e representam os ganhos em conhecimento e em capacidades da puérpera e família em determinadas áreas, nomeadamente nos cuidados ao recém-nascido, na amamentação e na adaptação às alterações físicas e psicológicas da puérpera. Os ganhos em saúde relacionados com a prática da visita domiciliária no pós-parto a médio e longo prazo podem também ser quantificados.

A discussão e a reflexão dos enfermeiros em torno de como pensam e realizam os cuidados, conduzem à procura de respostas mais ajustadas. A identificação de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e de indicadores desses resultados é um trabalho que já está iniciado em Portugal, mas que precisa de toda a nossa atenção. Neste contexto, a definição dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, pelo Conselho de Enfermagem, vem traduzir as prioridades face ao desenvolvimento profissional de enfermagem e tem em vista a criação de uma dinâmica de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. A criação dessa dinâmica através da definição de um conjunto de indicadores que avaliam a qualidade dos cuidados de enfermagem, permitem monitorizar a sua melhoria contínua no sentido de os promover a nível dos mais elevados padrões de qualidade.

A reforma dos cuidados de saúde primários (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2010; Decreto-Lei no 88/2005; Resolução do Conselho de Ministros no 157/2005) inclui objetivos de melhoria do acesso a cuidados próximos e adequados. Também, o Plano Nacional de Saúde 2011-2016, prevê a valorização da continuidade de cuidados, cuidados holísticos, próximos e personalizados, como condição essencial para a promoção de estilos de vida saudáveis, promoção da saúde e prevenção da doença, numa visão positiva de

saúde; com melhoria da qualidade e menor probabilidade de erro; equidade de acesso nos grupos vulneráveis; promovendo estratégias de melhoria, adequando os serviços, flexibilizando a resposta, diversificando as práticas, trocando experiências e avaliando o desempenho.

Acreditamos que, os resultados do nosso estudo que nos mostra que 37,70% das puérperas avaliam a visita domiciliária como boa e 45,70% como insuficiente, reforçam não só a importância da continuação da prática da visita domiciliária à puérpera/família como também, permitem a introdução de medidas de melhoria dos cuidados de enfermagem prestados contribuindo por último para o cumprimento do Plano Nacional de Saúde 2011-2016.

4 – CONCLUSÕES

O presente estudo pretendeu avaliar a visita domiciliária no pós-parto e identificar algumas variáveis que a pudessem influenciar. Procurou-se, assim, responder às seguintes questões:

- Em que medida as variáveis sócio-demográficas (idade, estado civil, escolaridade, residência) interferem na visita domiciliária no pós-parto?
- Qual a relação entre as variáveis obstétricas (número de gestações, vigilância da gravidez, preparação para o parto) e a visita domiciliária no pós-parto?
- De que modo a visita domiciliária no pós-parto é influenciada pelas variáveis psicossociais (funcionalidade da família, suporte social, ansiedade, depressão pós-parto)?

Com base nos resultados obtidos ao finalizar o estudo conclui-se que as puérperas apresentam idades compreendidas entre os 18 e os 38 anos, com uma média de idades de 28,47. A grande maioria (92,60%) é casada ou vive em união de facto. Todas as puérperas (100%) têm a nacionalidade portuguesa. A maioria das participantes (64,60%) vive com o marido e filhos. Quanto à escolaridade apenas 14,90% das puérperas possui licenciatura. No que diz respeito à profissão, a maior percentagem (53,70%), das puérperas são domésticas. Relativamente à situação profissional é de salientar que 53,70% estão desempregadas. No que concerne à residência, a maior parte das participantes reside na aldeia (61,10%). A percentagem de puérperas que têm família a residir na proximidade é de 77,70% e destas 32,60% a uma distância igual ou inferior a 1 Km.

A partir dos nossos resultados e no que se refere à primeira questão concluímos que referente à idade, são as puérperas mais velhas as que atribuem melhor avaliação em todas as dimensões e à visita domiciliária global. No que diz respeito ao estado civil as puérperas solteiras atribuem melhor avaliação em todas as dimensões e à visita domiciliária global. Quanto à escolaridade, as participantes que possuem o ensino secundário são as que atribuem melhor avaliação em todas as dimensões e à visita domiciliária com exceção da dimensão empatia e relação. No que refere à residência, as puérperas que residem na aldeia são as que atribuem melhor avaliação em todas as dimensões e à visita domiciliária global com exceção da dimensão informação.

No que diz respeito à segunda questão, observou-se que quanto ao número de gestações, as puérperas que já tiveram três gestações atribuem melhor avaliação às dimensões importância e informação e à visita domiciliária global. Relativamente à preparação para a parentalidade as puérperas que realizaram o curso atribuem melhor

avaliação às dimensões ensino e informação mas apresentam valores mais baixos para a visita domiciliária global.

No que concerne à última questão, constatou-se que, em relação à funcionalidade da família, as puérperas com famílias altamente funcionais apresentam uma avaliação superior em todas as dimensões e na visita domiciliária global com exceção para dimensão informação. No que diz respeito ao suporte social, as puérperas com alto suporte social apresentam valores superiores em todas as dimensões e na visita domiciliária global com exceção para a dimensão informação. Relativamente à ansiedade verificamos que com o aumento dos níveis de ansiedade, aumenta a avaliação atribuída pela puérpera à visita domiciliária. Quanto à depressão pós-parto, as puérperas com suspeita de depressão apresentam valores superiores em todas as dimensões e na visita domiciliária global.

Após a análise dos resultados constatamos ainda que, a satisfação com a família, a motora, as atividades sociais, a idade, o SNC, a satisfação com os amigos, a depressão pós-parto, a vegetativa, a cognitiva e o suporte social (global) surgem como preditoras do ensino. A idade, a intimidade, o suporte social (global), a motora, o número de gestações, a depressão pós-parto, a vegetativa e o SNC constituem-se preditoras da importância. O apgar familiar, a cognitiva, o n.º de gestações, a idade, as atividades sociais e o suporte social (global) revelaram-se preditoras da empatia e relação. O apgar familiar, a satisfação com a família, a intimidade, o suporte social (global), a idade, a vegetativa e a ansiedade (global) foram preditoras da informação. O apgar familiar, a cognitiva, a idade e a satisfação com a família constituíram-se preditoras da visita domiciliária (global).

A consistência interna da escala da visita domiciliária construída e validada neste estudo é 0,785, considerada elevada. Das puérperas que participaram no estudo 45,70% consideram a visita domiciliária insuficiente. A maioria das puérperas considera as suas famílias altamente funcionais (85,10%) e 72% considera o suporte social recebido como alto. A grande maioria das puérperas (96%) apresenta suspeita de depressão.

Com estes resultados pensamos, que a intervenção de enfermagem junto à puérpera e família, no seu contexto, contribui para uma melhor adequação dos cuidados a prestar e proporciona mais facilmente a oportunidade à mulher e casal de expressarem os seus sentimentos, nomeadamente sentimentos de perda de controlo por inexperiência nos seus novos papéis. O enfermeiro especialista em saúde materna, avalia as capacidades e necessidades de aprendizagem da mãe e família, dando-lhes reforços positivos sobre as capacidades de desenvolvimento das suas habilidades em cuidar do filho e aumentando a sua auto estima e auto responsabilidade. Na prestação de cuidados de enfermagem à puérpera/família, o respeito pelas capacidades, crenças e valores e a empatia nas

interacções estabelecidas constituem elementos importantes para que a visita domiciliária seja bem sucedida.

Considera-se fundamental que os enfermeiros incluam na sua prática uma avaliação sistemática das dificuldades da puérpera/família na adaptação ao seu novo papel, bem como a integração das alterações que isso implica. Os cuidados domiciliários têm como objetivos promover, manter ou recuperar a saúde, onde o enfermeiro assume como principal função, a educativa.

Terminada esta investigação, surge uma nova motivação para a realização de outros estudos que nos permitam monitorizar a avaliação atribuída pelas puérperas ao ensino, à importância, à empatia e relação, à informação e à visita domiciliária de uma forma global e também perceber o porquê de quase 50% das puérperas considerarem a visita domiciliária que lhe foi efetuada insuficiente.

Esperamos que a realização deste estudo contribua para a reflexão dos cuidados prestados e conseqüentemente para o exercício profissional de enfermagem de qualidade, sensibilizando os enfermeiros para a importância do apoio à mulher/família nesta fase da vida, com vista à prevenção de desajustes a nível familiar, promovendo assim, a saúde e o bem-estar de toda a família, com repercussões positivas também para a comunidade.

Pensamos que, embora reconhecendo algumas limitações, os objetivos do nosso estudo foram atingidos.

Finalmente, pela importância do tema em estudo, pela escassez de estudos e instrumentos válidos e específicos neste âmbito, consideramos que o presente estudo pode servir de orientação a futuras investigações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALARCÃO, Madalena - (Des) Equilíbrios familiares: uma visão sistémica. Psicologia Clínica e Psiquiatria. 3ª ed. ISBN 989-558-067-3. Coimbra: Editora Quarteto, 2006, 374 p.
- ALMEIDA, Estela; Araújo, Alice – **Influencia do acolhimento na ansiedade da parturiente/puérpera**. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu, 2005.
- AMORIM, Sónia Patrícia – **Tristeza pós-parto – importância do diagnóstico precoce**. Ponte de Lima: Universidade Fernando Pessoa, 2010.
- ARAGÃO, E., [et al] – Suporte social e stress: uma revisão da literatura. Psicologia em Foco. Aracaju. Vol. 2 (Janeiro/Junho 2009).
- ARRAIS, A. R. - **As configurações subjetivas da depressão pós-parto: para além da padronização patologizante**. Brasília: Universidade de Brasília, 2005.
- AUGUSTO, Amílcar, [et al] – **Versão portuguesa post-natal depression in na urban area of Portugal**. Cambridge: [s.n.], 1996. [Consult. 10 Dez. 2010]. Disponível em http://journals.cambridge.org/abstract_S0033291700033778.
- AZEREDO, Zaida; MATOS, Eduarda – Avaliação do relacionamento do idoso com a família em medicina familiar. Geriatria. Lisboa. Ano II, Vol.II, nº20 (Dezembro 1989), p.24-30.
- AZEVEDO, Maria - **Cuidar da mãe e do filho, contributos dos cuidados de enfermagem, nos primeiros dias após o nascimento** [Em linha]. Porto: [s.n.], 2007. [Consult. 12 Jun. 2011]. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7174/2/>
- BACATUM, Cláudia; [et al] – A importância da visita domiciliária no período pós – parto. Enfermagem. Lisboa: nº51 (Julho/Dezembro 2008), p. 46-51
- BAPTISTA, Makilim; BAPTISTA, Adriana; TORRES, Erika - **Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes**. [Em linha]. São Paulo: [s.n.], 2006. [Consult. 10 Out . 2010]. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1676-73142006000100006&script=sci_arttext.

- BASTO, Marta - Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina: Proposta de um percurso. Pensar Enfermagem. Lisboa Vol. 13 N.º 2 (2º Semestre de 2009), p.11-18.
- BOBAK, Irene M.; LOWDERMILK, Deitra L.; JENSEN, Margaret D. – **Enfermagem na maternidade**. 4ª ed. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-09-6.
- BRANDEN, Pennie S. – **Enfermagem materno-infantil**. 2ªed. Rio de Janeiro: Reichmann & Afonso, 2000. 524 p. ISBN85-87148-41-9.
- BURD, M. e MELLO, J. - **Doença família**. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.
- CABRAL, F.B - **Vulnerabilidade de puérperas: olhares de equipas do programa saúde da família em santa maria/rs**. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007. [Consult. 10 Dez. 2010]. Disponível em <http://hdl.handle.net/10183/12417>
- COUTINHO, Maria; SARAIVA, Evelyn – **Depressão pós-parto: considerações teóricas** [Em linha]. Rio de Janeiro: [nº 3], 2008. [Consult. 5 Mai. 2011]. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-42812008000300014&script=sci_arttext.
- CRUZ, E.; SIMÕES, G.; CURY, A.- Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo programa de saúde da família. Ginecologia e Obstetrícia. Brasil. Vol. 27, n.4, (Janeiro/Abril 2005), p.1-20.
- DUARTE, João Carvalho - **Privação do sono, rendimento escolar e equilíbrio psicoafectivo na adolescência** [Em linha]. Porto: [s.n.], 2008. [Consult. 3 Mai. 2011]. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/19371>.
- ENCONTRO DE INVESTIGAÇÃO, 3, Vila Real, 2007 – **Perspetivar a investigação em saúde**: actas. Vila Real: ESEVR, 2007. ISBN 978-972-97739-4-5.
- ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE VISEU – **Guia orientador de elaboração de trabalhos escritos** [Em linha]. Viseu: [s.n.], 2008. [Consult. 27 Mai. 2011]. Disponível em WWW.essv.ipv.pt/images/pdf/UInvestigacao/GuiaElabTrab.
- FAUSTINO, Maria – Cuidar na gravidez, parto e puerpério. Que visibilidade?. Servir. Lisboa. ISBN0871-2370. nº 53 (Julho/Agosto 2005), p.185-189.

- FIGUEIREDO, B. – Perturbações psicopatológicas do puerpério – In CANAVARRO, M. – **Psicologia da gravidez e da maternidade**. Coimbra: Quarteto, 2001, p.161-170.
- FORTIN, Maria – Fabienne – **O processo de investigação: da concepção à realização**. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2000.
- FORTIN, Maria – Fabienne – **Fundamentos e etapas do processo de investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 2009. 595 p. ISBN 978-989-8075-18-5.
- GRAÇA, Luis Carlos – Dificuldades de primíparas na prestação de cuidados ao recém-nascido: um caso experimental. Enfermagem. Lisboa. ISBN 0871-0775. nº 20/30, (Janeiro/Junho 2003), p.31-41.
- HANSON, S. - **Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação** 2.ª ed. Loures: Lusociência, 2005. ISBN: 972-8383-83-5.
- HESBEEN, Walter – **Qualidade em Enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar**. Loures: Lusociência, 2001.
- HECK, K; PARKER, J. - Family structure, socioeconomic status, and access to health care for children. Health Services Research, 37(1),(2002) p.173-186.
- KAWAMOTO, Emilia; SANTOS, Maria Cristina; MATTOS, Thalita - **Enfermagem comunitária**. São Paulo: EPU, 1995. 200 p. ISBN 85-12-12500-4
- LOWDERMILK, Deitra Leonard ; PERRY, Shannon E. – **Enfermagem na maternidade**. 7ª ed. Loures: Lusodidacta, 2006. ISBN 978-989-8075-16-1.
- LOWDERMILK, Deitra Leonard ; PERRY, Shannon E. ; BOBAK, Irene M. - **O cuidado em enfermagem materna**. 5ª ed. Porto Alegre : Artmed, 2002. IX, 928 p. ISBN 85-7307-787-5.
- LOVELAND, Cherry Carol - Risco de saúde familiar - In MAREIA Stanhope; JANETTE Lencaster (Ed) - **Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, famílias e indivíduos** 4^a ed. Lisboa: Lusociência, 1999, p.520-542.
- MAGANO, Aldiro Manuel de Oliveira – **A depressão pós-natal no homem**. Porto: Universidade do Porto, 2008.

- MALDONADO, Maria Tereza Pereira – **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 16 ed. São Paulo: Saraiva, 2002.
- MARCONI, M.; LAKATOS, E. - **Técnicas de Pesquisa**. 6ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 2007, p.11.
- MARTÍNEZ, Maria Esperanza - Visita a domicilio a la mujer puérpera - In MARTÍN, I. - Atención Domiciliaria - **Diagnósticos de Enfermería**. Madrid: Interamericana McGraw-Hill, 1994, p. 159-229.
- MENDES, João – A relação de ajuda: um instrumento no processo de cuidados de enfermagem. Informar. nº 36 (Janeiro/Junho 2006), p.71-77.
- MENDES, Mário Luís – **Curso de obstetrícia**. Coimbra: Centro cultural da maternidade dos HUC, 1991.
- MOREIRA, P.; MELO, A. – **Saúde mental: do tratamento à prevenção**. Porto: Porto Editora, 2005.
- NAVALHAS, José Cassiano - Projecto de intervenção no âmbito da visitação domiciliária no contexto do cuidar em enfermagem. Enfermagem. Lisboa. ISSN 0871-0775. 2ª série n.º 7 (Julho/Setembro 1997), p. 6-14.
- NELAS, Paula; FERREIRA, Manuela; DUARTE, João - **Motivação para a amamentação: construção de um instrumento de medida** [Em linha]. Coimbra: [nº 6], 2008 [Consult. 4 Jan. 2011]. Disponível em http://www.esenfc.pt/esenfc/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2094&id_rev=4&id_edicao=22.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. Conselho de Enfermagem - **Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem**. Lisboa: OE, 2001.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Classificação internacional para a prática de enfermagem, versão 1.0**. Lisboa: OE, 2010.
- PESSOA, Krishna – **A importância do vínculo materno na recuperação do recém-nascido prematuro** [Em linha]. Porto: [s.n.], 2007. [Consult. 3 Mar. 2011]. Disponível em WWW.cphd.com.br/trabalhos/cphd_922008103606.doc.

- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva – **Saúde reprodutiva e planeamento familiar** [Em linha]. Lisboa: [s.n.], 2008. [Consult. 29 Mar. 2011]. Disponível em www.dgs+saude+reprodutiva+e+planeamento+familiar+2008.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde – **Vigilância pré-natal e revisão do puerpério**. Lisboa: DGS, 1991.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde – **Saúde: um compromisso. A estratégia de saúde para o virar do século**. Lisboa: Ministério da Saúde, 1999.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes - **Saúde infantil e juvenil programa – tipo de atuação**. Lisboa: DGS, 2005.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes – **Prestação de cuidados pré-concepcionais**. Lisboa: DGS, 2006.
- RAMOS, M., [et al] - A adaptação paterna na transição para a parentalidade. Iberpsicología. ISSN 1579-4113, Vol. 10, nº. 2, 2005.
- RELVAS, A.; LOURENÇO, M. - Uma abordagem familiar da gravidez e da maternidade: perspectiva sistémica - In CANAVARRO, M. - **Psicologia da gravidez e da maternidade**. ISBN 972-8535-77-5. Coimbra: Quarteto, 2001. 407 p.
- REZENDE, Jorge – **Obstetrícia**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.
- RIBEIRO, Ilda [et al.] – Visitação domiciliária à puérpera e recém-nascido: concepções e percepções. Enfermagem. ISN 0871-0775. Nº 41 (Janeiro-Março 2006), p.35-44.
- RIBEIRO, José Luís Pais - Escala de satisfação com o suporte social (esss). Análise Psicológica. ISSN 0870-8231. Vol.17, nº.3 (Setembro 1999), p.547-558.
- RICE, Robyn - **Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários: conceitos e aplicação**. 3ª ed. Loures : Lusociência, 2004. 579 p. ISBN 972-8383-46-0

- RODRIGUES, Vera – **Satisfação com o suporte social em indivíduos com perturbação psiquiátrica: estudo exploratório** [Em linha]. Porto: [s.n.], 2008. [Consult 3 Mar. 2011]. Disponível em <https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1004/3/10593>.
-
- ROSA; Eugénio – **Discriminação da mulher em Portugal** [Em linha]. Lisboa: [s.n.], 2010. [Consult 12 Jul. 2011]. Disponível em <http://www.eugeniorosa.com/Sites/eugeniorosa.com/Documentos/2009/11-2010-Discriminacao-Mulher-em-Portugal.pdf>
- SANTOS, António Cristóvão Ferreira – **Influência do acolhimento na diminuição da ansiedade nos doentes coronários**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2000.
- SANTOS, N. – **Assistência de enfermagem materno-infantil**. São Paulo, 2004.
- SERRA, Adriano Vaz – Aferição da Escala de auto-avaliação de Zung, numa amostra de população portuguesa – 1. Resultados da aplicação numa amostra de população normal. Psiquiatria Clínica. Coimbra. 1982, p. 191 – 202.
- SIQUEIRA, M.- Construção e validação da escala de percepção de suporte social. Psicologia em estudo. Vol.12 (2008), p.381-388.
- SMITH, Norman. - **Compreender a gravidez**. Porto: Porto Editora, 2005.
- SOARES, Hélia – **O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: intervenção de enfermagem**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2008.
- SOUSA, Valéria - **A depressão no ciclo gravídico-puerperal de mulheres atendidas em um ambulatório de hospital geral** [Em linha]. Brasil: [s.n.], 2008. [Consult. 27 Mai. 2011]. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-09122008-154716/pt-br.php>.
- SOUSA, E. [et al.] – Depressão pós-parto numa perspectiva preventiva. Nursing. (Outubro 2006), p.10-14
- TORRE, Maria Augusta – **Cuidados de enfermagem à puérpera numa perspectiva antropobiológica**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2001.

- VAZ SERRA, Adriano – Transtornos mediados pela ansiedade: perspectivas actuais do seu tratamento. Psicologia. Lisboa. Vol. VII, nº 1 (Janeiro/Março), 1989, p.11-24.
- WARREN, L.- First-time mothers: social support and confidence in infant care. Journal of Advanced Nursing 50(5), 2005, p. 479-488.

ANEXO I

Instrumento de recolha de dados

Este questionário faz parte de um trabalho de investigação sobre “**Visita domiciliária**”. A sua concretização só será possível graças à sua colaboração, preenchendo o questionário. Neste sentido, pedimos-lhe que leia atentamente as perguntas que se seguem e responda a todas elas de uma forma espontânea e sincera, sempre de acordo com aquilo que faz, sente ou pensa. Não existem respostas correctas ou incorrectas, o que nos interessa é a sua opinião. O questionário é anónimo e confidencial e o seu uso restrito ao presente trabalho. Desde já agradecemos a sua colaboração e disponibilidade.

**Muito Obrigada
Estela Almeida**

I PARTE

- 1 - Idade _____ anos
- 2 - Estado civil: solteira ___ casada/união de facto___ divorciada___ viúva___
- 3 - Nacionalidade portuguesa: sim___ não ___
- 4 - Com quem vive _____
- 5 - Escolaridade _____
- 6 - Profissão _____
- 7 - Situação profissional: emp. integral___ emp. tempo parcial ___ desempregada___ em formação_____
- 8 - Residência: aldeia _____ vila _____ cidade _____
- 9 - Família a residir na proximidade: sim___ não ___ quantos km_____

II PARTE – História da gravidez

- 10 - Número de gestações anteriores _____ Número de partos anteriores _____
- 11 - Gravidez planeada: sim ___ não ___ Vigilância da gravidez: sim ___ não ___ N° de Consultas _____ Local de vigilância _____
- 12 - Parto antes do termo___ de termo___
- 13 – Frequentou Curso de Preparação para a Parentalidade: sim ___ não ___
- 14 – Se sim, iniciou o curso com quantas semanas de gestação _____
- 15 - Quantas sessões do curso realizou _____

ESCALA DE APGAR FAMILIAR

Azevedo e Matos (1989)

Abaixo encontram-se algumas afirmações relacionadas com a família. Por favor, assinale a quadrícula correspondente, segundo a legenda seguinte.

Legenda:

QS – Quase sempre

AV – Algumas vezes

QN – Quase nunca

| Itens | QS | AV | QN |
|--|----|----|----|
| Está satisfeito com a ajuda que recebe da família, sempre que alguma coisa o preocupa | | | |
| Está satisfeito como a sua família discute assuntos | | | |
| Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o seu estilo de vida | | | |
| Está satisfeito com o modo que a sua família manifesta a sua afeição e reage aos seus sentimentos (ex. irritação, pesar, amor) | | | |
| Está satisfeito com o tempo que passa com a sua família | | | |

ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL (ESSS)

Pais Ribeiro (1999)

Abaixo encontram-se algumas afirmações relacionadas com o suporte social. Por favor, indica em que medida concorda ou discorda com cada uma delas, marcando a quadrícula correspondente, segundo a legenda seguinte.

Legenda:

CT – Concordo totalmente

CMP – Concordo na maior parte

NCND – Não concordo nem discordo

DMP – Discordo na maior parte

DT – Discordo totalmente

| Itens | CT | CMP | NCND | DMP | DT |
|---|----|-----|------|-----|----|
| Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria | | | | | |
| Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho | | | | | |
| Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos | | | | | |
| Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos | | | | | |
| Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho | | | | | |
| Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio | | | | | |
| Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer | | | | | |
| Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer | | | | | |
| Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família | | | | | |
| Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família | | | | | |
| Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família | | | | | |
| Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria | | | | | |
| Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam | | | | | |
| Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.) | | | | | |

ESCALA DE ANSIEDADE DE AUTO-AVALIAÇÃO DE ZUNG (EAAAZ)
Vaz Serra (1982)

Assinale a quadrícula correspondente, á descrição mais aproximada de como se sente actualmente, segundo a legenda seguinte.

Legenda:

NRV – Nenhuma ou raras vezes

AV – Algumas vezes

UBPT – Uma boa parte do tempo

MPTT – A maior parte ou a totalidade do tempo

| Itens | NR V | AV | UBPT | MPT T |
|--|---------|----|------|----------|
| 1 – Sinto-me mais nervoso e ansioso do que o costume | | | | |
| 2 – Sinto-me com medo sem nenhuma razão para isso | | | | |
| 3 – Sinto-me facilmente perturbado ou em pânico | | | | |
| 4 – Sinto-me como se estivesse para “rebentar” | | | | |
| 5 – Sinto que tudo corre bem e que nada de mal acontecerá | | | | |
| 6 – Sinto os braços e as pernas a tremer | | | | |
| 7 – Tenho dores de cabeça, pescoço e das costas que me incomodam | | | | |
| 8 – Sinto-me fraco e fico facilmente cansado | | | | |
| 9 – Sinto-me calmo e com facilidade me posso sentar e ficar sossegado | | | | |
| 10 – Sinto o meu coração a bater depressa de mais | | | | |
| 11 – Tenho crises de tonturas que me incomodam | | | | |
| 12 – Tenho crises de desmaio ou a sensação de que vou desmaiar | | | | |
| 13 – Posso inspirar e expirar com facilidade | | | | |
| 14 – Sinto os dedos das minhas mãos e dos meus pés adormecidos e com picadas | | | | |
| 15 – Costumo ter dores de estômago ou más disposições | | | | |
| 16 – Tenho de esvaziar a bexiga com frequência | | | | |
| 17 – As minhas mãos estão habitualmente secas e quentes | | | | |
| 18 – A minha face costuma ficar quente e corada | | | | |
| 19 – Adormeço facilmente e consigo obter um bom descanso durante a noite | | | | |
| 20 – Tenho pesadelos | | | | |

ESCALA DE EDIMBURGO PARA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Augusto, Kumar, Calheiros, Matos, & Figueiredo (1996)

Responda a cada questão, colocando uma cruz (X) na sua opção de resposta.

- 1 – Tenho sido capaz de rir e de ver o lado engraçado das coisas: Tanto quanto sempre fui ____ Agora, não tanto assim ____ Agora, definitivamente, não muito ____ De modo nenhum ____
- 2 – Tenho olhado para o futuro com optimismo: Tanto quanto sempre olhei ____ Menos do que costumava ____ Definitivamente, menos do que costumava ____ Não ____
- 3 – Culpei-me desnecessariamente quando as coisas correram mal: Sim, na maioria das vezes ____ Sim, algumas vezes ____ Não muito frequentemente ____ Não nunca ____
- 4 – Tenho-me sentido preocupada e ansiosa sem nenhuma razão para isso: Não, de modo nenhum ____ Quase nunca ____ Sim, às vezes ____ Sim, muito frequentemente ____
- 5 – Tenho-me sentido preocupada ou em pânico sem nenhuma boa razão: Sim, muitas vezes ____ Sim, às vezes ____ Não, não muito ____ Não, de modo nenhum ____
- 6 – As coisas têm “desabado em cima de mim”: Sim, não tenho conseguido lidar com a situação ____ Sim, não tenho lidado também com as coisas como era costume ____ Não, tenho lidado bastante bem com a situação ____ Não. Tenho lidado com as coisas como sempre lidei ____
- 7 – Tenho-me sentido tão infeliz que tenho dificuldade em dormir: Sim, a maioria das vezes ____ Sim, parte do tempo ____ Não muito frequentemente ____ Não, de modo nenhum ____
- 8 – Tenho-me sentido triste ou miserável: Sim, a maioria parte do tempo ____ Sim, parte do tempo ____ Não muito frequentemente ____ Não, de modo nenhum ____
- 9 – Tenho-me sentido tão infeliz que até tenho chorado: Sim, a maioria parte do tempo ____ Sim, muito frequentemente ____ Só ocasionalmente ____ Não, nunca ____
- 10 – Já me ocorreu o pensamento de fazer mal a mim mesma: Sim, muito frequentemente ____ Às vezes ____ Quase nunca ____ Nunca ____

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA VISITA DOMICILIÁRIA NO PÓS PARTO (EAVDPP)

Almeida e Nelas (2011)

As afirmações que se seguem, dizem respeito à visita domiciliária que lhe foi efetuada após o parto pela Enfermeira. Por favor, assinale a quadrícula correspondente, segundo a legenda.

Legenda:

SE – Sempre efetuado

PVE – Por vezes efetuado

NE – Nunca efetuado

| Itens | SE | PVE | NE |
|---|----|-----|----|
| Foi-me explicada a razão da visita domiciliária | | | |
| Fui informada dos meus direitos sociais | | | |
| Fui informada dos recursos disponíveis na comunidade | | | |
| Fui elucidada sobre os métodos contraceptivos que podem ser utilizados no pós-parto | | | |
| Foi-me explicado as alterações que ocorrem no puerpério | | | |
| Fiquei a saber as competências do meu bebé | | | |
| Fui informada sobre como evitar acidentes no domicílio | | | |
| Foi informada sobre o esquema vacinal do bebé | | | |
| Foi-me explicado o desenvolvimento infantil considerado normal | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| para a idade do bebé | | | |
| Os meus familiares foram informados sobre o tipo de ajuda que me poderiam dar | | | |
| As minhas dúvidas foram esclarecidas | | | |
| Foi-me feito ensino sobre os cuidados a ter com a minha alimentação | | | |
| Recebi orientações quanto ao início da actividade sexual | | | |
| Fui incentivada a manter a amamentação | | | |
| Recebi instruções sobre a técnica de amamentação | | | |
| Foi-me feito ensino sobre a técnica de esvaziamento mamário | | | |
| Foi-me feito ensino sobre cuidados vulvoperíneais | | | |
| Fui incentivada a expressar os meus sentimentos e dúvidas | | | |
| Foi-me prestado apoio no banho ao bebé | | | |
| Foi-me prestado apoio nos cuidados ao coto umbilical | | | |
| Fui esclarecida sobre o tratamento do eritema da fralda | | | |
| Recebi orientações sobre como lidar com o choro do bebé | | | |
| Fui esclarecida sobre a icterícia fisiológica do bebé | | | |
| Fui esclarecida sobre as características das dejeções do bebé | | | |
| Foi solicitada a presença de outros elementos da minha família durante a visita | | | |
| A data e o horário da visita foram de acordo com a minha disponibilidade | | | |
| A minha privacidade foi sempre respeitada | | | |
| A abordagem no domicílio foi feita de forma agradável | | | |
| A visita decorreu de acordo com as minhas expectativas | | | |
| A informação transmitida durante a visita foi adequada às minhas necessidades | | | |
| A visita contribuiu para o aumento dos meus conhecimentos | | | |
| A visita proporcionou-me o aumento de confiança nos cuidados com o bebé | | | |
| A visita domiciliária constituiu um óptimo meio de esclarecimento de dúvidas | | | |
| Após a visita senti-me mais confiante | | | |
| Penso que a visita deveria ser efectuada até á 1ª semana após o parto | | | |

ANEXO II

Quadros 4 e 5

Quadro 4 – Consistência Interna da escala de Apgar Familiar

| Nº item | Itens | Média | Dp | Correlação Item/total | α com item |
|--|--|-------|-------|-----------------------|-------------------|
| EAF_1 | Está satisfeito com a ajuda que recebe da família, sempre que alguma coisa o preocupa | 6,79 | 2,248 | 0,516 | 0,683 |
| EAF_2 | Está satisfeito como a sua família discute assuntos | 6,98 | 2,080 | 0,489 | 0,693 |
| EAF_3 | Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o seu estilo de vida | 6,85 | 2,208 | 0,472 | 0,698 |
| EAF_4 | Está satisfeito com o modo que a sua família manifesta a sua afeição e reage aos seus sentimentos (ex. irritação, pesar, amor) | 7,02 | 1,741 | 0,623 | 0,636 |
| EAF_5 | Está satisfeito com o tempo que passa com a sua família | 6,70 | 2,638 | 0,443 | 0,718 |
| Coefficiente alpha Cronbach total | | | | 0,735 | |

Quadro 5 – Correlações dos itens com o total da escala de Apgar Familiar

| Nº item | Itens | APGAR |
|---------|--|-------|
| EAF_1 | Está satisfeito com a ajuda que recebe da família, sempre que alguma coisa o preocupa | 0,696 |
| EAF_2 | Está satisfeito como a sua família discute assuntos | 0,711 |
| EAF_3 | Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o seu estilo de vida | 0,681 |
| EAF_4 | Está satisfeito com o modo que a sua família manifesta a sua afeição e reage aos seus sentimentos (ex. irritação, pesar, amor) | 0,816 |
| EAF_5 | Está satisfeito com o tempo que passa com a sua família | 0,581 |

ANEXO III

Quadros 6 e 7

Quadro 6 – Consistência Interna da escala de Satisfação com o Suporte Social

| Nº item | Itens | Média | Dp | Correlação Item/total | α com item |
|--|---------------------|--------------|-----------|------------------------------|-------------------|
| 1 | Satisfação | 34,78 | 28,056 | 0,407 | 0,292 |
| 2 | Intimidade | 41,22 | 28,286 | 0,498 | 0,210 |
| 3 | Satisfação Familiar | 41,33 | 40,775 | 0,235 | 0,468 |
| 4 | Actividades Sociais | 46,91 | 37,343 | 0,083 | 0,626 |
| Coefficiente alpha Cronbach total | | | | 0,492 | |

Quadro 7 – Correlações dos itens com o total da escala de Satisfação com o Suporte Social

| Nº item | Itens | ESSS |
|----------------|---------------------|-------------|
| 1 | Satisfação | 0,736 |
| 2 | Intimidade | 0,764 |
| 3 | Satisfação Familiar | 0,496 |
| 4 | Actividades Sociais | 0,524 |

ANEXO IV

Quadros 8 e 9

Quadro 8 – Consistência Interna da escala de Ansiedade de Auto-Avaliação de Zung

| Nº item | Itens | Média | Dp | Correlação Item/total | α com item |
|--|-------------------------------|--------------|-----------|------------------------------|-------------------|
| 1 | Cognitiva | 25,94 | 50,944 | 0,872 | 0,792 |
| 2 | Vegetativa | 20,37 | 47,683 | 0,873 | 0,804 |
| 3 | Motora | 27,97 | 74,361 | 0,897 | 0,814 |
| 4 | SNC (Sistema Nervoso Central) | 31,17 | 94,541 | 0,638 | 0,912 |
| Coefficiente alpha Cronbach total | | | | 0,877 | |

Quadro 9 – Correlações dos itens com o total da escala de Ansiedade de Auto-Avaliação de Zung

| Nº item | Itens | EAAAZ |
|----------------|-------------------------------|--------------|
| 1 | Cognitiva | 0,945 |
| 2 | Vegetativa | 0,949 |
| 3 | Motora | 0,934 |
| 4 | SNC (Sistema Nervoso Central) | 0,713 |

ANEXO V

Quadro 10

Quadro 10 – Consistência Interna da escala da Depressão Pós-Parto

| Nº item | Itens | Média | Dp | Correlação Item/total | α com item |
|--|---|--------------|-----------|------------------------------|-------------------|
| EEPDP_1 | Tenho sido capaz de rir e de ver o lado engraçado das coisas | 18,19 | 8,487 | -0,171 | 0,475 |
| EEPDP_2 | Tenho olhado para o futuro com optimismo | 18,06 | 8,100 | -0,021 | 0,469 |
| EEPDP_3 | Culpei-me desnecessariamente quando as coisas correram mal | 16,66 | 6,353 | 0,315 | 0,360 |
| EEPDP_4 | Tenho-me sentido preocupada e ansiosa sem nenhuma razão para isso | 16,97 | 9,734 | -0,400 | 0,646 |
| EEPDP_5 | Tenho-me sentido preocupada ou em pânico sem nenhuma boa razão | 16,28 | 6,502 | 0,250 | 0,388 |
| EEPDP_6 | As coisas têm “desabado em cima de mim” | 15,99 | 5,149 | 0,411 | 0,288 |
| EEPDP_7 | Tenho me sentido tão infeliz que tenho dificuldade em dormir | 15,45 | 7,467 | 0,317 | 0,398 |
| EEPDP_8 | Tenho me sentido triste ou miserável | 15,57 | 6,258 | 0,642 | 0,283 |
| EEPDP_9 | Tenho me sentido tão infeliz que até tenho chorado | 15,83 | 6,350 | 0,360 | 0,345 |
| EEPDP_10 | Já me ocorreu o pensamento de fazer mal a mim mesma | 15,43 | 6,890 | 0,386 | 0,361 |
| Coefficiente alpha Cronbach total | | 0,444 | | | |

ANEXO VI

Quadro 11

Quadro 11 – Correlações dos itens com o total da escala da depressão pós-parto

| Nº item | Itens | EDI |
|----------------|---|------------|
| EEPDP_1 | Tenho sido capaz de rir e de ver o lado engraçado das coisas | - 0,079 |
| EEPDP_2 | Tenho olhado para o futuro com optimismo | 0,153 |
| EEPDP_3 | Culpei-me desnecessariamente quando as coisas correram mal | 0,557 |
| EEPDP_4 | Tenho-me sentido preocupada e ansiosa sem nenhuma razão para isso | - 0,116 |
| EEPDP_5 | Tenho-me sentido preocupada ou em pânico sem nenhuma boa razão | 0,514 |
| EEPDP_6 | As coisas têm “desabado em cima de mim” | 0,695 |
| EEPDP_7 | Tenho me sentido tão infeliz que tenho dificuldade em dormir | 0,436 |
| EEPDP_8 | Tenho me sentido triste ou miserável | 0,746 |
| EEPDP_9 | Tenho me sentido tão infeliz que até tenho chorado | 0,577 |
| EEPDP_10 | Já me ocorreu o pensamento de fazer mal a mim mesma | 0,541 |

ANEXO VII

Fotocópias das autorizações para a aplicação do instrumento de recolha de dados na UCSP Resende, Lamego e de Santa Marinha do Zêzere e na USF Douro Vita

