

Almeida, Estela; Nelas, Paula & Duarte, João (2016).Visita Domiciliária no Pós-Parto.
Millenium, 50 (jan/jun). Pp. 267-281.

VISITA DOMICILIÁRIA NO PÓS-PARTO

POSTPARTUM HOME VISITS

ESTELA ALVES GONÇALINHO ALMEIDA ¹

PAULA NELAS ²

JOÃO DUARTE ²

¹ ACES Douro Sul – Unidade de Cuidados na Comunidade de Tarouca – Portugal.

(e-mail: estelaalves2@gmail.com)

² Docente da Escola Superior de Saúde

e investigador(a) do Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde (CI&DETS)

do Instituto Politécnico de Viseu – Portugal.

(e-mail: pnelas@gmail.com e duarte.johnny@gmail.com)

Resumo

A pertinência desta temática é justificada pela importância da saúde da família e do apoio à maternidade, pois “os objectivos dos cuidados de saúde para famílias em gestação são uma gravidez saudável, um recém-nascido saudável e pais preparados e confiantes nos seus novos papéis” (Rice, 2004: 412).

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, correlacional e transversal, tendo como objetivo determinar a existência de relação entre a avaliação da visita domiciliária e algumas variáveis (sociodemográficas e obstétricas). A amostra é constituída por 175 puérperas, com uma média de idade de 28,47anos, inscritas nas Unidade de Cuidados Saúde Personalizados (UCSP) de Resende, de Lamego e de Santa Marinha do Zêzere e na Unidade de Saúde Familiar (USF) Douro Vita. O instrumento de colheita de dados possibilita fazer uma caracterização sociodemográfica e obstétrica e inclui a Escala de Avaliação da Visita Domiciliária no Pós-Parto, a qual foi construída e validada neste estudo para o efeito. Este instrumento de colheita de dados foi aplicado na primeira visita domiciliária efetuada no pós-parto. Os resultados sugerem que as variáveis idade, escolaridade e número de gestações anteriores influenciam a avaliação da visita domiciliária no pós-parto. Assim, as puérperas mais

velhas, que possuem o ensino secundário, que tiveram três gestações anteriores, são as que atribuem melhor avaliação à visita domiciliária no pós-parto.

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 ao casal e família de expressarem as suas dificuldades e os seus sentimentos. Consideramos que a visita domiciliária à puérpera/recém-nascido e família constitui uma estratégia de suporte e ajuda, proporciona apoio e aconselhamento e contribui, deste modo, para uma melhor adaptação à parentalidade.

Palavras-chave: puerpério, visita domiciliária, avaliação, puérperas.

Abstract

The relevance of this topic is justified by the importance of family health care and maternity support as “the aims of families health care in pregnancy are not only a healthy pregnancy as well as a healthy newborn and confident and prepared parents in their new roles” (Rice, 2004: 412).

This is a quantitative, descriptive, co-relational and transversal study which aims to acknowledge the existence of a relationship between the home visit’s assessment and some variables (socio-demographic and obstetric). The sample comprised 175 postpartum women with an age average of 28.47 entered in a Health Unit of Custom Care - Unidade de Cuidados Saúde Personalizados (UCSP) from Resende, Lamego and Santa Marinha do Zêzere as also in a Family Health Unit - Unidade de Saúde Familiar (USF) - Douro Vita, Portugal. The data compilation enables us to do a socio-demographic and obstetric description which includes the Postpartum Home Visit’s, which was made and validated for this purpose. The data compilation instrument was applied in our first home visit in a postpartum period. The results suggest that the variables age, education and the number of previous pregnancies influence the postpartum home visits’ assessment. This way, the older mothers who attended the secondary education, who had three previous pregnancies are the ones that give a better assessment to the postpartum home visits’.

From the obtained results we conclude that the nursing intervention together with the postpartum woman and her family in her context contributes to a better adjustment of the nursing care and allows the couple and the family to express their difficulties and feelings. We believe that the home visit to the postpartum mother/newborn and family are a supporting and helping strategy which provides support and advice and thereby allows a better adjustment to parenthood.

Keywords: postpartum, home visits, assessment, postpartum women.

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 Branden (2000) define como o intervalo de seis semanas, o período pós-parto estende-se entre o nascimento do bebê e a normalização de todas as funções fisiológicas, ocorrendo mudanças a nível físico, psicológico 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.

Atualmente, atendendo à presente lógica de racionalização de custos, por um lado, e à 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 Direção Geral da Saúde (1999), cit. por Bacatum *et al.* (2008: 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 a 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. Face a esta problemática questionámo-nos: em que medida as variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, escolaridade, residência) interferem na visita domiciliária no pós-parto? E qual a relação entre as variáveis obstétricas (número de gestações, vigilância da gravidez, preparação para o parto) e a visita domiciliária no pós-parto? Assim, é nosso objetivo avaliar a visita domiciliária no pós-parto e analisar a influência de algumas variáveis na visita domiciliária no pós-parto.

Adaptação da mulher/casal ao puerpério

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 estabelecimento de novos laços afetivos. 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 et al., 2006: 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. Tendo em consideração que a puérpera é um 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 presentes 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.

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: 13). 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 & Damato, 1992, cit. por Soares, 2008: 17).

Ser mãe é naturalmente um acontecimento importante na vida da mulher, constituindo para a maioria um motivo gerador de insegurança, essencialmente pelo receio de não ser capaz de cumprir eficazmente o papel de mãe. Assim, a adaptação à parentalidade pode desencadear o surgimento de sentimentos de incerteza e incapacidade, devido às novas responsabilidades decorrentes do cuidar de uma criança, e que podem comprometer o normal processo de adaptação. Pensamos que quanto mais informada estiver a puérpera sobre o que vai acontecer no pós-parto menos medo sentirá e mais adaptada estará.

Visita domiciliária no puerpério

A visita domiciliária é “um conjunto de ações voltadas para o atendimento tanto educativo como assistencial”, (Mattos, 1995: 35) e, de acordo com Navalhas (1997), tem como objetivo detetar fatores que influenciem a saúde, desenvolvendo-se desta forma um trabalho aos três níveis de prevenção. Esta visita constitui um excelente meio de apoio à puérpera e família, possibilitando a intervenção em diferentes áreas, como sejam a educação, interação, orientação e autonomia, pois muitas vezes a puérpera não consegue passar da fase de dependência no autocuidado e nos cuidados ao recém-nascido, muitas vezes presente durante o período de internamento na maternidade, para a fase de independência, a qual deve estar presente quando da alta hospitalar. Contrariamente, no domicílio, “ela não encontra este apoio, sendo frequentes os sentimentos de solidão, desamparo e fadiga” (Sousa et al., 2006: 11). Por outro lado, 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.

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: 479). Segundo Santos (2004) a visita domiciliária permite não só avaliar o papel da puérpera na família, como a própria família e a adaptação desta ao novo elemento e ainda 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 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: 38).

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

Na opinião de Martinez (1994), a mãe depara-se com uma nova responsabilidade e necessita de apoio biopsicossocial no meio onde se desenvolve a sua vida quotidiana. 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, identificaram no seu estudo um conjunto de problemas psicossociais, físicos e do recém-nascido, experimentados pelas mães, que 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.

Material e métodos

O presente estudo, constituído por uma amostra de 175 participantes, é de natureza quantitativa, descritiva, correlacional e transversal. Tem como objetivo analisar a influência de variáveis sociodemográficas e obstétricas na avaliação da visita domiciliária no pós-parto. O instrumento de recolha de dados utilizado permite fazer a caracterização sociodemográfica e obstétrica da amostra, uma vez que estes aspetos permitem avaliar a uma possível relação com a importância atribuída no pós parto e inclui a Escala de Avaliação da Visita Domiciliária no Pós-parto, construída e validada neste estudo por desconhecermos a existência na literatura de uma escala que avaliasse a visita domiciliária no pós-parto. Trata-se de uma escala tipo Likert com 35 afirmações e três opções de resposta (sempre efetuado, por vezes efetuado e nunca efetuado). Do estudo de fiabilidade e validade resultaram quatro fatores, denominados de: 1- Ensino; 2 – Importância; 3 – Empatia e relação; 4 – Informação. Os coeficientes *alpha* de Cronbach para cada um dos itens variaram de 0,666 a 0,816, sendo que para a escala total foi obtido um *alpha* de Cronbach de 0,785.

O instrumento de recolha de dados foi aplicado a puérperas inscritas nas UCSP de Resende, Lamego, de Santa Marinha do Zêzere e USF Douro Vita de Lamego, na primeira visita domiciliária após o parto, ou seja cerca de 6 semanas após o parto. Os procedimentos éticos e legais foram assegurados.

Participantes

Como referido, participaram neste estudo 175 puérperas com idades compreendidas entre os 18 e os 38 anos (cf. quadro I). Relativamente ao estado civil, 92,60% das puérperas são casadas ou vivem em união de facto. A maioria (64,60%) vive com o marido e filhos. Quanto à escolaridade, apenas 14,90% possuem licenciatura. No que diz respeito à profissão, a maior percentagem (53,70%) não tem

emprego. A maioria das participantes (61,10%) residem na aldeia, com família a residir na proximidade (77,70%) e 32,60% a uma distância igual ou inferior a 1 km.

Quadro I – Caracterização sociodemográfica da amostra

Caracterização	Total	
	N	%
Idade		
≤23 anos	47	26,90
24-29 anos	41	23.40
30-32 anos	47	26.90
≥33 anos	40	22.90
Estado civil		
Solteira	13	07.40
Casada/União de facto	162	92.60
Coabitación		
Marido	38	21.70
Marido e filhos	113	64.60
Pais	24	13.70
Escolaridade		
1º Ciclo	05	02.90
2º Ciclo	45	25.70
3º Ciclo	57	32.60
Ensino secundário	42	24.00
Licenciatura	26	14.90
Profissão		
Técnicas e profissionais de nível intermédio	23	13.10
Trabalhadoras não qualificadas	58	33.10
Sem Emprego	94	53.70
Relação com o emprego		
Emprego a tempo integral	81	46.30
Desempregada	94	53.70
Residência		
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
Distância da família em Km		
≤1 km	57	32.60
2-5 kms	46	26.30
≥ 6 kms	29	16.60

Relação entre idade e a visita domiciliária no pós-parto

Pelos resultados obtidos e apresentados no quadro II observamos que as puérperas mais velhas apresentam valores médios mais elevados em todas as dimensões (ensino, importância, empatia e relação e ainda informação) e no global da escala. As puérperas do grupo dos 24 aos 29 anos são as que apresentam valores médios 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 II – Teste de Kruskal Wallis entre as dimensões da visita domiciliária e 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

As puérperas solteiras apresentam valores superiores em todas as dimensões e no global da escala (cf. quadro III). Contudo, quer para cada uma das dimensões, quer em termos de global da escala, não se verificam diferenças estatisticamente significativas, excetuando a dimensão informação ($p < 0,01$).

Quadro III – Teste U de Mann-Whitney entre as dimensões da visita domiciliária 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

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 do Ensino Básico são as que apresentam valores mais baixos em todas as dimensões e no global da escala. Com diferenças estatísticas altamente significativas em todas as dimensões e no global da escala ($p=0,000$), com exceção para a dimensão importância.

Quadro IV – Teste de Kruskal Wallis relacionando a visita domiciliária e suas dimensões com a escolaridade

Escolaridade	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo	Secund.	Licenciat.	X ²	p
	Ord. média	Ord. média	Ord. média	Ord. média	Ord. média		
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

Analisando o quadro V constatamos que as puérperas que residem na 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, com 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 ($p > 0,05$).

Quadro V – Teste de Kruskal Wallis entre a visita domiciliária e o local de 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

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

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

Pela análise do quadro VI, verificamos que as puérperas que já tiveram entre duas e três gestações atribuem melhor avaliação em todas as dimensões da visita domiciliária, com diferenças estatísticas significativas, exceto na dimensão informação.

Quadro VI – Teste de 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*

*p < 0,01 **p<0,01

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

As puérperas que realizaram o curso de preparação para a parentalidade apresentam valores mais elevados nas dimensões ensino e informação, mas valores mais baixos nas restantes dimensões. No entanto, apenas se verifica significado estatístico nas dimensões importância (p<0,001) e empatia e relação (p<0,05).

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

Preparação para a parentalidade	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

Discussão dos Resultados/Conclusões

O puerpério é um período de moldagem e adaptação aos novos papéis e a novas condições, físicas, psicológicas e familiares. A transição para a parentalidade, ainda que desejada e devidamente planeada, modifica as identidades, papéis e funções dos novos

pais e da 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. No entanto, os resultados do nosso estudo mostram que 37,70% das puérperas avaliam a visita domiciliária como boa e 45,70% como insuficiente, pelo que é necessário investir na prática da visita domiciliária à puérpera.

Participaram neste estudo 175 puérperas com idades compreendidas entre os 18 e os 38 anos. Verificámos que as puérperas com 33 ou mais anos representam 22,90% da amostra, um número significativo que segue a tendência nacional. Dados do Ministério da Saúde divulgados pelo INE, 2011 mostram que um quinto das mulheres que foram mães em 2009 tinham 35 anos ou mais.

É o grupo de puérperas mais velhas que melhor avaliação faz da visita domiciliária e o grupo etário dos 24 aos 29 anos é o que atribui uma avaliação inferior, o que está de acordo com a opinião de Bobak, Lowdermilk & Jensen (1999: 880) que referem que as necessidades em cuidados de saúde variam com a idade. Ainda neste contexto, Branden (2000: 76) refere que as mulheres maduras têm uma perda de potencial do apoio oferecido pelos companheiros, o que pode justificar os resultados encontrados.

Em relação ao estado civil, constatámos que as puérperas solteiras atribuem uma avaliação superior à visita domiciliária comparativamente às casadas, em todas as dimensões em análise e no global, o que poderá ser justificado pela afirmação de (Heck & Parker, 2002: 180) “ser mãe solteira exige recursos adaptativos intensos”. Também Branden (2000: 75) reforça esta ideia, ao referir que é fundamental na assistência de enfermagem no pós-parto, providenciar outros sistemas de apoio, por exemplo aconselhamento educacional.

No que diz respeito à escolaridade, 24,0% das puérperas tinha como escolaridade o ensino secundário e apenas 14,9% licenciatura. Em 2009, a percentagem de mulheres com ensino secundário e superior representava 17,4% da população ativa total (Rosa, 2010). O nível de escolaridade dos pais é um fator importante na adaptação à parentalidade. Os níveis mais elevados de escolaridade estão associados a uma adaptação mais desajustada e negativa quando comparados com níveis de escolaridade mais baixos (Soares, 2008). O presente estudo reforça esta ideia, pois constata-se que a escolaridade influencia a avaliação da visita domiciliária, indicando que são as puérperas que possuem apenas o 1º ciclo que apresentam valores mais baixos em todas as dimensões da visita domiciliária.

As puérperas que residem na aldeia e vila apresentam valores mais elevados na avaliação da visita domiciliária, apesar de apenas significativos na dimensão empatia e relação e na dimensão informação. Estes resultados vão ao encontro da perceção empírica,

decorrente da nossa experiência prática, que dá conta das diferenças de acessibilidade das zonas rurais à informação e à educação para a saúde. As conclusões de um estudo realizado por Couto (2002) apontaram igualmente para que a informação e a acessibilidade aos cuidados é superior na cidade.

No nosso estudo, 48,60% das puérperas foram mães pela primeira vez. Segundo o gabinete de estatísticas Eurostat (2009), Portugal registou a terceira menor taxa de natalidade entre os 27, ao atingir 9,4 nascimentos por cada 1000 habitantes. Os resultados do nosso estudo evidenciaram que existe relação entre o número de gestações anteriores e a avaliação da visita domiciliária. As puérperas que são mães pela primeira vez atribuem melhor avaliação à dimensão ensino. Estes resultados são convergentes com o estudo efetuado por Graça, (1999), cit. por Torre (2001), 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 & Jensen (1999), 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. Verificou-se que são as puérperas que não frequentaram o curso de preparação para a parentalidade que avaliaram de forma significativa a visita domiciliária, sobretudo nas suas dimensões importância e empatia e relação. Estes resultados podem indicar, tal como refere Couto (2002), que a informação transmitida à grávida durante a vigilância pré-natal pode ser insuficiente. Contudo, o mesmo autor afirma que uma mulher que fez preparação para o parto, inserida esta nos cursos de preparação para a parentalidade, tem uma atitude de maior tranquilidade e segurança.

Decorrente dos resultados encontrados, concluímos que a visita domiciliária no pós-parto constitui uma atividade de enfermagem com contributos importantes para melhorar os indicadores relacionados com a promoção da saúde e prevenção da doença, assim como se constitui um espaço de intervenção que favorece a adaptação à parentalidade. Neste contexto, os enfermeiros, ao proporcionarem 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, a visita domiciliária no pós-parto permite a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais da puérpera/recém-nascido/família, sobre os quais o enfermeiro especialista em saúde materna pode intervir ou referenciar 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 dos Enfermeiros, 2001: 11). As intervenções de enfermagem devem ter como alvo a unidade familiar, nomeadamente quando estas visam a aprendizagem e adoção de comportamentos favorecedores da 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.

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 reforma dos cuidados de saúde primários (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2010; Decreto-Lei n.º 88/2005; Resolução do Conselho de Ministros n.º 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.

Por entendemos que é fundamental, recomendamos que os enfermeiros incluam na sua prática assistencial uma visita domiciliária sistemática no pós-parto, em que avaliem não só as dificuldades da na adaptação ao seu novo papel, mas também a integração das alterações da puérpera/família a ele implícitas, uma vez que, por um lado, os cuidados domiciliários têm como objetivos promover, manter ou recuperar a saúde e que, por outro, o enfermeiro assume aqui a função educativa como sua principal função.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Alarcão, Madalena (2006). (Des) Equilíbrios familiares: uma visão sistémica. *Psicologia Clínica e Psiquiatria*. (3ª ed.). Coimbra: Editora Quarteto.

- Almeida, Estela & Araújo, Alice (2005). *Influência do acolhimento na ansiedade da parturiente/puérpera*. Dissertação de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Amorim, Sónia Patrícia (2010). *Tristeza pós-parto – importância do diagnóstico precoce*. Ponte de Lima: Universidade Fernando Pessoa. Disponível em <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1574/1/MONO_17381.pdf>.
- Aragão, E. et al. (2009). Suporte social e stress: uma revisão da literatura. *Psicologia em Foco, Vol. 2*. Aracaju.
- Arrais, A. R. (2005). *As configurações subjetivas da depressão pós-parto: para além da padronização patologizante*. Brasília: Universidade de Brasília.
- Azevedo, Maria (2007). *Cuidar da mãe e do filho, contributos dos cuidados de enfermagem, nos primeiros dias após o nascimento*. Disponível em <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7174/2/>>.
- Bacatum, Cláudia et al. (2008). A importância da visita domiciliária no período pós-parto. *Enfermagem, n.º 51*, 46-51. Lisboa.
- Basto, Marta (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina: Proposta de um percurso. *Pensar Enfermagem, Vol. 13, N.º 2*, 11-18. Lisboa.
- Bobak, Irene M., Lowdermilk, Deitra L. & Jensen, Margaret D. (1999). *Enfermagem na maternidade*. (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- Branden, Pennie S. (2000). *Enfermagem materno-infantil*. (2ª ed.). Rio de Janeiro: Reichmann & Afonso.
- Burd, M. & Mello, J. (2007). *Doença família*. (2ª ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Coutinho, Maria & Saraiva, Evelyn (2008). *Depressão pós-parto: considerações teóricas*. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-42812008000300014&script=sci_arttext>.
- Couto, Germano (2002). *Preparação para o parto: Representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural*. Disponível em <<http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9730>>.
- Cruz, E., Simões, G. & Cury, A. (2005). Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo programa de saúde da família. *Ginecologia e Obstetrícia, Vol. 27, n.º 4*, 1-20.
- Decreto-Lei n.º 88/2005, de 3 de Junho. *Diário da República, I série-A, N.º 107*, de 3 de Junho de 2005.
- Duarte, João Carvalho (2008). *Privação do sono, rendimento escolar e equilíbrio psicoafectivo na adolescência*. Disponível em <<http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/19371>>.
- Eurostat (2009). *European demography. EU27 population 501 million at 1 January 2010*. Disponível em <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_PUBLIC/3-27072010-AP/EN/3-27072010-AP-EN.PDF>.
- Faustino, Maria (2005). Cuidar na gravidez, parto e puerpério. Que visibilidade? *Servir, n.º 53*: 185-189. Lisboa.
- Figueiredo, B. (2001). *Perturbações psicopatológicas do puerpério*. In M. Canavarro, *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto, 161-170.
- Fortin, Maria Fabienne (2000). *O processo de investigação: da concepção à realização*. (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Heck, K & Parker, J. (2002). Family structure, socioeconomic status, and access to health care for children. *Health Services Research, 37(1)*, 173-186.
- Hesbeen, Walter (2001). *Qualidade em Enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Eurostat: Situação demográfica europeia (2009)*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.oi.acdi.gov.pt/modules.php?name=News&file=article&sid=2590>>. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em <<http://193.136.116.41/saboga/saude%20um%20compromisso/saude%20um%20compromisso%20pag%20001-007%20.pdf>>.
- Lowdermilk, Deitra Leonard & Perry, Shannon E. (2006). *Enfermagem na maternidade*. (7ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Lowdermilk, Deitra Leonard; Perry, Shannon E. & Bobak, Irene M. (2002). *O cuidado em enfermagem materna*. (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed. IX.
- Martinez, Maria Esperanza (1994). Visita a domicilio a la mujer puérpera. In I. MARTÍN, *Atención Domiciliaria - Diagnósticos de Enfermería*. Madrid: Interamericana McGraw- Hill, 159-229.
- Mattos, Thalita M. (1995). Visita Domiciliária. In: *Enfermagem Comunitária*. São Paulo: Editora Pedagógica.

- Ministério da Saúde (1999). *Saúde: um compromisso. A estratégia de saúde para o virar do século 1998-2002*. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://193.136.116.41/saboga/saude%20um%20compromisso/saude%20um%20compromisso%20pag%20001-007%20.pdf>>.
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2010). *Linhas de Ação prioritária para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Disponível em: <<http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Linhas%20de%20Accao%20Prioritaria.pdf>>.
- Moreira, P. & Melo, A. (2005). *Saúde mental: do tratamento à prevenção*. Porto: Porto Editora.
- Navalhas, José Cassiano (1997). Projecto de intervenção no âmbito da visita domiciliária no contexto do cuidar em enfermagem. *Enfermagem*, 2ª série, n.º 7: 6-14. Lisboa.
- Nelas, Paula; Ferreira, Manuela; Duarte, João (2008). Motivação para a amamentação: construção de um instrumento de medida. *Revista de Enfermagem Referência, Série II, nº 6*, 39-56. Coimbra. Disponível em: <<http://www.index-f.com/referencia/2008pdf/063956.pdf>>.
- Ordem dos Enfermeiros. Conselho de Enfermagem (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem*. Lisboa: OE. Disponível em <<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>>.
- *Perspetivar a investigação em saúde: Actas* (2007). III Encontro de Investigação “Perspetivar a Investigação em Saúde” e 1ª Jornadas de Saúde Materno-Infantil “Olhares sobre a prática”. Vila Real: ESEVR. ISBN 978-972-97739-4-5.
- Pessoa, Krishna (2007). *A importância do vínculo materno na recuperação do recém-nascido prematuro*. Disponível em <www.cphd.com.br/trabalhos/cphd_922008103606.doc>.
- *Plano Nacional de Saúde (2011-2016)*. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4DDFFD8C-EB94-4CAE-BCE4D95DE95EA944/0/PNS_Vol1_Estrategias_saude>.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 12 de Outubro de 2005. *Diário da República, I Série B, n.º 196*. Disponível em <<http://dre.pt/pdf1s/2005/10/196B00/59815982>>.
- Rice, Robyn (2004). *Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários: conceitos e aplicação*. (3ª ed.). Loures: Lusociência.
- Rodrigues, Vera (2008). *Satisfação com o suporte social em indivíduos com perturbação psiquiátrica: estudo exploratório* [Em linha]. Disponível em <<https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1004/3/10593>>.
- Rosa, Eugénio (2010). *Discriminação da mulher em Portugal* [Em linha]. Disponível em <<http://www.eugeniorosa.com/Sites/eugeniorosa.com/Documentos/2009/11-2010-Discriminacao-Mulher-em-Portugal.pdf>>.
- Santos, António Cristóvão Ferreira (2000). *Influência do acolhimento na diminuição da ansiedade nos doentes coronários*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Santos, N. (2004). *Assistência de enfermagem materno-infantil*. São Paulo. Érica.
- Soares, Hélia (2008). *O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: intervenção de enfermagem*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Sousa, E. et al. (2006). Depressão pós-parto numa perspectiva preventiva. *Nursing*. (Outubro 2006), 10-14.
- Sousa, Valéria (2008). *A depressão no ciclo gravídico-puerperal de mulheres atendidas em um ambulatório de hospital geral*. Disponível em <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-09122008-154716/pt-br.php>>.
- Torre, Maria Augusta (2001). *Cuidados de enfermagem à puérpera numa perspectiva antropológica*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universitária.
- Warren, L. (2005). First-time mothers: social support and confidence in infant care. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5): 479-488.

Recebido: 15 de abril de 2013.

Aceite: 25 de novembro de 2013.