



## **Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**

Saúde da mulher: boas práticas e autonomia após a alta clínica

Aluna: Lic. Maria de Lurdes Loureiro Pereira

Orientadora: Professora Doutora Teresa Isaltina Gomes Correia

Bragança, 31 de outubro de 2013





## **Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**

Saúde da mulher: boas práticas e autonomia após a alta clínica

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia do Consórcio IPB/IPVC/UTAD, ao abrigo do Despacho n.º 345/2012 do Diário da República, 2.ª série — N.º 8 — 11 de janeiro de 2012

Aluna: Lic. Maria de Lurdes Loureiro Pereira

Orientadora: Professora Doutora Teresa Isaltina Gomes Correia

Bragança, 31 de outubro de 2013



Pereira MLL. Saúde da mulher: boas práticas e autonomia após a alta clínica.  
Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Bragança:  
Instituto Politécnico de Bragança; 2013.

**Descritores:** Autonomia Pessoal; Cuidados de Enfermagem; Hospitalização; Puerpério;  
Satisfação dos consumidores.



**As seguintes partes da presente dissertação foram publicadas (Poster):**

Pereira MLL, Correia TIG. As boas práticas do enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica transmitida à puérpera. XVI Encontro Nacional APEO. 2013, maio 9-10; Aveiro, Portugal.

Pereira MLL, Correia TIG. O que pensam as utentes dos cuidados prestados pelos enfermeiros. XVI Encontro Nacional APEO. 2013, maio 9-10; Aveiro, Portugal.

**As seguintes partes da presente dissertação foram publicadas (Comunicação):**

Pereira MLL, Correia TIG. Satisfação das puérperas com os cuidados de enfermagem. In Atas do Encontro I Encontro de Jovens Investigadores; 2013, nov 15-16; Bragança, Portugal.

Pereira MLL, Correia TIG. Experiência das puérperas com os cuidados prestados pelos Enfermeiros. In E-Book das VI Jornadas de Obstetrícia – Por uma vida melhor; 2013, nov 28-29; Vila Nova de Famalicão, Portugal.

**As seguintes partes da presente dissertação foram publicadas (Artigo):**

Pereira MLL, Correia TIG. Os cuidados de Enfermagem e a satisfação dos consumidores no puerpério. Rev. Eletr. Enf. 2013.

Pereira MLL, Correia TIG. Experiência das puérperas com os cuidados prestados pelos Enfermeiros. In: E-Book das VI Jornadas de Obstetrícia – Por uma vida melhor; Vila Nova de Famalicão, Portugal; 2013.



## **Agradecimentos**

A todos os que tornaram possível  
a elaboração deste trabalho.



## **ÍNDICE**

ÍNDICE DE TABELAS.....	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xiii
RESUMO.....	xv
ABSTRACT.....	xvii
<b>1.INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
1.1.Saúde da Mulher .....	1
1.2.Cuidar em Enfermagem .....	5
1.2.1.Cuidados de Enfermagem .....	5
1.2.2.Boas práticas de Enfermagem.....	7
1.2.3.Satisfação com os cuidados de Enfermagem .....	9
1.3.Puerpério .....	13
1.3.1.Autocuidado da puérpera .....	16
1.3.2.Amamentação .....	19
1.3.3.Cuidados ao recém-nascido .....	26
<b>2.OBJETIVOS .....</b>	<b>33</b>
2.1.Objetivo geral.....	33
2.2.Objetivos específicos .....	33
<b>3.METODOLOGIA.....</b>	<b>35</b>
3.1.Problema .....	35
3.2.Hipótese geral .....	35
3.3.Hipóteses específicas .....	35
3.4.Tipo de estudo.....	35
3.5.População/amostra .....	35
3.5.1.Caraterização sociodemográfica .....	36
3.6.Variáveis .....	38
3.6.1.Variável dependente.....	38

3.6.2.Variáveis independentes .....	38
3.7.Instrumento de colheita de dados.....	40
3.8.Recolha de dados .....	40
3.9.Procedimentos estatísticos .....	41
3.10.Considerações éticas .....	42
<b>4.RESULTADOS .....</b>	<b>45</b>
4.1.Análise descritiva.....	45
4.1.1.Caraterização obstétrica .....	45
4.1.2.Opinião sobre os cuidados recebidos.....	46
4.1.3.Informação disponibilizada pelo Enfermeiro.....	51
4.2.Análise inferencial .....	54
<b>5.DISSCUSSÃO .....</b>	<b>65</b>
5.1.Discussão da metodologia.....	65
5.2.Discussão dos resultados.....	65
5.2.1.Dados sociodemográficos e obstétricos .....	65
5.2.2.Opinião sobre os cuidados recebidos.....	67
5.2.3.Informação disponibilizada pelo Enfermeiro.....	71
<b>6.CONCLUSÕES.....</b>	<b>75</b>
<b>7.BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>79</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>87</b>
AnexoI – Consentimento informado e inquérito.....	88
AnexoII – Pedido para apreciação de questionário pela Comissão de Ética .	93
AnexoIII – Parecer da Comissão de Ética .....	95
AnexoIV – Pedido ao Conselho de Administração para aplicação de questionário e autorização .....	96

## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1 - Caraterização sociodemográfica.....	37
Tabela 2 - Caraterização dos dados obstétricos.....	45
Tabela 3 - Caraterização dos cuidados de Enfermagem.....	47
Tabela 4 - Caraterização dos cuidados no banho do recém-nascido.....	51
Tabela 5 - Caraterização dos cuidados de amamentação.....	52
Tabela 6 - Caraterização dos cuidados no autocuidado após o parto.....	53
Tabela 7 - Satisfação global em função das variáveis sociais, demográficas e obstétricas .....	54
Tabela 8 - Coeficientes de correlação de Spearman entre satisfação global e aspetos avaliados pelas puérperas.....	56
Tabela 9 - Satisfação global em função da opinião das puérperas relativamente às funções dos enfermeiros e sobre o internamento e resultados do teste de Fisher.....	57
Tabela 10 - Forma como os enfermeiros comunicaram em função da opinião das puérperas relativamente à informação disponibilizada e resultados do teste de Fisher.....	58
Tabela 11 - Satisfação com a informação disponibilizada sobre a execução da técnica do banho e os tópicos a abordar e resultados do teste de Fisher.....	60
Tabela 12 - Satisfação com a informação disponibilizada sobre a execução da técnica da amamentação e os tópicos a abordar e resultados do teste de Fisher.....	61
Tabela 13 - Satisfação com a informação disponibilizada sobre a execução do autocuidado após o parto e os tópicos a abordar e resultados do teste de Fisher.....	63



## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 - Caraterização da satisfação com os cuidados recebidos .....	46
Gráfico 2 - Caraterização das funções que melhor caraterizam os cuidados de enfermagem .....	48
Gráfico 3 - Caraterização das competências exigidas aos enfermeiros pelas funções mais valorizadas .....	49
Gráfico 4 - Caraterização da importância do trabalho dos enfermeiros .....	50
Gráfico 5 - Caraterização da opinião das mulheres relativamente ao internamento .....	50



## RESUMO

**Introdução:** Aplicar boas práticas de Enfermagem no puerpério é importante sendo fundamental avaliar a qualidade de assistência e preparação para os desafios após a alta clínica.

**Objetivo:** Identificar a satisfação das utentes puérperas face às práticas desenvolvidas pelos Enfermeiros especialistas de saúde materna e obstétrica (EESMO) no serviço de Obstetrícia da Unidade local de saúde nordeste (ULSNE) Bragança.

**Metodologia:** Estudo epidemiológico observacional transversal realizado com uma amostra de 120 puérperas internadas entre o mês de fevereiro e o mês de abril de 2013. Definimos como critérios de inclusão, internamento por parto independentemente do tipo e período de internamento hospitalar não inferior a três dias. Consideramos boas práticas os cuidados relativos à técnica do banho ao recém-nascido, da amamentação e do autocuidado.

A colheita de dados foi realizada, por questionário no período de fevereiro a abril de 2013 no serviço, sendo selecionado o terceiro dia de permanência das puérperas para a colheita, a aplicar em qualquer dia da semana entre as 10:00 e as 20:00h. Para a análise dos dados utilizou-se o *software* IBM SPSS 20. Foi obtido parecer favorável da Comissão de Ética.

**Resultados:** As puérperas apresentam-se muito satisfeitas quanto aos cuidados recebidos pelos Enfermeiros (50%), referindo como excelentes: cuidados e atenção, resposta às chamadas, atenção prestada e informação recebida. Relativamente à técnica do banho ao recém-nascido, 97% da amostra afirma que a técnica foi explicada e 99% está satisfeita com a informação disponibilizada; quanto à técnica da amamentação, 96% afirma que a técnica foi explicada e 94% está satisfeita com a informação; quanto ao autocuidado após o parto, 86% afirma que recebeu explicações sobre a técnica e 89% revela que está satisfeita com a informação disponibilizada. Verifica-se associação estatisticamente significativa entre a satisfação global das puérperas e a importância do trabalho dos Enfermeiros para o bom funcionamento da unidade de internamento ( $p=0,001$ ); e entre a satisfação com a informação disponibilizada sobre a amamentação e o autocuidado e a explicação de cada tópico a abordar em cada uma das técnicas ( $p < 0,000$ ).

**Conclusão:** As puérperas encontram-se satisfeitas relativamente às práticas desenvolvidas pelo EESMO e sentem-se confiantes na sua execução após a alta clínica.

**Descritores:** Autonomia Pessoal; Cuidados de Enfermagem; Hospitalização; Puerpério; Satisfação dos consumidores.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** The application of best nursing practices at the puerperal period is crucial being of paramount importance to assess the satisfaction with the assistance quality and the preparation for the challenges after discharge.

**Objectives:** Identificate the puerperal women's satisfaction regarding the practices developed by the Nurses specialized in maternal obstetric health at the Obstetric service of ULSNE in Bragança.

**Methods:** Epidemiological transversal study made with a sample of 120 puerperal women hospitalized from February to April of 2013. The inclusion criteria include puerperal women with hospitalization for delivery of any type and hospitalization not inferior of 3 days. The care related to techniques of newborn bath, breastfeeding and selfcare were considered best practices. The data was collected through an inquiry from February to April of 2013 at the service, at the third day of puerperal women hospitalization, at any week's day between 10 a.m. and 8 p.m.. The "IBM SPSS statistics 20" software was used for the analysis of the data. It was achieved the favorable permission by the Ethics Comission.

**Results:** The puerperal women are very satisfied about the nursing care (50%), considering as excellent: care and attention, answer to calls, attention that was given and information received. Concerning the newborn bath technique, 97% of data sample say that the technique was exposed and clarified and 99% are satisfied with the information available; relatively to breastfeeding technique, 96% indicate that the procedure was explained and 94% are satisfied; about women selfcare after delivery, 86% say that the technique was explained and 89% are satisfied with the available information.

It's encountered a statistically significant association between the puerperal global satisfaction and the work's importance of Nurses for the good functioning at the hospital unit ( $p=0.001$ ); and between the satisfaction with the available information about the breastfeeding and selfcare and the topics explanation of each one of the techniques ( $p < 0.000$ ).

**Conclusions:** The puerperal women reveal satisfaction with the available information given by the Nurse about the practices that were developed and feel confident in making the same ones after the clinical discharge.

**Keywords:** Personal Autonomy; Consumer Satisfaction; Hospitalization; Postpartum Period; Nursing Care.

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. Saúde da Mulher

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de afeções e enfermidades, sendo um direito fundamental da pessoa humana<sup>(1)</sup>. Assim, este conceito abrange várias dimensões de saúde; a partir dele foi definido o conceito de saúde da mulher, que na década de 80 evoluiu mundialmente para o conceito de saúde reprodutiva, sendo adotado pela OMS em 1988<sup>(1, 2)</sup>. Os conceitos surgiram a partir dos princípios iluministas do século XVIII perdurando até à Conferência do Cairo em 1994<sup>(3)</sup>. Este percurso não foi linear: o indivíduo foi sendo considerado tanto como objeto de políticas coercivas, como sujeito de direitos e de políticas cooperativas. Foi durante as primeiras conferências internacionais de População e Desenvolvimento organizadas pela Organização das Nações Unidas (ONU) que se alcançou a definição dos conceitos de direitos de saúde sexual e reprodutiva, nomeadamente na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) realizada no Cairo em 1994<sup>(3, 4)</sup>. Estas conferências ocorreram num ambiente de alto crescimento demográfico, sob influência do pensamento neomalthusiano (que aceita e receita os métodos contraceptivos como forma de limitação da fecundidade), sob conjunturas internacionais distintas e sob a influência de múltiplos atores sociais<sup>(3)</sup>.

A definição de saúde sexual e reprodutiva assenta, também ela, num estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência da doença ou enfermidade, em todas as questões relacionados com o sistema reprodutivo.<sup>(4)</sup> Também se estabeleceram acordos internacionais, proporcionando mudanças essenciais das políticas populacionais, premissas dos direitos humanos, bem-estar social, igualdade do género e do planeamento familiar para as questões da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos<sup>(1-4)</sup>.

Sobre Saúde Sexual a *Internacional Planned Parenthood Federation* (IPPF) partilha da definição da ONU ao reforçar que a saúde sexual pressupõe uma abordagem positiva à sexualidade humana, não se restringindo apenas à prevenção das infeções sexualmente transmissíveis.<sup>(1)</sup>

Assim, a Saúde Reprodutiva implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura, podendo decidir se, quando e com que frequência querem ter filhos. Esta última condição pressupõe o direito de cada indivíduo a ser informado e a ter acesso a métodos de planeamento familiar, da sua escolha, que sejam seguros, eficazes e aceitáveis, e ainda, ter serviços de saúde adequados, que permitam às mulheres ter uma gravidez e um parto em segurança e ofereçam aos casais as melhores oportunidades de ter crianças saudáveis<sup>(2)</sup>.

Os direitos reprodutivos e sexuais fazem parte do conjunto mais amplo dos direitos humanos, que, desde a Declaração Geral da ONU, 1948, são considerados universais, indivisíveis e interdependentes e inter-relacionados<sup>(3)</sup>. De realçar que os direitos reprodutivos e sexuais estão ligados quer aos direitos civis e políticos (que incluem a liberdade individual e a liberdade de expressão) quer aos direitos económicos sociais e culturais (respeitantes a um ambiente favorável ao exercício da autonomia sexual e reprodutiva). Estes direitos representam uma garantia do valor da dignidade inerente ao indivíduo, excluindo qualquer discriminação que baseada na raça, etnia, nacionalidade, religião, género, geração, orientação sexual ou outros critérios<sup>(3)</sup>. Os direitos reprodutivos são portanto essenciais para que as pessoas exerçam os seus direitos de autonomia e tenham acesso à saúde. Isso inclui o direito aos serviços de boa qualidade com privacidade, ampla informação, livre escolha, confidencialidade e respeito, implicando que a pessoa possa ter uma vida sexual satisfatória e segura<sup>(2)</sup>.

O programa de ação da CIPD relativamente à saúde reprodutiva estabelece como uma das metas quantitativas que todos os países devem esforçar-se para que, até ao ano de 2015, a saúde reprodutiva esteja ao alcance de todas as pessoas de idades apropriadas, através de um sistema de cuidados de saúde primários<sup>(3)</sup>.

Os cuidados a prestar em saúde reprodutiva constituem por isso, um conjunto diversificado de serviços, procedimentos e métodos que contribuem para o acesso a métodos de planeamento familiar para mulheres e homens ao longo do seu ciclo de vida. Na medida em que a gestação ocorre no corpo da mulher, esta tem repercussões em termos da sua saúde, realização profissional e liberdade, os direitos têm um significado especial na sua vida<sup>(1, 2)</sup>.

A saúde da mulher engloba também a sua função reprodutiva, sobretudo na gravidez e no parto, por isso é importante não deixar nenhuma mulher padecer da morbilidade e mortalidade condicionadas pela falta de acesso ao planeamento familiar ou aos cuidados com a gravidez e o parto<sup>(1)</sup>. Estimativas da Organização das Nações

Unidas (ONU) revelam que menos mulheres estão a morrer por causas relacionadas com a gravidez, contudo, é necessário implementar mais medidas para atingir os objetivos estabelecidos, centrados na redução da taxa da mortalidade materna em 75% entre 1990 e 2015<sup>(1, 5)</sup>.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) / Direção Geral de Saúde (DGS) e *PORDATA*, a taxa de mortalidade materna em Portugal no ano de 1960 situava-se nos 115,5‰, tendo descido abruptamente até ao ano de 1990 para a taxa de 10,3‰; do ano de 2000 até ao ano de 2011 a taxa de mortalidade materna apresentou uma variação muito instável entre 8,2 casos por 10.000 mulheres a 2,5 casos por 10.000 mulheres, sendo que no ano de 2011 a taxa situava-se nos 5,2 casos por 10.000 mulheres<sup>(6, 7)</sup>.

Apesar de tudo, e independentemente do país, cultura, religião ou sociedade em que estão inseridas, as mulheres enfrentam desafios semelhantes, é neste contexto que surge o desafio de melhorar as condições de vida das mulheres e de educa-las para a saúde, visando prevenir e gerir alguns fatores de risco, como por exemplo a diferença entre géneros, as barreiras sociais, económicas e culturais específicas que dificultam o acesso à prestação ideal de cuidados de saúde<sup>(5)</sup>.

Com efeito, a saúde da população portuguesa tem melhorado de forma consistente nas últimas décadas, como resultado de um contexto demográfico socioeconómico e do próprio sistema de saúde. A evolução positiva da saúde materna e infantil em Portugal tem sido até referida como exemplo: a OMS considera Portugal um dos países mais bem-sucedidos na redução consistente das mortalidades, em especial a materna, a perinatal e a infantil (dos 1 aos 4 anos)<sup>(8, 9)</sup>. A diminuição destes indicadores deve-se ao crescimento do PIB (Produto Interno Bruto) *percapita*, o desenvolvimento da rede de saúde de cuidados de saúde primários e hospitalares, à implementação do Sistema Nacional de Saúde (SNS) e de um Programa de Saúde Materno-Infantil, à criação de uma rede de referência e articulação entre os diferentes níveis de cuidados, à acessibilidade ao planeamento familiar com contraceção gratuita, ao estabelecimento de orientações técnicas para a vigilância pré-natal e do puerpério, à fiscalização das condições sanitárias, ao aumento do número de partos assistidos por profissionais especializados e à diminuição das complicações por aborto<sup>(8, 9)</sup>.

Neste contexto de melhoria das condições de saúde da população portuguesa, verificaram-se também alterações na educação e na atividade laboral das mulheres, estando neste momento quarenta e sete vírgula três por cento da população feminina

empregada e representando mais de metade dos estudantes do ensino superior<sup>(6)</sup>. Todos têm direito à educação à luz da legislação<sup>(10, 11)</sup> e ao trabalho/profissão<sup>(11, 12)</sup> classificadas na Classificação Portuguesa das Profissões (CPP)<sup>(13)</sup> distribuídas por dez grupos.

Tendo em conta o panorama mundial a OMS considera como ações prioritárias relativamente à saúde da mulher: o aumento do número de partos assistidos por pessoal capacitado, a procura em garantir cuidados pré-natais, assim como de parto e pós-parto, acessíveis e disponíveis para todas as grávidas<sup>(5, 14)</sup>.

Os anos férteis ou reprodutivos na mulher situam-se entre os 15 e os 49 anos de idade<sup>(1)</sup>, embora durante o período da adolescência as complicações da gravidez e do parto, representem a principal causa de óbito entre mulheres jovens, com idade entre os 15 e os 19 anos, nos países em desenvolvimento<sup>(1)</sup>.

De realçar também que a fase entre a puberdade e a menopausa é, para muitas mulheres, uma etapa com múltiplas oportunidades de realização e desenvolvimento pessoal, o que leva a que a maternidade seja consecutivamente adiada, acarretando um risco de saúde aumentado relacionado com a gravidez e parto<sup>(1, 6, 15)</sup>.

A gravidez é o período de crescimento e desenvolvimento do embrião dentro da mulher. Esta começa quando o espermatozóide do homem fecunda o óvulo com a subsequente implantação do ovo formado na parede do útero e termina no momento do nascimento. Uma gravidez normal dura cerca de 39 semanas de gestação, ou 280 dias, contados a partir do início do último período menstrual. O número de gestações ou gesta representa o número de vezes que a mulher ficou grávida<sup>(16)</sup>.

O trabalho de parto e o nascimento representam assim o término da gravidez e o início da vida extra-uterina para o recém-nascido<sup>(16)</sup>. A paridade representa o número de gestações em que o feto atingiu a viabilidade<sup>(16)</sup>. Por sua vez considera-se viabilidade a capacidade para a criança viver fora do útero (22 semanas de amenorreia ou criança com peso superior a 500g)<sup>(16)</sup>.

Pelo que foi já mencionado, toda a mulher deve vigiar a sua gravidez. É uma ocasião privilegiada e momento único, sendo importante a avaliação do seu estado de saúde. Considera-se que uma mulher vigiou a sua gravidez quando efetuou consultas de vigilância no decurso da mesma, assim como exames laboratoriais, exames ecográficos e rastreios segundo as normas e necessidades de cada grávida. Estes procedimentos e consultas devem ser efectuadas no 1º, 2º e 3º trimestre de gravidez e têm como objetivo

rastrear, prevenir ou tratar situações possíveis de colocar em risco a saúde materna e/ou fetal ou perinatal<sup>(17, 18)</sup>.

Durante a vigilância da gravidez, a educação da grávida é um direito e uma necessidade, contribuindo para diminuir a insegurança, ansiedade e medo tão característico desta fase da vida do casal e família, tomando decisões em consciência. A preparação para o parto consiste essencialmente num método de educação física e psíquica através de informação sobre o processo gravídico, trabalho de parto, puerpério e os cuidados ao recém-nascido<sup>(19)</sup>.

A mulher é considerada o sujeito de todas as ações relacionadas à sua saúde, sendo possível compartilhar as suas decisões com os profissionais de saúde, o Enfermeiro<sup>(20)</sup>.

Por tudo isto, é um dever de todos os profissionais de saúde desempenhar um papel primordial no contributo para uma prestação de cuidados direcionada e atenta às especificidades da gravidez e do parto, já que esta abordagem focada nas especificidades da saúde reprodutiva da mulher se traduzirá em ganhos nos anos futuros e nas próximas gerações<sup>(1, 14)</sup>. Daí a importância de nos debruçarmos sobre o cuidar em Enfermagem.

## **1.2. Cuidar em Enfermagem**

### **1.2.1. Cuidados de Enfermagem**

Desde a ancestralidade que o cuidar prevalece, pois desde que há vida são necessários cuidados no sentido de preservar a nossa própria existência<sup>(21, 22)</sup>. Assim, cuidar é intrínseco à natureza humana, é manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis, mas que são diversificadas na sua manifestação. Velar, cuidar e tomar conta, representam um conjunto de atos que têm por finalidade manter a vida dos seres vivos com o objetivo de permitir reproduzirem-se e perpetuar a vida do grupo<sup>(22)</sup>.

O cuidado existe a partir do momento em que a existência de algo ou alguém possua importância para o outro: o cuidado chega com a gestação, acentua-se com o nascimento e persiste até à morte, permeando todas as etapas da vida dos seres humanos<sup>(23)</sup>.

Assim, os cuidados de enfermagem revelam-se como um conjunto de ações e procedimentos que transcendem ao tempo de ação<sup>(24)</sup>.

Cuidar é a essência da Enfermagem, podendo até afirmar-se que a Enfermagem nasceu do cuidar, organizou-se para cuidar e profissionalizou-se através do cuidar<sup>(21)</sup>. É nesta linha de pensamento, que a Enfermagem tem vindo a sustentar a sua prática, com vista a uma abordagem holística, subjetiva, interativa, humanista e orientada para a experiência única de cada indivíduo<sup>(25)</sup>.

Desta forma, cuidar em Enfermagem pressupõe um cuidar profissional, baseado na ciência de Enfermagem. É mais orientado para o que é feito com ou em nome da pessoa, e menos para o que é feito à mesma ou para ela, isto porque cada pessoa é um ser único, com as suas histórias e experiências de vida<sup>(25)</sup>. O cuidar é caracterizado como um encontro com o outro, é estar disponível para o outro numa relação de proximidade e de ajuda, que se evidencia por abertura, compreensão e confiança<sup>(25)</sup>.

Os Enfermeiros intervêm de duas formas: uma mais técnica, relacionada com o tratamento; e outra mais expressiva, humana e preocupada com a pessoa como ser holístico – cuidar<sup>(26)</sup>. Assim, cuidar e tratar são atitudes distintas, contudo intrínsecas ao exercício profissional dos Enfermeiros<sup>(26, 27)</sup>. Quem pretende prestar cuidados de Enfermagem holísticos e humanísticos, tem que desenvolver competências de cuidar e tratar simultaneamente tendo como principal preocupação a pessoa doente, tida como um ser único e insubstituível<sup>(27)</sup>.

Os cuidados de Enfermagem baseiam-se na relação permanente com o outro, no toque, comunicação e cuidado físico. Estes aspetos são fundamentais para a relação Enfermeiro/utentes pois com estes gestos consegue-se criar uma relação muito próxima. São gestos simples que têm muito significado devido ao fato de mostrar um lado positivo às pessoas que naquele momento estão a passar por um período de fragilidade<sup>(28)</sup>.

Assim, ser prestador de cuidados implica por em prática toda a dimensão humana de quem cuida e de quem é cuidado, os Enfermeiros, enquanto prestadores de cuidados, apresentam competências para ajudar, orientar e auxiliar nas situações de vida próprias do ser humano<sup>(29)</sup>. É necessário que os profissionais de Enfermagem considerem a individualidade de cada utente e valorizem o seu contexto de vida<sup>(20)</sup>.

Por isso, os padrões de qualidade definidos constituem um ponto de partida para a construção e implementação de programas de melhoria contínua de qualidade dos

cuidados em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica (ESMOG), devendo ser sistematicamente aperfeiçoados<sup>(30)</sup>.

As competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica (EESMOG) passam por assegurar os cuidados especializados em Enfermagem nos contextos onde os utentes se encontram (instituições de saúde, domicílios, comunidade, entre outros); garantir a acessibilidade; contribuir para a satisfação dos utentes; produzir ganhos em saúde relacionados com a saúde ginecológica sexual e reprodutiva, nomeadamente promover a autonomia das decisões; contribuir para o potencial máximo de saúde dos utentes; capacitar para o autocuidado e autovigilância; promover a vivência positiva dos processos fisiológicos, relacionados, por exemplo com a sexualidade, a gravidez, o trabalho de parto, a menopausa, entre outros<sup>(30)</sup>.

Os EESMO estão preparados para tomar decisões no pleno exercício da autonomia dos cuidados de Enfermagem, sendo estes os que, pela natureza da especificidade da sua preparação técnico-científica, estão melhor habilitados para assumir a responsabilidade pela realização destes cuidados, tomando decisões em situações novas e complexas. O objetivo do Enfermeiro é dotar a mulher de capacidades e conhecimentos promotores da independência no autocuidado e na prevenção de complicações puerperais<sup>(31)</sup>, todos estes cuidados são competências do EESMOG, tendo sido estas recentemente remodeladas e aprovadas<sup>(32)</sup>.

O parecer nº 18/2011 da mesa do colégio da Especialidade de EESMO refere que a ordem dos Enfermeiros constrói um quadro de referência, orientador do exercício profissional dos Enfermeiros em qualquer contexto de ação e que assenta nos seguintes pilares: o código deontológico do Enfermeiro; os padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem; as competências do Enfermeiro dos cuidados gerais, as comuns e as específicas do Enfermeiro especialista<sup>(31)</sup>, tendo em atenção as boas práticas de Enfermagem.

### 1.2.2. Boas práticas de Enfermagem

Os guias orientadores de boas práticas tem como finalidade tornar explícitas as recomendações sobre a boa prática dos cuidados de Enfermagem, que permitam apoiar as decisões dos Enfermeiros nesta área e contribuir para a qualidade do seu desempenho profissional através de uma prática orientada e sistemática<sup>(30)</sup>.

É fundamental para a prática de Enfermagem a existência de uma linguagem comum, que agilize a formação, a investigação, a decisão clínica e até a decisão política relacionada com a Enfermagem<sup>(30)</sup>.

As boas práticas em Enfermagem são diretrizes internacionais e nacionais, que visam aproximar a teoria científica atual da prática assistencial, oferecendo ao paciente um cuidado seguro e de qualidade<sup>(33)</sup>.

A descrição de boas práticas de Enfermagem tem por finalidade identificar na literatura científica as principais evidências que sustentam as ações de Enfermagem<sup>(34)</sup>. Estas práticas destinam-se a profissionais que estejam em busca de melhoria da prática do cuidado, reduzindo a possibilidade de ocorrência de eventos adversos. Assim, salienta ainda a mesma fonte, que o uso das informações contidas nos diversos materiais que compõem as recomendações para as boas práticas pode promover a qualidade do cuidado e a segurança dos pacientes e dos trabalhadores da área de saúde nos mais variados processos<sup>(34)</sup>.

A busca e o uso de evidências científicas de Enfermagem para a promoção de segurança do paciente têm como pressuposto utilizar e fomentar a realização de estudos que gerem práticas inovadoras de Enfermagem, com vista a sustentar as ações e as relações do profissional no sistema de saúde, bem como demonstrar o impacto de tais ações nos resultados do sistema<sup>(35)</sup>.

Realizar os cuidados certos, no momento adequado, da forma apropriada, para a pessoa certa, objetivando alcançar os melhores resultados possíveis: são princípios que fundamentam a qualidade da assistência e que direcionam a prática de Enfermeiros que se esmeram em prestar uma assistência ética e respeitosa, baseada nas necessidades do paciente e da família, na excelência clínica e na melhor informação científica disponível<sup>(35)</sup>.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) tem promovido o desenvolvimento de guias orientadoras de boas práticas com o propósito de reanalisar o estado da arte e promover uma nova visão da intervenção dos Enfermeiros. Procurando garantir ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem, cumprindo a missão de promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados à população<sup>(36)</sup>.

Os guias ou normas orientadores de boas práticas pretendem assim apoiar a uniformização da atuação dos Enfermeiros, garantir maior efetividade à sua intervenção e promover mais e melhor saúde para a população que é cuidada. São desenvolvidos por Enfermeiros peritos na área, baseados em estudos com evidência científica sustentada,

mas também com recurso a documentos nacionais nomeadamente, orientações normativas da DGS e da OE e internacionais, publicados pela OMS<sup>(36)</sup>, sendo submetidos a uma análise final.

O regulamento do exercício profissional dos Enfermeiros constitui-se como um guia essencial para a prática do exercício profissional de Enfermagem, porque, segundo o Decreto-Lei nº161/96 salvaguarda, o essencial dos aspetos que permitem a cada Enfermeiro fundamentar a sua intervenção enquanto profissional de saúde, com autonomia<sup>(37)</sup>.

Na legislação portuguesa, nas intervenções implementadas pelo Enfermeiro, este deve observar todos os princípios inerentes à boa prática de Enfermagem devendo para isso possuir a formação necessária à excelência do seu exercício profissional, assumindo o dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, adequando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de Enfermagem<sup>(38)</sup>.

Assim as boas práticas de Enfermagem, são procedimentos tendo como orientação, normas ou guias orientadores, baseados em estudos com evidência científica sustentada, recorrendo a documentos nacionais e internacionais, tendo em conta, entre outras a qualidade e a satisfação com os cuidados de Enfermagem.

### 1.2.3. Satisfação com os cuidados de Enfermagem

A definição da palavra satisfação é ampla e subjetiva. A palavra derivada do latim *satisfactiōne* significa o ato ou efeito de satisfazer ou de satisfazer-se; contentamento; alegria; reparação de uma ofensa; pagamento<sup>(39)</sup>. Se alargarmos o espectro à prestação de serviços, podemos encontrar como definição a reação do utente às várias vertentes inerentes aos cuidados recebidos, que incluem os elementos subjetivos ligados à sua experiência, assim como a avaliação cognitiva e reação emocional do utente à estrutura, processo e/ou resultados dos cuidados<sup>(40)</sup>.

Apesar de poder não ter conhecimentos para avaliar a qualidade técnica dos cuidados, o utente aprecia seguramente a sua importância e ainda a relevância da sua participação no planeamento dos seus cuidados de saúde<sup>(40)</sup>.

A satisfação surge como uma atitude do sujeito face a um objeto, neste caso, consiste nos serviços de saúde nas suas várias vertentes, ou seja, os profissionais de saúde e outros, os cuidados prestados e os respetivos resultados, resultando a satisfação da avaliação que o sujeito faz em função da realização das suas necessidades,

expectativas e resultados obtidos, sendo um estado interno que pressupõe elementos afetivos e cognitivos na avaliação dos recursos e respostas do meio às necessidades do indivíduo<sup>(41)</sup>.

A satisfação é compreendida como sendo a expectativa do paciente quanto ao cuidado de Enfermagem contraposto à sua percepção quanto ao cuidado recebido. Geralmente os utentes consideram-se satisfeitos quando as suas necessidades são atendidas de forma a poderem recomendar a outros esses serviços da instituição em causa<sup>(42)</sup>.

A OE refere que, tendo em conta o processo de prestação de cuidados de Enfermagem, são elementos importantes da satisfação dos utentes/clientes os seguintes parâmetros<sup>(43)</sup>:

- O respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos de natureza individual do cliente;
- A procura constante da empatia nas reações com o cliente;
- O estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados;
- O envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados;
- O empenho do Enfermeiro tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde.

O resultado que se pretende obter durante a prestação de cuidados não se confina à satisfação do utente, mas também à qualidade desses cuidados.

Neste contexto, o estudo do tema da satisfação do utente nos serviços de saúde tem vindo a assumir grande importância como medida de avaliação da qualidade dos serviços.

Os primeiros estudos na área da saúde procuravam saber qual a imagem que os estabelecimentos de saúde tinham junto dos seus utilizadores<sup>(44, 45)</sup>. Nos primeiros anos começou a perceber-se a relevância que revestia o conhecimento das necessidades e desejos dos utentes de saúde no seu modelo de relação médico-paciente<sup>(45, 46)</sup>. Este interesse veio alertar para a importância de explorar esta dimensão, nomeadamente pesquisar a avaliação dos utentes face aos cuidados recebidos, tendo em vista melhorar a qualidade da prestação de cuidados e concomitantemente a própria imagem dos serviços de saúde<sup>(45)</sup>. Assim, a satisfação dos utentes começou a ser vista como um

importante indicador da qualidade destes serviços, sendo incluída nos critérios de medida e definição de padrões mínimos<sup>(45)</sup>. A qualidade dos cuidados é um elemento importante na avaliação dos mesmos no que se refere ao resultado, este é a modificação do estado de saúde atual ou futuro (ganhos em saúde) que pode ser atribuída aos cuidados prestados e à satisfação que os utentes demonstram com os cuidados de que foram alvo<sup>(47)</sup>.

Pelo exposto verifica-se que a opinião do utente tem vindo a ser cada vez mais considerada no domínio científico e pelos vários parceiros sociais no sentido de monitorizar a qualidade dos serviços de saúde e de avaliar a eficácia das medidas corretivas que se têm vindo a implementar no SNS. A importância da opinião do utente/consumidor é reconhecida no nosso país em diversos diplomas legais, dos quais se destacam a Lei de Bases da Saúde<sup>(48)</sup>. Nesta vem referido que, na Base II, é de acordo com o interesse dos utentes que os serviços de saúde se estruturam e funcionam, promovendo a participação dos indivíduos e da comunidade; na Base V, que os serviços públicos de saúde se devem constituir e funcionar de acordo com os seus legítimos interesses dos cidadãos; e, na Base XXX, está sujeito a uma avaliação constante, através da recolha e análise de informação sobre a qualidade dos serviços e o seu grau de aceitação pela população<sup>(48)</sup>. A satisfação do utente é assim considerada um importante elemento da avaliação permanente do funcionamento dos órgãos ou serviços dependentes do Ministério da Saúde.

Quando recorrem aos serviços de saúde, os utentes já têm na grande maioria das vezes algum conhecimento sobre esse serviço, quer por utilização anterior, quer por outro tipo de informação. O conhecimento que estes possuem dos recursos técnicos, humanos e organizacionais cria alguma expectativa relativamente à capacidade ou não de satisfazer as suas necessidades. Estas expectativas são influenciadas por múltiplos factores: as características e a personalidade do utente, o contacto anterior com os prestadores de cuidados, os valores sociais e culturais, as necessidades e preferências, o contexto dos cuidados e a natureza e evolução da doença. Serão estas expectativas que em última análise condicionam o grau de satisfação, que é portanto visto como o resultado de uma fórmula que traduz a diferença entre as expectativas do utente em relação aos cuidados e a sua perceção dos cuidados realmente percebidos<sup>(49-51)</sup>.

Para o conhecimento da satisfação dos utentes, torna-se fundamental ter uma ideia de como estes veem os Enfermeiros nas suas práticas diárias, bem como se as atuações destes vão ao encontro das esperadas<sup>(50, 52)</sup>. Os consumidores de cuidados

exigem cada vez mais cuidados de qualidade e um dos indicadores de qualidade desses cuidados é a satisfação dos utentes. São os utentes que podem fornecer informação válida e única acerca da sua satisfação face à forma como foram cuidados, sendo esta um resultado que se deseja obter no processo de prestação<sup>(45, 47, 50)</sup>.

A satisfação dos utentes é influenciada pela satisfação com os cuidados de Enfermagem e esta, por sua vez, constitui um fator importante na decisão do utente voltar ou não àquele serviço de saúde, embora a satisfação com os cuidados de Enfermagem varie de utente para utente e dependa dos vários fatores como o referencial sócioeducativo e cultural, a personalidade, o estado de saúde e a idade, entre outros<sup>(53, 54)</sup>.

Paralelamente, o nível de satisfação dos utentes com os cuidados de saúde assume grande relevância por estar diretamente relacionado com os resultados finais prestados, não só porque corresponde a um direito que lhes assiste, mas também porque constitui uma importância determinante da adesão ao tratamento<sup>(55)</sup>. A maioria da investigação aponta para uma forte relação entre satisfação e quantidade de informação recebida, ou seja, parece existir uma correlação positiva entre o nível de informação e o nível de satisfação dos utentes<sup>(55-57)</sup>.

Alguns estudos revelam mesmo que cuidados mais personalizados resultam numa melhor comunicação e maior envolvimento do utente no processo terapêutico e consequentemente numa melhoria da qualidade dos cuidados de saúde<sup>(55, 58)</sup>.

A comunicação adotada às necessidades individuais, sociais e culturais dos utentes exerce grande influência no bem-estar psicológico destes, ou seja, na adaptação à doença, na redução do sofrimento e da ansiedade/*stress* e na promoção do sentimento de segurança, o que se reflete em última instância na satisfação com os cuidados de saúde<sup>(55)</sup>. Por conseguinte, a qualidade das capacidades interpessoais dos prestadores de cuidados e a comunicação eficaz produzem melhores resultados no estado de saúde do utente do que a quantidade de orientações que lhe são fornecidas; muitas vezes o não compreender ou não lembrar o que lhes foi dito resulta do fato de os doentes não fazerem perguntas, mesmo quando tem dúvidas sobre a informação que lhes está a ser transmitida<sup>(55)</sup>.

É importante referir que os utentes aceitam como normal um conjunto variado de comportamentos dos profissionais de saúde e, provavelmente, os sentimentos de insatisfação só surgem quando os cuidados prestados ficam muito aquém do esperado<sup>(55)</sup>. Tipicamente, as respostas indicam elevados níveis de satisfação e poucos

utentes se identificam a si próprios como insatisfeitos<sup>(59)</sup>. Assim, realçamos a importância de nos debruçarmos sobre o período puerperal.

### **1.3. Puerpério**

O puerpério compreende o período que se inicia logo após o parto e termina quando as modificações locais e gerais determinadas pela gestação no organismo materno retornam às condições normais<sup>(60)</sup>.

De acordo com a OMS, o período pós-parto ou puerpério é definido como o período que tem início em torno de uma hora após a dequitação da placenta e se estende pelas seis semanas seguintes. Contudo, os cuidados pós-parto devem estender-se pelo menos até aos seis meses após o início do puerpério, segundo o princípio, seis horas, seis semanas e seis meses, os quais indicam períodos críticos para a revisão dos cuidados com a mãe e a criança<sup>(61, 62)</sup>.

Assim, o puerpério é uma fase cronologicamente variável, de duração imprecisa, que se inicia com a saída da placenta e finaliza quando a fisiologia materna volta ao estado anterior à gestação, aproximadamente seis semanas após o fenómeno parturitivo. Nesse período ocorrem todas as manifestações involutivas e de recuperação da genitália materna<sup>(63)</sup>.

Segundo a Classificação Internacional das Doenças na sua décima revisão, puerpério é um processo ou estado de transformações decorrentes da preparação do corpo da mulher para o exercício da maternidade<sup>(64)</sup>.

O puerpério corresponde ao período de seis semanas após o parto, no qual ocorre uma regressão das alterações anatómicas e fisiológicas inerentes à gravidez. Ainda segundo a mesma autora, este período pode ser dividido em três estádios: puerpério imediato (nas primeiras 24 horas), puerpério precoce (até ao final da primeira semana) e puerpério tardio (até ao final da sexta semana). Em cada um destes estádios as referidas alterações anatómicas e fisiológicas afetam múltiplos órgãos e sistemas e processam-se de forma contínua, merecendo atenção e cuidados específicos por parte dos profissionais de saúde<sup>(65)</sup>.

Relativamente ao sistema hematopoiético, ocorrem importantes alterações<sup>(60, 65)</sup>. Geralmente ocorre a diminuição do volume sanguíneo em função da hemorragia provocada pela dequitação, normalizando após a sexta semana pós-parto. Assim, os

níveis de hemoglobina estão geralmente diminuídos na proporção das perdas ocorridas no parto, assim como a diminuição do hematócrito, retornando geralmente ao normal cinco dias depois do parto. Os leucócitos podem frequentemente atingir valores aumentados, em resposta ao *stress* ocasionado pelo trabalho de parto, libertando para a circulação leucócitos sequestrados, voltando ao normal durante a primeira semana após o parto. Ocorre também um aumento da actividade fibrinolítica que funciona como mecanismo protetor dos fenómenos tromboembólicos. Já o número de plaquetas diminui imediatamente após a dequitação, porém verifica-se secundariamente trombocitose e aumento da aderência plaquetária<sup>(60, 65)</sup>.

No sistema digestivo, o retorno progressivo das vísceras abdominais ao seu lugar anatómico de origem favorece o esvaziamento gástrico e também tende a normalizar as funções gastrointestinais. No entanto, neste período a obstipação intestinal é frequente e causado principalmente devido: ao relaxamento da musculatura abdominal e perineal; à episiotomia; à presença de doença hemorroidária; à morosidade intestinal estabelecida durante a gestação; ao repouso relativo<sup>(60)</sup>.

Quanto ao sistema tegumentar, os fenómenos de hiperpigmentação da face, mamas e do abdómen tendem a regredir rapidamente, podendo ser de duração mais longa ou deixar alterações definitivas na coloração da pele. As estrias avermelhadas tornam-se brancas e diminuem de tamanho. Com frequência ocorre queda do cabelo, sudorese e unhas quebradiças<sup>(60)</sup>.

No sistema endócrino, observa-se a queda dos níveis plasmáticos do estrogénio e progesterona. A diminuição de estradiol e da progesterona permite a ação latogénica da prolactina e ocitocina. Nas mulheres não lactentes o restabelecimento dos ciclos menstruais dá-se por volta da sexta e da oitava semana após o parto; nas lactantes este período é variável, entre o segundo e o décimo oitavo mês, dependendo da frequência e da duração do estímulo da sucção<sup>(66)</sup>.

Em relação ao sistema cardiovascular, o débito cardíaco diminui essencialmente à custa do decréscimo do volume circulante. Observa-se um aumento gradual dos valores da tensão arterial durante os primeiros cinco dias do puerpério<sup>(65)</sup>.

Anatomicamente, as vias urinárias superiores e a bexiga permanecem dilatadas até à sexta semana após o parto. Também os músculos do pavimento pélvico retomam gradualmente o seu tónus após o parto. Nos primeiros dois a três dias do puerpério a diurese está significativamente aumentada, o que conduz à reversão desta retenção fisiológica da água no espaço intersticial<sup>(65)</sup>.

A par de todas estas mudanças biológicas e fisiológicas, ocorrem também modificações de carácter psicológico, decorrentes da mudança de papel social e com necessidade de novas adaptações e reajustes interpessoais<sup>(67)</sup>. Assim, o período pós-parto em que a mulher se encontra é constituído por um processo contínuo de adaptações ao papel materno, no qual são necessários mecanismos inatos e adquiridos para enfrentar esta nova realidade.

A maternidade/paternidade é um processo de aquisição e de transição do papel iniciado na gestação, a transição acaba quando a mãe/pai desenvolveu a sensação de conforto e de confiança no desempenho do papel de pais por isso o ensino de novos conhecimentos faz, pois, parte integrante da educação, com especial importância para o treino do comportamento até à criação do hábito. Em relação ao puerpério, o principal objetivo dos cuidados de Enfermagem é conduzir a puérpera para um estado de autonomia esclarecida que lhe permita atingir o equilíbrio necessário na maternidade<sup>(68)</sup>.

Nesta linha de pensamento é fundamental que a Enfermagem participe desses períodos, proporcionando atenção, conforto e orientações sobre as alterações ocorridas durante o ciclo gravídico-puerperal. Após o parto a mulher tem necessidades de atenção física e psíquica e a relação com o seu filho que ainda não está bem elaborada. Por isso as atenções não devem ser concentradas apenas na criança nesse momento, o alvo de atenção tem de ser a puérpera<sup>(69)</sup>.

Assim, constata-se que o período em que a puérpera se encontra hospitalizada, é o momento ideal para que o EESMO actue na promoção da saúde da mulher, no diagnóstico precoce e na prevenção de complicações no período pós-natal, integrando desta forma duas das competências específicas do EESMO, fundamentadas em conhecimentos científicos e técnicos, descritos na competência 4: Cuida a mulher inserida na família e na comunidade durante o período pós-natal<sup>(38)</sup>.

Neste contexto, o puerpério é um período em que a saúde da mulher pode ser afetada devido às alterações mesmo que ligeiras à sua fisiologia, podendo ameaçar o seu bem-estar. Assim sendo, a assistência pós-natal é considerada essencial para a identificação de problemas e para potenciar a saúde da mulher<sup>(38)</sup>.

Na tentativa de alcançar uma abordagem mais vasta desta fase, foram escolhidas três vertentes de atuação do EESMO no puerpério, as quais serão contextualizadas e revistas nos tópicos seguintes: autocuidado da puérpera, amamentação e cuidados ao recém-nascido.

### 1.3.1. Autocuidado da puérpera

Como já foi referido, no período puerperal ocorrem alterações fisiológicas ao nível de múltiplos órgãos e sistemas, as modificações gerais nos primeiros dias pós-parto surgem independentemente do tipo de parto.

A involução uterina inicia-se imediatamente após a expulsão da placenta, faz-se essencialmente à custa da contração das fibras musculares. O útero torna-se endurecido e globoso (globo de segurança de Pinard), ocorrendo seguidamente a trombose local dos vasos (fase de trombo-tamponagem)<sup>(60, 70)</sup>. As contrações miométriais são muitas vezes sentidas pela puérpera como dor, principalmente nas multíparas, ocorrem nos primeiros três dias e são muito intensas durante as mamadas, como resultado da libertação de ocitocina em resposta à sucção mamilar<sup>(65)</sup>.

A cavidade uterina sofre um processo de necrose e eliminação da decídua. Imediatamente após o parto o útero é palpável ao nível do umbigo, ao fim da primeira semana, é palpável acima da sínfise púbica<sup>(65)</sup>. A altura do fundo uterino diminui em média 0,7 a 1,5 cm por dia, de modo que no décimo dia do puerpério este já não é palpável acima da sínfise púbica, retomando a sua posição original (cavidade pélvica)<sup>(60)</sup>.

A descarga uterina durante o puerpério denomina-se lóquios. Nos primeiros dias após o parto estes são compostos essencialmente por eritrócitos e fragmentos de decídua, apresentando um volume variável, normalmente não ultrapassando o de um fluxo menstrual. A partir do quinto dia de puerpério tornam-se acastanhados, tornando-se gradativamente serossanguíneos. Por volta do décimo dia, os lóquios tornam-se serosos. O odor é característico e depende da flora vaginal da mulher, podendo tornar-se fétido quando ocorre alguma infeção. Tipicamente, pela quinta ou sexta semana, os lóquios desaparecem<sup>(65)</sup>.

Também surgem modificações locais no colo uterino. A regressão do diâmetro cervical é progressiva e, por volta do décimo dia já se apresenta impérvio, com orifício em fenda na maioria das mulheres que tiveram parto vaginal<sup>(60)</sup>.

A vagina no pós-parto imediato encontra-se edemaciada com grande relaxamento das paredes vaginais; algumas alterações regridem após os dois primeiros dias, mas a partir da terceira semana a vagina regressa ao seu estado anatómico habitual<sup>(60, 65, 70)</sup>.

Relativamente à vulva, logo após o parto esta apresenta-se edemaciada com apagamento dos pequenos lábios, retornando à normalidade rapidamente<sup>(70)</sup>.

Acompanhar a mulher no pós-parto exige a avaliação das alterações fisiológicas que ocorrem nesta fase e preparar a mulher para cuidar de si e detetar possíveis complicações<sup>(71)</sup>.

As orientações em relação aos cuidados com o próprio corpo são essenciais para que a mulher compreenda a importância de cuidar de si mesma e, desta forma, ter condições para cuidar do filho. É importante que o EESMO esclareça dúvidas, conforte, oriente e tranquilize, fazendo parte do cuidado de Enfermagem que é decisivo para o bem-estar da mulher nas ações de autocuidado que devem ser exercidas durante o puerpério<sup>(38, 71)</sup>.

O autocuidado é a prática de uma atividade que o individuo inicia e executa em seu próprio benefício, com vista à manutenção da vida, da saúde e do bem-estar<sup>(43)</sup>. Como propósito final, estas atitudes contribuem de maneira específica para a integridade, as funções e o desenvolvimento humano. O autocuidado é um conceito que está associado a autonomia, independência e responsabilidade pessoal. Este também pode ser concetualizado como uma resposta aprendida face aos processos de saúde – doença dos indivíduos – na perspectiva destes levarem a cabo comportamentos de procura de saúde, integrando regimes terapêuticos negociados com os profissionais de saúde, promotores de uma gestão eficaz da doença<sup>(72)</sup>.

O autocuidado tem sido identificado como um recurso para a promoção da saúde e gestão bem-sucedida dos processos de saúde-doença<sup>(72)</sup>.

Neste contexto, é primordial que a mulher adquira competências para o autocuidado no pós-parto e os valorize, pois existe a tendência para prioriza tudo o que se relaciona com o bebé em detrimento com os cuidados consigo mesmo<sup>(67)</sup>.

Assim, o EESMO enquanto responsável pelos cuidados à puérpera tem um papel importante na prevenção de infeções e na transmissão de informação.<sup>(38)</sup> Portanto, após a conclusão da episiorrafia/perineorrafia e durante o internamento da puérpera, a *Société Francaise d’Hygiene Hospitalier* (2008), citada pelo parecer da Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO) 23/2011, recomenda<sup>(38)</sup>:

- A avaliação diária do estado do períneo e da área perineal.

O Enfermeiro deve dar orientações à mulher, com vista à promoção do autocuidado<sup>(38)</sup>:

- Promover e auxiliar a higiene diária no duche e manter a higiene perineal com lavagem com água, seguida de secagem, sempre após urinar ou defecar;
- Incentivar mudança do absorvente higiénico em cada 4 a 6 horas ou de acordo com a perda sanguínea/lóquios;
- Ao sentar-se, se existir dor ou sentir pressão, indicar a utilização de uma almofada de tipo “donut” ou de uma toalha dobrada;
- Informar sobre terapêutica tópica fria em caso de dor, utilizando, por exemplo, almofadas de gelo moído ou gel que são métodos eficazes no alívio da dor perineal;
- Usar analgesia por via oral, se for necessário (para tal o fármaco de primeira linha será o paracetamol oral ou rectal, excepto se contra indicado);
- Se a terapêutica frio ou o analgésico não forem eficazes, administrar um anti-inflamatório não esteróide oral ou rectal, salvo contra-indicação;
- Estimular a lavagem das mãos antes e depois dos cuidados perineais;
- Incentivar o duche diário para manter o períneo limpo;
- Promover o uso de roupa adequada.

É de salientar que, segundo a evidência científica no parecer da MCEESMO, não é suportável a utilização rotineira de anti-sépticos, mesmo quando exista episiorrafia/perineorrafia<sup>(38)</sup>. Salienta-se ainda que a utilização de água e sabão são adequados e promotores de cicatrização da região vulvovaginal e perineal.

Também não é aconselhável a utilização de cinta no pós-parto, devendo promover-se a atividade física moderada<sup>(73)</sup>, por não se ter encontrado evidência científica direta sobre os efeitos da utilização da cinta na involução uterina da mulher durante o puerpério. A cinta poderá não ser facilitadora se utilizada permanentemente e por um período longo, pois poderá contribuir para a redução da dimensão das fibras musculares, favorecendo a flacidez. Só há indicação para utilização de cinta por um período transitório, nas mulheres submetidas a cesariana nos primeiros dias pós-parto devido à presença de dor e desconforto associada à mobilização da mulher<sup>(73)</sup>.

As mulheres que recorrem aos serviços de saúde devem ser esclarecidas sobre o tipo de procedimentos envolvidos, as vantagens, os riscos e as eventuais complicações das diferentes técnicas, o tempo previsível de cicatrização e as estratégias e métodos que respondem melhor à evolução favorável da integridade cutânea perineal<sup>(38)</sup>. Uma vez que a duração do internamento da puérpera é em média 48 horas, em situação de partos eutócicos e distócicos por via vaginal, o principal objetivo do Enfermeiro consiste em

dotar a mulher de conhecimentos e capacidades promotoras da independência no autocuidado e na prevenção de complicações puerperais neste espaço de tempo<sup>(38)</sup>.

Assim, para além da promoção do autocuidado há necessidade de promover também a amamentação, tendo em conta principalmente a saúde do recém-nascido e da mãe.

### 1.3.2. Amamentação

A mama é um órgão endócrino, sujeito a crescimento, diferenciação e lactação como resposta a uma complexa interação de hormonas e estimulações. Assim, as glândulas mamárias, glândulas sudoríparas modificadas para a produção de leite, sofrem notáveis alterações durante a gravidez e puerpério<sup>(65, 74)</sup>.

Estruturalmente, as mamas são constituídas pelo estroma composto por tecido conjuntivo, colagénio e tecido adiposo, e pelo parênquima constituído pela porção secretora (ácinos ou alvéolos) e um sistema canalicular que se inicia nos alvéolos mamários e termina na parte distal, os mamilos. Os alvéolos organizam-se em lóbulos que por sua vez se agrupam em unidades maiores os lobos. Cada um dos seus lóbulos constituintes consiste numa rede de canais e de pequenos alvéolos revestidos internamente por células alveolares secretoras e externamente por uma camada de células mioepiteliais sensíveis à ocitocina. Esta rede de canalículos que parte dos alvéolos presente em cada lóbulo reúne-se num ducto mamário que depois se abre num canal galactífero<sup>(75, 76)</sup>.

A mama apresenta na sua porção apical um mamilo, no qual existem orifícios mamilares que correspondem à parte final de cada canal galactífero. Dotado de inúmeras terminações nervosas sensoriais, o mamilo pode ser protuso, plano, retraído, pseudo-invertido ou invertido/umbilicado. Ao seu redor existe uma área hiperpigmentada designada aréola, que contém nervos sensitivos essenciais no reflexo de produção de leite e glândulas sebáceas que, ao hipertrofiarem e se tornarem proeminentes durante a gravidez - denominados tubérculos de Montgomery- vão produzir uma secreção lipóide responsável por lubrificar, e assim proteger, os mamilos<sup>(75)</sup>.

Até ao final da gestação as glândulas mamárias transformar-se-ão numa estrutura de células alveolares que sintetizam ativamente e secretam leite. Esta evolução traduz-se em diversas fases que traduzem as mudanças durante a gravidez e lactação, sendo elas<sup>(74)</sup>:

- Mamogénese, onde ocorre a divisão e proliferação celular;
- Lactogénese I, que dá início à atividade celular secretora e à acumulação de colostro, a partir das dez a doze semanas de gestação;
- Lactogénese II, na qual, após a expulsão da placenta, há um aumento de produção de leite;
- Lactogénese III ou galactopoiese, que corresponde à fase de produção de leite consolidada.

Antes da expulsão da placenta, a produção de leite está sob controlo endócrino, passando a haver também um controlo autócrino durante a lactogénese II. Assim, depois do parto ocorre uma profunda mudança a nível hormonal, permitindo que um elaborado sistema de *feedback* neuro-endócrino produza e forneça leite cuja composição é variável para que possa suprir as necessidades e o apetite do lactente à medida que este cresce e se desenvolve<sup>(74)</sup>.

A prolactina, hormona segregada pela hipófise anterior, é determinante no estímulo da produção de leite pelos alvéolos. A sua concentração no sangue eleva-se uniformemente desde a quinta semana de gestação até ao nascimento do bebé. O líquido secretado nos últimos dias ou semanas antes do parto é denominado colostro e contém essencialmente as mesmas concentrações de proteínas e lactose do leite, mas quase não possui gordura<sup>(75, 76)</sup>.

Aquando da expulsão da placenta há uma diminuição dos estrogénios e da progesterona e o efeito lactogénico das grandes quantidades de prolactina libertadas para a corrente sanguínea promove a produção de grandes quantidades de leite em substituição do colostro<sup>(75)</sup>. Após o parto, a secreção basal de prolactina retorna a níveis não gravídicos dentro de algumas semanas. Contudo, em resposta aos impulsos sensoriais provocados pela sucção do bebé, o hipotálamo promove o aumento em dez a vinte vezes da secreção de prolactina pela adeno-hipófise, durante um período de trinta minutos a uma hora<sup>(76, 77)</sup>. Portanto, a sucção do bebé estimula a produção de leite, o que leva a mama a produzir leite para a mamada seguinte<sup>(76)</sup>. Desta forma, a produção de prolactina irá ser variável consoante a frequência, intensidade e duração da estimulação do mamilo. Assim, quanto mais o bebé mamar, mais leite será produzido, por um maior período de tempo<sup>(74)</sup>.

A produção da prolactina é mais acentuada durante a noite, pelo que as mamadas noturnas são muito importantes para o sucesso do aleitamento materno<sup>(76)</sup>.

Paralelamente, ao provocar uma sensação de relaxamento e sonolência na mãe, a prolactina facilita o descanso e promove a vinculação com a criança, tendo também um papel na supressão da ovulação e menstruação<sup>(76,77)</sup>.

A produção é controlada dentro da própria mama através de uma substância existente no leite que inibe as células de segregarem mais leite quando a mama está cheia. Este fator inibidor é importante pois ajuda a proteger a mama dos efeitos desagradáveis de uma produção de leite exagerada. Portanto, se o bebé não mamar numa das mamas, essa mama deixará de produzir leite; e se o bebé mamar mais numa mama do que noutra, essa mama produzirá mais leite e tornar-se-á maior. Desta forma, quando o bebé estiver impedido de mamar, o leite deve ser removido para permitir a continuação da sua produção<sup>(77,78)</sup>.

Apesar do leite ser secretado nos alvéolos, ele não flui facilmente pelos ductos, pelo que não ocorre uma drenagem contínua para os mamilos. A ejeção do leite dá-se sob o efeito da ocitocina, hormona produzida pela hipófise posterior. A sucção do bebé desencadeia impulsos sensitivos através da inervação do mamilo que transmitem ao hipotálamo a informação de que deve induzir a hipófise posterior a libertar a ocitocina<sup>(76)</sup>. Esta chega às glândulas mamárias através da corrente sanguínea, provocando a contração das células mioepiteliais que circundam os alvéolos; deste modo, estes expõem o leite para o sistema canalicular, que se torna disponível para o bebé através dos orifícios mamilares no mamilo<sup>(78)</sup>. Assim, o efeito de sucção do bebé desencadeia o fluxo de leite, dentro de 30 segundos a um minuto, numa mama e também na mama contralateral<sup>(75)</sup>.

O reflexo de ocitocina é importante para a alimentação do bebé, porque permite que este receba a totalidade de leite de cada mama, incluindo o último leite cheio de gordura. A libertação da ocitocina é facilitada por sentimentos de prazer, como uma resposta emocional da mãe ao ver ou tocar a criança; a confiança da mãe na sua capacidade de amamentar; a mãe ter a convicção de que o seu leite é o melhor para o bebé; a mãe ter o seu bebé sempre junto de si; a regularidade das mamadas; redução do *stress* ambiental da mãe, que advém, por exemplo, da fadiga<sup>(78)</sup>.

Logo, a produção de ocitocina pode ser dificultada por factores diversos, entre eles: o *stress*; dúvidas; preocupações maternas; sentimentos desagradáveis; dor; ingurgitamento mamário; separação entre mãe e bebé; ou cansaço<sup>(76,78)</sup>.

Desta forma, o conhecimento de todos estes factores anatomofisiológicos é primordial para a orientação e apoio durante o aleitamento materno, contribuindo para

incentivar o auto-conhecimento por parte da mulher e para a sua autonomia na amamentação<sup>(51)</sup>.

O EESMO deve analisar os conhecimentos que a mulher tem acerca da amamentação, nomeadamente abordar as suas vantagens tanto para a mãe como para o recém-nascido, quer a curto quer a longo prazo.

São apontadas como vantagens do aleitamento materno para o recém-nascido as seguintes<sup>(76-78)</sup>:

- O colostro possuiu uma maior densidade, mais proteínas, mais minerais, menos gorduras e hidratos de carbono o que facilita a digestão; possui um baixo valor calórico o que estimula o apetite da criança; e tem um poder laxante que contribui para a expulsão do mecónio;

- O leite materno evita a alergia às proteínas do leite de vaca e outras; fornece ao recém-nascido anticorpos que o protegem das infeções; e possui glóbulos brancos e proteínas que se unem ao ferro excedentário, fatores que promovem o crescimento de bactérias benéficas ao organismo;

- O fato de o pH intestinal das crianças amamentadas ser inferior e a flora ser constituída por *Latobacillus bífidus* evita a diarreia e a gastroenterite;

- Durante a amamentação há maior participação dos músculos temporal e masseter, com menor atividade do músculo bucinador, criando condições para que o latente apresente um adequado crescimento das estruturas dentárias, assim como o desenvolvimento da função respiratória, da mastigação e da fala;

- Os movimentos de sucção durante o aleitamento materno favorecem o posicionamento da língua na região palatina, na direção dos incisivos centrais, impedindo a passagem do ar pela boca, favorecendo a respiração nasal, o que contribui para o crescimento do maxilar;

- A passagem do ar pelo nariz é responsável pelo abaixamento e expansão do palato, permitindo que o crescimento dos ossos da face acompanhe o crescimento corporal, gerando espaço para a erupção dos dentes;

- O leite materno favorece o desenvolvimento psicomotor nas crianças, estando associado a aumento do quociente de inteligência (QI) das crianças;

- Favorece o estabelecimento do vínculo afectivo entre mãe e filho, o que favorece o crescimento da criança e o seu relacionamento com outras pessoas;

- A criança amamentada é um bebé feliz, pois está sempre perto da mãe.

Por todas estas razões, diminui a taxa de mortalidade e morbidade do recém-nascido.

Quanto às vantagens que são apontadas para a mãe, destacamos:<sup>(74, 76-78)</sup> a redução da hemorragia pós-parto; o favorecimento da involução uterina; o funcionar como um contraceptivo natural, se praticada amamentação exclusiva nas 24 horas; a diminuição da probabilidade de depressão<sup>(74, 76-78)</sup>.

Para além dos benefícios já mencionadas, é de realçar a importância que este alimento pode ter para a criança na idade adulta, tendo sido apontados efeitos protetores relativamente à doença celíaca, arteriosclerose, diabetes tipo 1, doença de Crohn, colite ulcerosa, cárie dentária, hipertensão arterial, leucemia e alguns tumores, obesidade<sup>(76, 77)</sup>. Um estudo recente concluiu existir uma forte evidência do efeito causal do aleitamento materno no quociente de inteligência, apesar de este ser um efeito modesto; já os outros benefícios apontados, permanecem ainda por comprovar, sendo necessário maior investigação na área<sup>(79)</sup>.

O aleitamento materno reveste-se também de vantagens económicas, não só para as famílias, mas também para as instituições de saúde e governos, pois ao reduzir infeções e outras doenças, diminui o absentismo das mães e os gastos com a saúde, assim como concorre para a poupança nos gastos com o aleitamento artificial<sup>(76)</sup>.

Relativamente às vantagens ecológicas<sup>(65, 74, 77, 78)</sup>:

- Contribui para a saúde do planeta, pois é o alimento mais ecológico, uma vez que é produzido, transmitido e consumido sem poluição nem subprodutos residuais;
- Não consome energia nem recursos naturais;
- Não contamina a água, nem requer água eventualmente contaminada para a sua preparação.

Apesar de todos estes aspectos positivos, a amamentação não é um comportamento totalmente intuitivo: a mãe necessita de aprender a técnica correta de amamentar. A mãe tem de aprender a segurar a mama e a posicionar o bebé, paralelamente este tem de aprender a pegar na mama para ter uma sucção eficaz<sup>(77)</sup>.

O posicionamento correto da mãe e do bebé constitui o pilar da experiência da amamentação. Uma amamentação confortável, indolor e eficaz pode ser alcançada mediante a exploração do que funciona melhor para cada par mãe/bebé. Existem diversas opções e variantes em termos de posicionamentos e a sua escolha deve ser respeitada: sentada, deitada, posição com apoio em bola de *râguebi*, ou outras<sup>(74, 77)</sup>. É a mãe que deve decidir, junto do seu filho, qual a melhor posição a adotar depois de ser

informada e esclarecida, para que ambos se sintam confortáveis e a mãe facilite os reflexos orais do bebê, ajudando-o a fazer uma boa pega. A pega correta proporciona uma extração efetiva do leite e o esvaziamento da mama; evita fissuras; evita a dor durante a mamada; permite que o bebê ingira o leite anterior e posterior; e aumenta a auto-estima materna<sup>(77, 78)</sup>.

A puérpera deve ser orientada quanto à posição correta para amamentar e à técnica correta para uma boa pega, ou seja, devem ser explicados os possíveis passos para uma correta técnica de amamentação, bem como os cuidados a ter com as mamas, de forma a otimizar o autocuidado e a clarificar as dúvidas das puérperas<sup>(76, 78)</sup>.

Sendo o aleitamento materno o mais adequado para o recém-nascido, é importante salientar que a técnica de amamentação pode interferir no sucesso e prolongamento do aleitamento materno, sobretudo no período inicial em que as boas práticas hospitalares se devem ensinar, corrigir e apoiar, o que se traduzirá em múltiplos benefícios para o binómio mãe/bebé<sup>(74)</sup>.

O Enfermeiro é o profissional que deve ser capaz de identificar e otimizar momentos educativos facilitando a amamentação, prestando assistência, promoção e educação continuada<sup>(80)</sup>.

A criança deve ser colocada com a cabeça e corpo alinhados, com a cara de frente para a mama e o nariz de frente para o mamilo, o corpo virado para a mãe (barriga com barriga), com esta apoiando as nádegas<sup>(74)</sup>. Esta posição deve ser mantida, quer a mãe esteja sentada, deitada ou a andar. A mãe deve segurar a mama pondo os dedos contra a parede do tórax abaixo do seio, apoiar o mesmo com o dedo indicador e colocar o polegar na parte de cima da mama, sem estar demasiado perto do mamilo.<sup>(74)</sup> A mãe deve tocar a boca da criança com o mamilo e permitir que ela se aproxime por baixo do mamilo, de modo a que este fique posicionado no palato do bebê, estimulando o reflexo de sucção; para que a pega seja correta, a boca do bebê deve apanhar o mamilo e a maior parte da aréola<sup>(74, 76)</sup>. Simultaneamente, o queixo deve tocar a mama, o lábio inferior deve estar bem visível, de encontro ao seio, formando um tampão à volta da aréola, o que evita que o bebê engula ar e, portanto, permite uma sucção eficaz<sup>(74)</sup>.

Depois de o bebê estar bem adaptado à mama, ele comprime a aréola na horizontal, entre os dois maxilares, dando a esta e ao mamilo a forma de uma tetina. A língua passa por cima da gengiva do maxilar inferior, completando o tampão de ar e acolchoando o rebordo da gengiva inferior, o que vai proteger o mamilo e a aréola materna<sup>(74)</sup>. Quando o leite começa a fluir, o maxilar inferior movimenta-se para cima e

para baixo, comprimindo os seios lactíferos. A língua do bebê executará um movimento ondulatório de frente para trás, avançando suavemente e massajando os ductos, o que faz sair o leite pelo mamilo para dentro da boca. Nos primeiros dois a três segundos, o bebê suga com frequência muito rápida, enquanto não ocorre o reflexo de ocitocina. Quando este ocorre, o fluxo de leite aumenta e este começa a sugar mais lenta e profundamente<sup>(74)</sup>.

A par de todo este processo, a mãe deve ouvir o bebê a deglutir e observar os movimentos vigorosos das mandíbulas, a mãe deve esvaziar totalmente uma mama e depois, se necessário, disponibilizar a outra; na mamada seguinte, deve ser invertida a ordem<sup>(74)</sup>.

O recém-nascido pode mamar cerca de 12 vezes em 24 horas, deve mamar o tempo que quiser, devendo ser ele próprio a deixar a mama, contudo, se o bebê dormir muito entre as mamadas e não ganhar peso, deve ser acordado para mamar. Quando a mãe quiser suspender a mamada, deve colocar cuidadosamente o seu dedo entre as gengivas, no canto da boca do bebê, para suspender a sucção, de forma a não traumatizar o mamilo<sup>(74, 77, 78)</sup>.

As mães devem no entanto ter mais alguns cuidados particulares quando amamentam, cuidados esses que demonstram a sua dedicação, nomeadamente concentrar-se no bebê enquanto estão a amamentar, não fazer intervalos entre as mamadas superiores a três horas e amamentar num espaço tranquilo e confortável, eliminando influências que possam possibilitar distrações. Para proporcionar um ambiente calmo, é aconselhável reservar cinco minutos para relaxar antes da amamentação<sup>(74)</sup>.

Para além disso, é importante não deixar o bebê saltar mamadas noturnas e eliminar esforços desnecessários, por exemplo, se o leite descer de repente, pegar no bebê e amamentá-lo<sup>(78)</sup>.

Os cuidados com a higiene e o próprio corpo são também essências, como lavar as mãos antes de cada mamada, usar roupas largas e um *soutien* que apoie os seios em vez de os comprimir, e expor os mamilos ao ar e à luz entre as mamadas; os mamilos apenas devem ser lavados durante o banho<sup>(74)</sup>. É aconselhado aplicar sempre leite materno nos mamilos, no final de cada mamada e após o banho, como protetor natural<sup>(74)</sup>.

A mãe deve saber observar as suas mamas e avaliar se estão moles e ingurgitadas, se ingurgitadas deve antes das mamadas aplicar calor húmido, com toalhas

mornas ou duches mornos, associadas a massagens suaves com movimentos circulares da base para o mamilo<sup>(78)</sup>. Após as mamadas, devem ser aplicadas toalhas frias para diminuir o edema e dor<sup>(78)</sup>.

O bebê deve mamar até ficar satisfeito, sendo importante ressaltar que cada bebê tem o seu próprio ritmo. Por esse motivo, não se deve impor um tempo de duração da mamada ou um horário de mamadas: o bebê deve mamar quando tem fome, ou seja sem horário definido. Portanto, a mãe deve ter conhecimento dos sinais indicadores de que a criança está a ingerir leite suficiente: existirem seis a oito fraldas molhadas com urina durante as 24 horas, aumento ponderal através das pesagens sucessivas e desenvolvimento estado-ponderal adequado<sup>(74, 76, 78)</sup>

Apesar de todas estas recomendações, deve ser salientada a relevância da tranquilidade da mãe no momento de amamentação: a mãe não se deve deixar levar pelo perfeccionismo, devendo saborear o momento da mamada de forma plena e relaxada, estreitando laços com o filho<sup>(77)</sup>.

Desde 1991, a OMS, em associação com a Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), tem vindo a empreender um esforço mundial no sentido de proteger, promover e apoiar o aleitamento materno. Nesse sentido, foi elaborado um conjunto de recomendações relativas à amamentação por essa entidade, onde se inclui o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade; ou seja até essa idade, o bebê deve tomar apenas leite materno, sem outro alimento complementar ou bebida associada. As crianças devem continuar a ser amamentadas, pelo menos, até completarem os 2 anos de idade<sup>(76)</sup>.

Para além de todas estes conselhos obrigatórios sobre a amamentação também é importante estar atenta à prestação dos cuidados ao recém-nascido.

### 1.3.3. Cuidados ao recém-nascido

O recém-nascido é um ser vulnerável e imaturo. A sua pele assume-se como um órgão de importância multifuncional que, ao funcionar como elemento de barreira, promove proteção mecânica, termorregulação e vigilância imunológica, prevenindo a perda insensível de fluidos corporais<sup>(75)</sup>. A pele do recém-nascido é portanto submetida a um progressivo processo de adaptação ao ambiente extra-uterino, para o qual cuidados especiais se tornam necessários.

A pele caracteriza-se por ser sensível, fina e frágil. Apesar de todas as estruturas cutâneas já se encontrarem presentes na altura do nascimento, estas ainda não atingiram

a sua maturidade. A epiderme e a derme são muito finas, sensíveis e pouco aderentes.<sup>(16, 81)</sup>

As funções do sistema tegumentar são indispensáveis na manutenção da saúde e bem-estar do organismo. Funções como proteger as estruturas internas, evitar a entrada de agentes infecciosos, regular a temperatura do corpo e permitir ainda a sensibilidade a estímulos tais como pressão, dor e a temperatura. Para que a pele possa desempenhar o papel que lhe é devido, esta tem que ser mantida em condições adequadas. Estas passam pela hidratação, nutrição, nível de pH, higiene e pela isenção de agressões mecânicas ou patogénicas<sup>(82)</sup>.

Com o intuito de preservar a integridade da pele do recém-nascido existem cuidados preventivos básicos a ter com a sua higiene, através do banho, nos primeiros dias após o nascimento. Também aqui a educação para a saúde é fundamental, sendo que o conforto e a confiança que se pretende que sejam alcançados dependem de duas componentes. A primeira consiste no conhecimento e na aquisição de habilidades na prestação de cuidados ao recém-nascido; e a segunda, na valorização e no conforto que envolve o carinho e a consciencialização das necessidades, bem como dos desejos do recém-nascido<sup>(83)</sup>.

Nesta sequência, a educação para a saúde é uma das atribuições mais importantes dos Enfermeiros, sendo importante preservar a continuidade dos cuidados do hospital no domicílio, fornecendo ao utente todas as informações necessárias<sup>(83)</sup>.

Com o nascimento de um filho, surgem modificações nas vidas dos pais e familiares, sendo que só com a experiência do quotidiano é que se aprende realmente a ser o principal responsável pelo cuidar de um novo ser. Isto é o que transforma o período pós-parto no momento ideal para promover as competências dos pais em relação aos cuidados ao recém-nascido. Logo que a mãe que se sinta recuperada deve partilhar estes cuidados<sup>(84)</sup>.

Numa fase inicial, os cuidados ao recém-nascido são divididos entre os Enfermeiros e os pais. A responsabilidade de cuidar de um filho exige aos pais um processo de aquisição de conhecimentos e capacidades, sendo que os Enfermeiros contribuem grandemente para esse processo. Uma das necessidades de aprendizagem das tarefas parentais é a técnica do banho ao recém-nascido<sup>(84)</sup>. Neste contexto começa a ser prática comum a demonstração da técnica do banho nas maternidades, onde o enfermeiro incentiva a presença dos pais durante o primeiro banho do recém-nascido<sup>(85)</sup>.

No âmbito dos cuidados de higiene ao recém-nascido constata-se que o banho permite a lavagem completa do corpo do bebé, a observação da condição física, a promoção do seu conforto e a socialização com os pais e família. Para além de proporcionar conforto, previne infeções e alergias<sup>(16, 86)</sup>.

Os princípios orientadores do banho do recém-nascido consistem em começar a higiene das zonas limpas para as mais sujas, mudar de compressa ou toalhete sempre que necessário, mobilizando cuidadosamente o recém-nascido, utilizando movimentos firmes e suaves garantindo a sua segurança<sup>(82)</sup>.

Quanto à frequência do banho ao recém-nascido, não há uma evidência clara. Os benefícios do banho diário não foram comprovados pelo que este deverá ocorrer de acordo com as necessidades individuais e com os valores de cada família. A sua duração não deve ultrapassar os 5 a 10 minutos. O banho pode ser dado em qualquer altura do dia, quando a mãe e o pai estiverem disponíveis e de acordo com as características do recém-nascido, excepto no período a seguir às refeições, pois pode provocar regurgitação<sup>(82)</sup>.

O banho implica também uma preparação prévia do material necessário, assim como do ambiente<sup>(67, 82)</sup>. Deve-se manter o ambiente normotérmico (24° C), para prevenir perdas de calor. É considerada uma boa prática a lavagem das mãos antes de iniciar este procedimento, como prevenção de transmissão de microorganismos patogénicos. São alguns procedimentos úteis: possibilitar um acesso fácil e rápido ao material e vestuário; preparar a água na banheira, colocando primeiro a fria e só depois a água quente, com a temperatura a rondar os 37°C; verificar a temperatura da água com o termómetro, o cotovelo ou o pulso (zona corporal mais sensível à temperatura por possuir maior distribuição de termoreceptores); utilizar um sabão ou gel de pH neutro e sem perfume; e controlar a quantidade da água – 7,5 cm de altura na banheira, aproximadamente entre três a quatro dedos<sup>(67, 82)</sup>.

Antes de iniciar a técnica do banho, o recém-nascido deve ser deitado em decúbito dorsal sobre a toalha e despido, mantendo a roupa interior ou apenas a fralda, mas enrolado numa toalha, para assim prevenir a perda desnecessária de calor<sup>(86)</sup>.

O banho deve ser iniciado com a limpeza das pálpebras, com água tépida e compressas individualizadas para cada olho, no sentido do canto interno para o externo e secar delicadamente com outra compressa seca, uma para cada olho, e no mesmo sentido<sup>(86)</sup>.

Segue-se a lavagem da face, a lavagem do nariz, a limpeza das secreções nasais, caso existam, com uma compressa, toallete enrolado ou cotonete humedecido com água, removendo-as com delicados movimentos rotativos, com secagem delicada posteriormente. Seguidamente, devem ser lavados os pavilhões auriculares, externamente com o toallete, e secados delicadamente<sup>(85)</sup>.

Para a lavagem da cabeça, o recém-nascido deve ser reposicionado, inclinando a cabeça sobre a bacia, segurando o corpo com a mão esquerda na cabeça e o antebraço ao longo do corpo e fixando o recém-nascido ao nível da crista ilíaca com o cotovelo, deixando a mão direita livre. Nesta posição, começar a deitar uma pequena quantidade de água de frente para trás e lavar com movimentos circulares e suaves. Proteger os ouvidos com os dedos polegar e anelar da mão que apoia a cabeça para evitar que a água entre. Finalmente deve ser bem seca para evitar perda de calor<sup>(86)</sup>.

Para a continuação do banho, desenrolar da toalha o recém-nascido ou despi-lo se ainda não estiver e retirar a fralda; caso existam fezes, a zona perineal deve primeiramente ser limpa com o toallete apropriado<sup>(86)</sup>.

A posição para o banho consiste em passar o braço esquerdo por baixo da cabeça do bebé e segurar pelo ombro mais distante, com a outra mão agarrar as pernas e colocar cuidadosamente e com suavidade e ao mesmo tempo com firmeza na água soltando os pés para que se sinta comodo e seguro. Deve-se iniciar a lavagem pelos membros superiores, começando pelas mãos, lavando da zona distal para a proximal, depois o tórax e o abdómen, seguindo-se a lavagem do coto umbilical com água e sabão<sup>(87, 88)</sup>.

No seguimento do banho do recém-nascido, procede-se à lavagem dos membros inferiores, lavando da zona distal para a proximal e com especial atenção às pregas cutâneas, usando movimentos suaves e firmes<sup>(88)</sup>.

Os cuidados com a região perineal deve ser prestados tendo em conta o sexo do recém-nascido. No sexo masculino, lavar o pénis e limpar de cima para baixo, à volta dos testículos e da zona púbica para o ânus; já no sexo feminino, lavar e limpar sempre da frente para trás, da zona púbica para o ânus, para não favorecer o aparecimento de infeções e evitar a contaminação da uretra e vulva<sup>(85, 86)</sup>.

Dando continuação ao banho do recém-nascido, o bebé deve ser colocado em decúbito ventral, segurando-o com o antebraço, apoiando a cabeça e o tórax, e a mão segura firmemente o braço mais distante do bebé; nesta posição, lavar as costas e as nádegas<sup>(85)</sup>.

Após terminar o banho, secar suavemente todo o corpo, bem como o coto umbilical<sup>(88, 89)</sup>. Colocar creme hidratante no corpo, excepto rosto e mãos<sup>(86)</sup>. Ao colocar a fralda, esta deve ficar abaixo do coto umbilical, fazendo uma dobra para o efeito.<sup>(88, 89)</sup> Ao vestir o recém-nascido, assegurar que a roupa não possuiu etiquetas que agridam a pele. Pentear o bebé pode ajudar a prevenir a descamação do couro cabeludo. As unhas devem ser cortadas, se necessário, após o banho, pois estão mais moles, e quando o bebé está a dormir. Estas devem ser cortadas direitas, de modo a não permitir encravamento nos cantos<sup>(86)</sup>.

O bebé deve ser vestido de acordo com a temperatura exterior. Uma regra simples é vestir o bebé como os pais, colocando nestes mais uma peça de agasalho a mais. As extremidades mãos e pés estão sempre mais frios, devido á imaturidade do seu sistema termorregulador, não sendo um bom ponto de referência para verificar a temperatura do bebé<sup>(86)</sup>.

O vestuário do recém-nascido deve apresentar texturas e modelos de roupa macias e não apertadas, de preferência de algodão, sem pêlos, colchetes ou botões que possam magoar, e deve ser adequada à estação do ano. As roupas novas devem ser lavadas antes de usadas, já que os bebés têm a pele mais sensível. A lavagem deve ser com água quente e detergente neutro suave e as roupas devem ser secas ao sol para neutralizar qualquer resíduo<sup>(86)</sup>.

No que respeita aos cuidados com o coto umbilical, estes devem ser sempre reforçados, na medida em que os pais sentem sempre receio de o executar. Assim, segundo a OMS, recomenda que, se após um parto hospitalar, o recém-nascido ficar junto da mãe e esta for a principal prestadora de cuidados e se existe uma taxa baixa de infeções cutâneas, a aplicação de anti-sépticos não será necessária. Desta forma as atenções a ter com o cordão umbilical serão as de limpeza, secagem e vigilância.<sup>(88, 89)</sup> Esta conduta pode-se resumir da seguinte forma<sup>(88, 89)</sup>:

- Lavagem criteriosa das mãos com água e sabão antes e depois dos cuidados.
- Limpeza do coto umbilical e da pele adjacente sempre que se suje com fezes ou urina. Usar água tépida e sabão suave não perfumado. Secar o cordão e pele adjacente com movimento de cima para baixo e com a mão livre segurar a mola, após estas manobras.
- Manutenção do cordão seco e exposto ao ar, ou livremente coberto com roupas limpas.
- Apertar a fralda abaixo do umbigo.

-Após a alta a mãe deve vigiar a presença de zona “avermelhada” ao redor do umbigo, mau cheiro, corrimento e hemorragia; se presentes deve recorrer de imediato aos cuidados médicos.

O coto umbilical cai espontaneamente entre o quinto e o décimo quinto dia de vida do recém-nascido. Durante este processo, o coto vai ficando mais endurecido e seco, mudando de cor verde-amarelo para preto (mumificado), até cair.<sup>(87, 88)</sup> Após a queda, manter os mesmos cuidados descritos anteriormente.

Como o recém-nascido é um ser vulnerável a infecções e patologias, e estando o seu sistema a adaptar-se ao novo meio, estes cuidados, técnicas e procedimentos são cruciais para intervir na sua saúde, oferecendo um ambiente propício para desenvolvimento.

Aplicar boas práticas de Enfermagem no puerpério tanto ao recém-nascido como à mulher/família é importante sendo fundamental avaliar a qualidade de assistência e preparação para os desafios após a alta clínica.



## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo geral**

Este trabalho teve como objetivo geral identificar a satisfação das utentes puérperas face às práticas desenvolvidas pelos Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica, no serviço de Obstetrícia da Unidade Local de Saúde do Nordeste- Bragança

### **2.2. Objetivos específicos**

No sentido de operacionalizar o objetivo geral definimos os seguintes objetivos específicos:

- Identificar a satisfação geral das utentes puérperas com os cuidados prestados pelos Enfermeiros.
- Identificar a satisfação das utentes puérperas relativamente às práticas, no que diz respeito à informação sobre a execução das técnicas do banho do recém-nascido, técnica da amamentação e do autocuidado após o parto.
- Identificar a satisfação das utentes puérperas sobre: as funções que melhor caracterizam os cuidados de Enfermagem, o nível de exigência dos Enfermeiros; a importância do trabalho do Enfermeiro.
- Identificar se a experiência de internamento mudou a opinião das utentes puérperas acerca dos Enfermeiros e dos cuidados de Enfermagem.
- Identificar se as utentes puérperas, aquando da alta clínica, se sentem confiantes na execução das práticas.



### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1. Problema**

Existe relação entre a satisfação das utentes puérperas e as práticas desenvolvidas pelo Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrica, no serviço de Obstetrícia da Unidade Local de Saúde do Nordeste- Bragança.

#### **3.2. Hipótese geral**

Existe relação entre a satisfação das utentes puérperas e as práticas desenvolvidas pelo Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrica, no serviço de Obstetrícia da Unidade Local de Saúde do Nordeste- Bragança.

#### **3.3. Hipóteses específicas**

- Existe relação entre a satisfação das utentes puérperas e a informação disponibilizada relativamente às práticas, no que diz respeito à execução das técnicas do banho do recém-nascido.

- Existe relação entre a satisfação das utentes puérperas e a informação disponibilizada relativamente às práticas, no que diz respeito à execução da técnica da amamentação.

- Existe relação entre a satisfação das utentes puérperas e a informação disponibilizada relativamente às práticas, no que diz respeito à execução do autocuidado após o parto.

#### **3.4. Tipo de estudo**

É um estudo epidemiológico observacional descritivo transversal.

#### **3.5. População/amostra**

A população alvo do estudo correspondeu às puérperas internadas no serviço de Obstetrícia da Unidade Local de Saúde do Nordeste - Bragança, entre o mês de fevereiro e o mês de abril de 2013, independentemente do dia da semana, o que fez um total de 120 puérperas, com uma média mensal de 40.

Desta população, calculamos o número mínimo necessário de puérperas para que a amostra fosse representativa, correspondendo a 92 puérperas, no entanto como a totalidade das puérperas era 120 resolvemos aceitar para a amostra final todas elas. Para o cálculo do tamanho da amostra recorreu-se ao *software* estatístico *Raosoft* – site: [www.raosoft.com](http://www.raosoft.com).

Definimos como critérios de inclusão os seguintes:

- Motivo do internamento ser o parto independentemente do tipo (eutócico ou distócico),

- Ter período de internamento hospitalar não inferior a três dias.

Os critérios de exclusão foram:

- A puérpera estar internada por outro motivo que não seja o parto – no caso de o internamento ocorrer durante o puerpério mas devido a outra causa alheia ao parto.

- A participante não saber ler nem escrever.

- As puérperas cujo (s) filho (s) se encontre (m) internado (s) no serviço de Neonatologia, pois nestes casos as práticas de Enfermagem podem diferir consoante a situação clínica do recém-nascido, não sendo possível avaliar a satisfação relativamente a algumas técnicas.

- As puérperas que se encontrem em condições desfavoráveis ou de instabilidade clínica que impossibilite a participação no estudo.

### 3.5.1. Caraterização sociodemográfica

Pela análise da Tabela 1 verificamos que a média de idade das mulheres, que constituem a amostra, é cerca de 30 anos com desvio padrão de 6,29 anos com uma idade mínima de 16 anos e máxima de 43 anos. Cerca de 19% das mulheres tem idade superior a 35 anos.

A maioria das mulheres (70%) é casada e vive na cidade (58,3%).

Quanto à nacionalidade também a maioria das mulheres inquiridas (91,7%) é portuguesa, apenas 10 das mulheres são de outra nacionalidade.

**Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica**

<b>Variável</b>	<b>N (120)</b>	<b>%(100)</b>
<b>Idade (anos)</b>		
Até 20	14	11,7
≥ a 21 ≤a 25	18	15,0
≥ a 26 a≤ 30	30	25,0
≥ a 31 a ≤35	35	29,2
> a 35	23	19,2
Mínimo=16; Máximo=43; Média= 29,75; Desvio Padrão=6,293		
<b>Estado Civil</b>		
Solteira	31	25,8
Casada/União de Facto	84	70,0
Divorciada/Separada	5	4,2
<b>Residência</b>		
Cidade	70	58,3
Vila	14	11,7
Aldeia	36	30,0
<b>Nacionalidade</b>		
Portuguesa	110	91,7
Outra	10	8,3
<b>Escolaridade</b>		
Até 9º ano	31	25,8
> 9º ≤ 12º Ano	41	34,2
Bacharelato	1	0,8
Licenciatura	41	34,2
Mestrado	2	1,7
Doutoramento	1	0,8
Outra	3	2,5
<b>Profissão</b>		
Grupo 1	6	5,0
Grupo 2	28	23,3
Grupo 3	9	7,5
Grupo 4	2	1,7
Grupo 5	27	22,5
Grupo 6	2	1,7
Grupo 9	26	21,7
Grupo 10	20	16,7

Relativamente à escolaridade verificamos que mais de metade (60%) das mulheres tem escolaridade até 12 anos, sendo que as licenciadas representam cerca de um terço (34,2%) da população.

Em termos profissionais 23,3% das mulheres pertencem ao grupo 2 no qual estão incluídas as técnicas superiores, professoras, enfermeiras, médicas, entre outras; aproximadamente um quarto das mulheres pertencem ao grupo 5, desempenha funções de esteticista, comerciante, auxiliar de ação médica, entre outras; no grupo 9 estão

incluídas as mulheres não qualificadas profissionalmente e representam aproximadamente 20%.

### **3.6. Variáveis**

#### **3.6.1. Variável dependente**

A variável dependente neste estudo consiste nas práticas desenvolvidas pelos Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica no Serviço de Obstetrícia da Unidade Local de Saúde do Nordeste - Bragança.

Consideramos práticas desenvolvidas pelos Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica: a informação obtida através das três questões que constituem a parte IV do questionário referente à satisfação das utentes puérperas face às técnicas do banho do recém-nascido, da técnica da amamentação e ao autocuidado.

#### **3.6.2. Variáveis independentes**

##### *3.6.2.1. Variáveis sociais e demográficas*

Variáveis sociais e demográficas (idade, estado civil, escolaridade, nacionalidade e profissão).

##### **Idade:**

A variável foi operacionalizada, tendo em atenção o descrito na introdução<sup>(15)</sup> considerando-se duas categorias: <35 Anos vs. ≥35 Anos.

##### **Estado civil:**

A variável foi operacionalizada de acordo com o descrito na legislação<sup>(90, 91)</sup> considerando-se que as casadas e em união de facto pertencem à mesma categoria e as outras às não casadas, ficando duas categorias: Casada vs. Não casada.

##### **Área de residência:**

A variável foi operacionalizada, tendo em atenção o descrito na legislação<sup>(92)</sup> considerando-se três categorias: Cidade, Vila e Aldeia.

### **Nacionalidade**

A variável foi operacionalizada tendo em atenção o descrito na introdução<sup>(10-12)</sup> considerando-se duas categorias: Portuguesa vs. Outra.

### **Escolaridade**

A variável foi operacionalizada tendo em atenção o descrito na legislação<sup>(93)</sup> considerando-se três categorias: <ao 9º ano, ≥ ao 9º ao ≤ 12º ano e Formação Superior

#### *3.6.2.2. Variáveis obstétricas*

As variáveis obstétricas incluem o número de gestações, número de partos, gravidez vigiada, preparação para o parto e gravidez desejada.

### **Número de gestações**

A variável foi operacionalizada, tendo em atenção o descrito na introdução<sup>(16)</sup>:  
Foram consideradas duas categorias: 1 vs. ≥2.

### **Número de partos**

A variável foi operacionalizada, tendo em atenção o descrito na introdução<sup>(16)</sup>.  
Foram consideradas duas categorias: 1 vs. ≥2.

### **Gravidez vigiada**

A variável foi operacionalizada, tendo em atenção o descrito na introdução<sup>(17, 18)</sup>.  
Foram consideradas duas categorias: Sim vs. Não.

### **Preparação para o parto**

A variável foi operacionalizada, tendo em atenção o descrito na introdução<sup>(19)</sup>.  
Foram consideradas duas categorias: Sim vs. Não.

### **Gravidez desejada**

A variável foi operacionalizada, tendo em atenção o descrito na introdução<sup>(2)</sup>.  
Foram consideradas duas categorias: Sim vs. Não.

As variáveis que compõem a parte III do questionário dizem respeito à opinião sobre os cuidados recebidos, aspetos técnicos, atenção prestada, resposta às chamadas,

cuidados, atenção e informação recebida, sendo esta parte composta por 6 questões. As questões 3, 4 e 5 referem-se às funções que melhor caracterizam os cuidados de Enfermagem, o nível de exigência do Enfermeiro e a importância do trabalho de Enfermagem. A questão 6 refere-se à mudança de opinião após o internamento.

### **3.7. Instrumento de colheita de dados**

Após a pesquisa bibliográfica efetuada foram encontrados dois inquéritos que se adequavam parcialmente aos objetivos definidos, tendo no entanto necessidade de pequenos ajustamentos. Desta forma o instrumento de colheita de dados do presente estudo foi adaptado dos dois questionários originais de Nogueira CLS (2010) e Limão A, et al (2009)<sup>(86, 94)</sup>.

O questionário final foi dividido em quatro partes distintas. A primeira e a segunda secção dizem respeito às variáveis independentes, aos elementos sociodemográficos e aos dados obstétricos. A terceira parte é referente à opinião sobre os cuidados recebidos e conhecimento acerca da profissão de Enfermagem. Inclui-se na parte III uma pergunta aberta na qual as puérperas tiveram oportunidade de expressarem livremente a sua opinião sobre as funções que melhor caracterizam os cuidados de Enfermagem. A quarta secção diz respeito à variável dependente, os cuidados disponibilizados pelo Enfermeiro relativamente às técnicas do banho ao recém-nascido, amamentação e autocuidado após a alta (AnexoI).

A parte I referente aos elementos sociodemográficos, a parte II sobre os dados obstétricos e a parte IV sobre a informação disponibilizada pelo Enfermeiro, foram retiradas e adaptadas do questionário Limão A, et al (2009)<sup>(86)</sup>.

A parte III do questionário referente à opinião sobre os cuidados recebidos é composta pelas questões 1, 2, 3, 4, 5 e 6, que foram retiradas e adaptadas do questionário original de Nogueira CLS (2010)<sup>(94)</sup>.

### **3.8. Recolha de dados**

A colheita de dados foi realizada pela investigadora no período de fevereiro a abril de 2013 no serviço de Obstetrícia, sendo selecionado o terceiro dia de permanência das puérperas no serviço para a colheita de dados, a aplicar em qualquer dia da semana.

O horário de aplicação dos questionários foi estabelecido entre as 10:00 e as 20:00h que corresponde aos turnos de trabalho de manhã e de tarde, evitando

desconforto às utentes no período da noite. Procuramos sempre que as utentes respondessem ao questionário num local calmo e numa sala disponível no momento sem interferências de terceiros, demorando-lhe em média a preencher cerca de 5 minutos.

Os questionários foram entregues às utentes individualmente, sendo explicado o contexto e propósito do mesmo e sendo-lhes pedido que respondessem no momento e devolvessem de seguida à investigadora. Antes da aplicação do questionário, as utentes foram devidamente esclarecidas em relação a algumas dúvidas que colocaram, antes do preenchimento, e deram o seu consentimento informado por escrito para participarem no estudo.

### **3.9. Procedimentos estatísticos**

Os dados obtidos pelo questionário foram devidamente codificados e inseridos numa base de dados no programa de tratamento estatístico utilizado, do programa SPSS *Statistical Package for Social Sciences* versão 20, de forma a proceder à análise dos mesmos.

Foi feita uma primeira análise a todos os questionários preenchidos com o intuito de se eliminarem aqueles que se encontrassem incompletos ou indevidamente preenchidos, o que não se veio a verificar.

A análise de dados foi constituída pela análise descritiva e inferencial.

Na análise descritiva recorreu-se às tabelas de frequências absolutas e relativas para caracterização das variáveis sociodemográficas, dados obstétricos, opinião sobre os cuidados recebidos e informação disponibilizada pelo Enfermeiro. Utilizaram-se gráficos de barras de frequências absolutas e relativas para caracterização das funções a serem desenvolvidas pelos Enfermeiros, assim como para caracterização da satisfação global com os cuidados recebidos pelos Enfermeiros. Foram também utilizados os parâmetros: mínimo, máximo, média e desvio padrão para caracterização das variáveis escalares (idade, nº de gestações e nº de partos) e variáveis ordinais (satisfação global, satisfação com aspetos técnicos, atenção prestada, resposta dos Enfermeiros, cuidados e atenção e informação recebida).

Relativamente à análise inferencial recorreu-se ao teste paramétrico *t* para comparação de duas amostras de grande dimensão provenientes de populações independentes e ao teste não paramétrico Kruskal-Wallis como alternativa ao teste ou

ANOVA para comparação de três ou mais amostras independentes. O teste ANOVA não pode ser utilizado, pois os resíduos obtidos pelo modelo ANOVA não verificaram o pressuposto da normalidade dos resíduos. Também se recorreu aos coeficientes de correlação de Spearman (uma vez que as variáveis envolvidas são do tipo ordinal) para averiguar as possíveis correlações entre as variáveis de satisfação. Este coeficiente permite medir a intensidade da associação entre as variáveis (até 0,39 correlação fraca; de 0,40 a 0,69 correlação moderada; de 0,70 a 0,89 correlação forte, superior a 0,90 correlação muito forte).

Para as hipóteses em estudo recorreu-se às tabelas de cruzamento das variáveis (ambas do tipo nominal) apresentando as frequências observadas e esperadas em cada situação (célula). De forma a verificar a possível associação entre as variáveis recorreu-se em todas as hipóteses ao teste de exato de independência de Fisher. Este teste é alternativo ao teste de independência do Qui-Quadrado, quando os pressupostos deste último não são verificados. Em todas as situações em estudo observou-se que as frequências esperadas inferiores a cinco observações representavam mais de 20% do total o que conduziu à impossibilidade de aplicação do teste do Qui-Quadrado e recurso ao teste de Fisher. O nível de significância utilizado foi de 0,05.

### **3.10. Considerações éticas**

Para a concretização deste estudo foram efetuadas as diligências necessárias no sentido de respeitar os requisitos éticos tanto a nível administrativo como a nível individual.

Foi solicitado um pedido de apreciação e parecer à Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Nordeste (AnexoII), sendo emitido parecer favorável (AnexoIII).

Foi pedida autorização ao Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Nordeste para o desenvolvimento do estudo e consequente aplicação do instrumento de colheita de dados autorização que foi concedida (AnexoIV).

Antes de cada questionário ser preenchido, foi obtido o consentimento informado das utentes participantes garantindo a confidencialidade e proteção das informações pessoais recolhidas, pois em nenhum dos registos consta qualquer identificação acerca das utentes que participaram neste estudo.

Foram observadas as regras de conduta da Declaração de Helsínquia e a legislação nacional em vigor.



## 4. RESULTADOS

### 4.1. Análise descritiva

#### 4.1.1. Caracterização obstétrica

**Tabela 2 - Caracterização dos dados obstétricos**

Variável	N (120)	%(100)
<b>Nº Gestações</b>		
1	54	45,0
≥ 2	66	55,0
Mínimo=1; Máximo=6; Média= 1,86; Desvio Padrão=1,056		
<b>Nº Partos</b>		
1	66	55,0
≥ 2	54	45,0
Mínimo=1; Máximo=5; Média= 1,60; Desvio Padrão=0,814		
<b>Gravidez vigiada</b>		
Sim	114	95,0
Não	6	5,0
<b>Preparação parto</b>		
Sim	71	59,2
Não	49	40,8
<b>Gravidez desejada</b>		
Sim	115	95,8
Não	5	4,2

Observando a Tabela 2 verificamos que mais de metade das mulheres inquiridas já teve duas ou mais gestações (55%) sendo o número médio de gestações de 1,86 com desvio padrão de 1,06, entre o mínimo de uma gestação e o máximo de seis gestações. Relativamente ao número de partos observamos que para a maioria das mulheres do estudo (55%) este foi o primeiro parto e para as restantes 54 mulheres (45%) este foi pelo menos o segundo parto. Observamos que o número médio de partos foi de 1,60 com desvio padrão de 0,81, entre o mínimo de um parto e o máximo de cinco partos.

Verificamos, ainda, que para a maioria das mulheres em estudo esta foi uma gravidez desejada (95,8%) e vigiada (95%). Relativamente à preparação para o parto, esta foi realizada pela maior parte (cerca de 60%) das mulheres.

#### 4.1.2. Opinião sobre os cuidados recebidos

##### 4.1.2.1. Caracterização da opinião sobre os cuidados recebidos

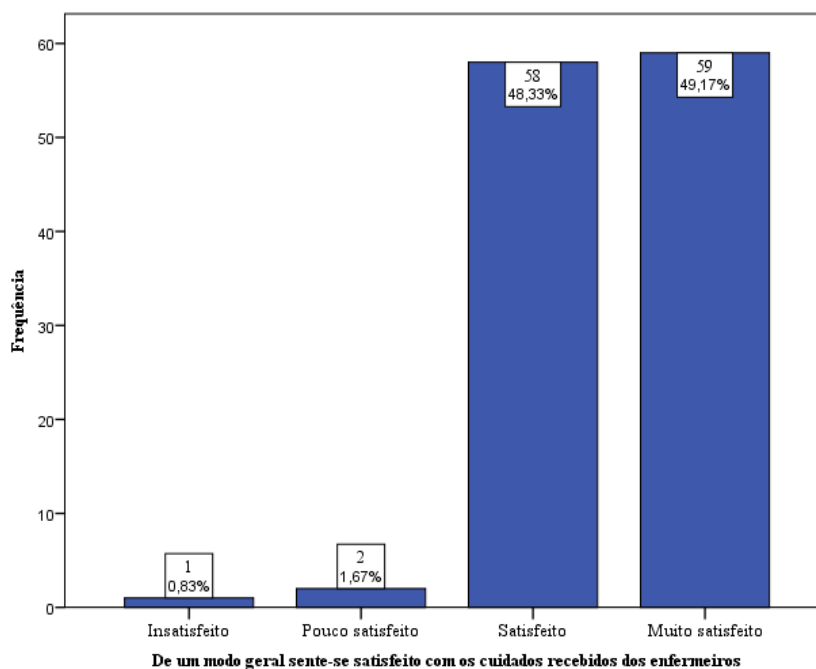


Gráfico 1 - Caracterização da satisfação com os cuidados recebidos

Pela análise do Gráfico 1 verificamos que a grande maioria das mulheres está satisfeita ou muito satisfeita com os cuidados recebidos dos Enfermeiros, verificando-se que 49,17% está muito satisfeita e 48,33% está satisfeita. A insatisfação das mulheres representou apenas cerca de 1%.

A Tabela 3 apresenta os dados relativos à caracterização da amostra relativamente aos cuidados de enfermagem.

Analisando a Tabela 3 verificamos que, de um modo geral, os cuidados de Enfermagem prestados são classificados como bons, muito bons e excelentes. Em termos médios para cada item em estudo os valores obtidos são superiores ou aproximadamente iguais a 3,7 o que indica uma opinião muito favorável sobre os cuidados de Enfermagem. Relativamente aos valores de desvio padrão concluímos que

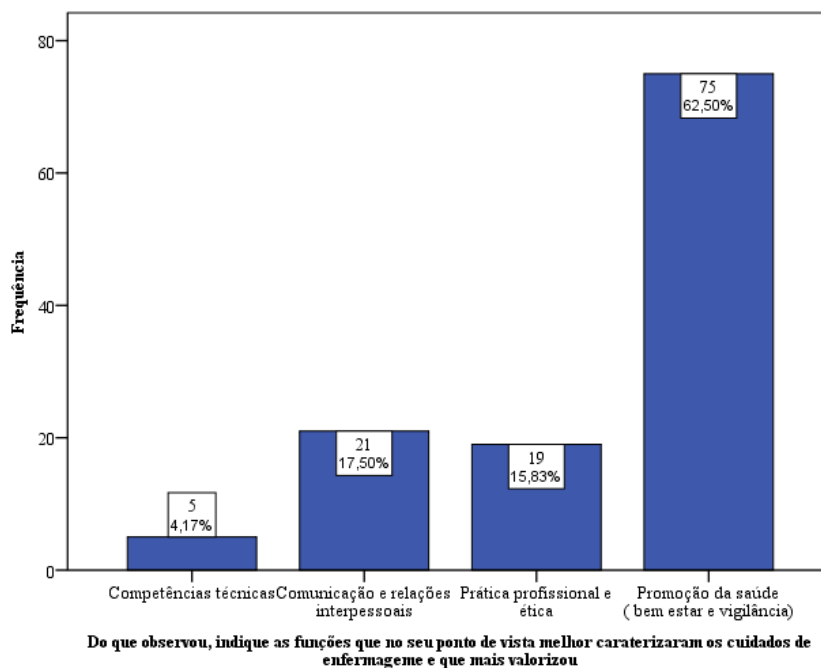
existe alguma discordância de opinião entre as mulheres em estudo pois os valores obtidos são próximos ou superiores a 1.

**Tabela 3 - Caracterização dos cuidados de Enfermagem**

Variável	N	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Média	Desvio Padrão
		%	%	%	%	%		
Aspectos técnicos	120	25,0	27,5	39,2	8,3	0,0	3,692	0,942
Atenção prestada/cuidados	120	30,8	26,7	29,2	12,5	0,8	3,741	1,057
Resposta dos enfermeiros	120	33,3	26,7	25,0	15,0	0,0	3,783	1,070
Cuidados e atenção/cortesia	120	37,5	23,3	25,0	14,2	0,0	3,842	1,085
Informação recebida	120	30,0	26,7	32,5	10,0	0,8	3,750	1,023

Refira-se que 37,5% das mulheres classificaram como excelente os *Cuidados e Atenção*, assim como 33,3% das mulheres classificaram como excelente a *Resposta dos Enfermeiros* e cerca 30% afirmaram que a *Atenção prestada pelos Enfermeiros* e a *Informação recebida* são excelentes.

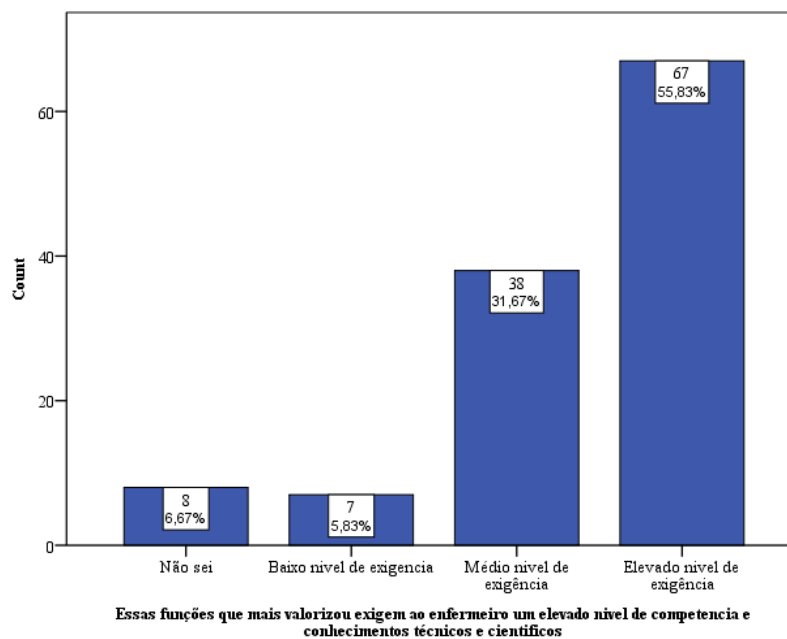
O Gráfico 2 demonstra como as puérperas qualificaram as funções que melhor caracterizam os cuidados de enfermagem.



**Gráfico 2 - Caracterização das funções que melhor caracterizam os cuidados de enfermagem**

Por observação do Gráfico 2 verificamos que a função mais valorizada pelas mulheres inquiridas foi a *Promoção da saúde* através de cuidados de bem-estar e vigilância, referida por 62,5% das mulheres. Por sua vez 17,5% referiram a *Comunicação e relações interpessoais*, cerca de 16% indicaram a *Prática profissional e ética* e aproximadamente 4% referiram as *Competências técnicas*.

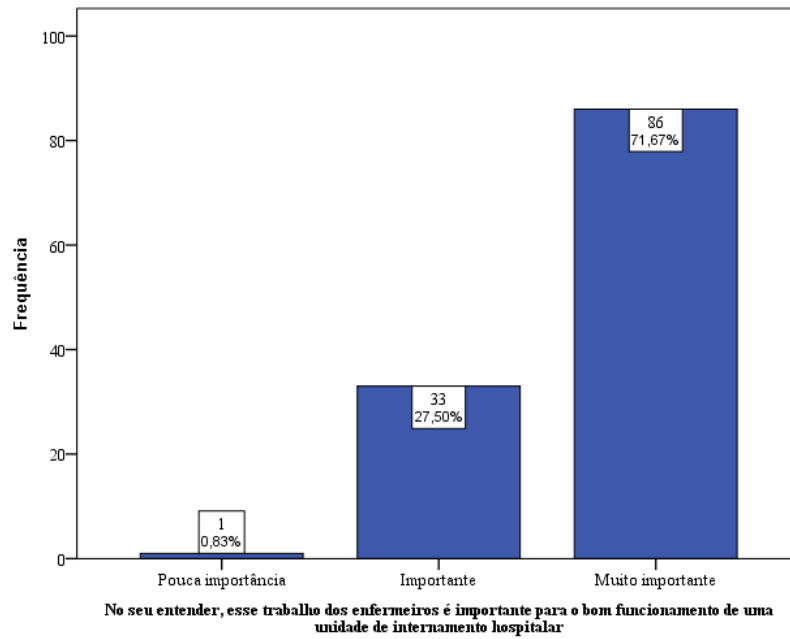
O Gráfico 3 demonstra como as utentes classificam o grau de competência e conhecimentos das funções mais valorizadas.



**Gráfico 3 - Caracterização das competências exigidas aos enfermeiros pelas funções mais valorizadas**

Pela análise do Gráfico 3 constatamos que para a maioria das mulheres inquiridas (55,83%) as competências exigidas aos Enfermeiros nas funções mais valorizadas apresentam elevado nível de exigência de competência e conhecimentos técnicos e científicos; cerca de 32% afirmam que esse nível de exigência é médio e para 5,83% das mulheres o nível de exigência é baixo.

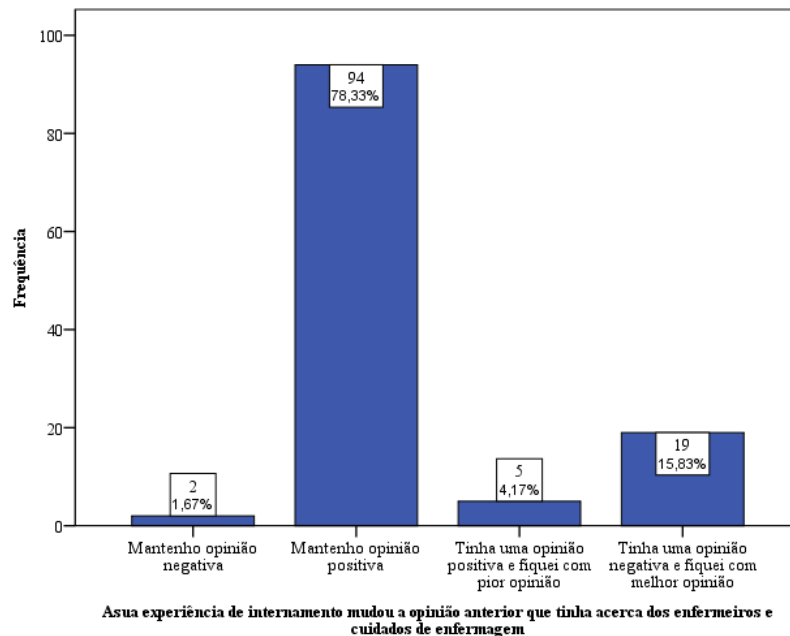
O Gráfico 4 apresenta a caracterização da importância do trabalho dos Enfermeiros pelas puérperas.



**Gráfico 4 - Caracterização da importância do trabalho dos enfermeiros**

Por análise do Gráfico 4 verificamos que o trabalho dos Enfermeiros é classificado por cerca de 72% das mulheres como muito importante para o bom funcionamento de uma unidade de internamento hospitalar. Por sua vez, 27,5% das mulheres afirmaram que tal trabalho desenvolvido pelos Enfermeiros é importante. Apenas uma mulher afirmou que é pouco importante.

O Gráfico 5 exhibe a opinião das utentes relativamente ao internamento.



**Gráfico 5 - Caracterização da opinião das mulheres relativamente ao internamento**

Por análise do Gráfico 5, verificamos que a maioria das mulheres em estudo (78,33%) afirmou que mantém opinião positiva relativamente à experiência de internamento; já cerca de 16% das mulheres declararam que tinham uma opinião negativa e que ficaram com melhor opinião. Por sua vez, 4% das mulheres afirmaram que tinham uma opinião positiva e que ficaram com pior opinião e 1,67% das mulheres confirmaram manter opinião negativa.

#### 4.1.3. Informação disponibilizada pelo Enfermeiro

Pela análise da Tabela 4 verificamos que cerca de 97% das mulheres inquiridas afirmaram que foi explicada a técnica do banho ao recém-nascido pelos Enfermeiros e praticamente a totalidade das mulheres (99%) está satisfeita com a informação recebida relativamente a esta técnica.

**Tabela 4 - Caracterização dos cuidados no banho do recém-nascido**

Questão	Sim	Não	Total
	N (%)	N (%)	N (%)
<b>Foi explicada a técnica do banho ao recém-nascido</b>	116(96,7)	4(3,3)	120(100)
Verificar a temperatura da água	115(99,1)	1(0,9)	116(100)
Higiene dos olhos	114(98,3)	2(1,7)	116(100)
Segurar o bebé	115(99,1)	1(0,9)	116(100)
Lavagem da cabeça do bebé	116(100)	0(0)	116(100)
Lavagem do corpo	115(99,1)	1(0,9)	116(100)
Lavagem dos genitais	110(94,8)	6(5,2)	116(100)
Lavagem e desinfeção do coto umbilical	112(96,6)	4(3,4)	116(100)
Segurar o coto pelo <i>clamp</i>	107(92,2)	9(7,8)	116(100)
Deixar o coto fora da fralda	114(98,3)	2(1,7)	116(100)
<b>Todas</b>	107(92,2)	9(7,8)	116(100)
<b>Está satisfeita com a informação fornecida sobre a tarefa</b>	115(99,1)	1(0,9)	116(100)

A análise a cada item a considerar no banho do bebé é realizada sobre as 116 mulheres que afirmaram que a técnica do banho foi explicada. Assim sendo, constatamos que todas estas mulheres (100%) afirmaram que foi explicado como realizar a lavagem da cabeça do bebé. Por sua vez cerca de 99% das mulheres afirmaram que foi explicado como verificar a temperatura da água, segurar o bebé e como lavar o corpo.

Assim sendo, verificamos que cerca de 92% das cerca de 97% das mulheres afirmaram que todas as técnicas foram explicadas pelos Enfermeiros e por sua vez verificamos que cerca de 99% das mulheres estão satisfeitas com a informação fornecida sobre a tarefa.

A Tabela 5 exemplifica a caracterização dos cuidados de amamentação.

**Tabela 5 - Caracterização dos cuidados de amamentação**

Questão	Sim	Não	Total
	N (%)	N (%)	N (%)
<b>Foram dadas explicações acerca da técnica de amamentação</b>	115(95,8)	5(4,2)	120(100)
Posição da mãe para amamentar	111(96,5)	4(3,5)	115(100)
Posição do bebê, com a boca centrada de frente ao mamilo	111(96,5)	4(3,5)	115(100)
Reconhecimento da pega correta	112(97,4)	3(2,6)	115(100)
Audição da deglutição	104(90,4)	11(9,6)	115(100)
Reconhecimento dos sinais de uma amamentação eficiente	105(91,3)	10(8,7)	115(100)
Duração e periodicidade que o bebê deve mamar	100(87,0)	15(13,0)	115(100)
Saber qual a mama que deve iniciar a mamada	100(87,0)	15(13,0)	115(100)
Saber que deve oferecer uma mama em cada mamada	105(91,3)	10(8,7)	115(100)
<b>Todas</b>	94(81,7)	21(18,3)	115(100)
<b>Está satisfeita com a informação fornecida sobre a tarefa</b>	108(93,9)	7(6,1)	115(100)

Analisando a Tabela 5 verificamos que das mulheres inquiridas cerca de 96% afirmaram que foram dadas explicações acerca da técnica de amamentação e uma percentagem ligeiramente menor (cerca de 94%) está satisfeita com a informação recebida relativamente a esta técnica.

Assim sendo, verificamos que destas mulheres cerca de 97% afirmaram que foi explicado o reconhecimento da pega correta; por sua vez 96,5% das mulheres referiram que foi explicado qual a posição da mãe para amamentar e qual a posição do bebê, com a boca centrada de frente ao mamilo.

Verificamos que, de cerca de 96% das mulheres que referiram que tinham sido dadas explicações sobre a amamentação, aproximadamente 82% afirmaram que foram explicadas todas as técnicas e cerca de 94% das mulheres referiram que estão satisfeitas com a informação fornecida sobre a tarefa.

Na Tabela 6 apresentamos a caracterização dos cuidados a ter no autocuidado após o parto. Pretendemos averiguar se foram devidamente explicados às mães do estudo em desenvolvimento.

**Tabela 6 - Caracterização dos cuidados no autocuidado após o parto**

Questão	Sim	Não	Total
	N (%)	N (%)	N (%)
<b>Foram dadas explicações acerca do seu autocuidado após parto</b>	103(85,8)	17(14,0)	120(100)
Cuidados de higiene e conforto diários	97(94,2)	6(5,8)	103(100)
Cuidados vulvo-perineais em três tempos	93(90,3)	10(9,7)	103(100)
Mudar absorvente higiênico de 4 a 6 horas	95(92,2)	8(7,8)	103(100)
Medidas de alívio da dor	90(87,4)	13(12,6)	103(100)
Lavas as mãos antes e depois de se cuidar	100(97,1)	3(2,6)	103(100)
Sentar-se usando almofada tipo donut	86(83,5)	17(16,5)	103(100)
Caraterísticas dos lóquios	85(82,5)	18(17,5)	103(100)
Cuidados com as mamas	97(94,2)	3(5,8)	103(100)
Uso adequado de um soutien ajustado	92(89,3)	11(10,7)	103(100)
Observação do estado das mamas	91(88,3)	12(11,7)	103(100)
Expressão de algumas gotas de colostro/leite após mamada	94(91,3)	9(8,7)	103(100)
Aplicar gelo nas mamas de modo a reduzir ingurgitamento	91(88,3)	12(11,7)	103(100)
<b>Todas</b>	81(78,6)	22(21,4)	103(100)
<b>Está satisfeita com a informação fornecida sobre a tarefa</b>	92(89,3)	11(10,7)	103(100)
<b>Sente-se confiante na execução destas tarefas após alta</b>	114(95,0)	6(5,0)	120(100)

Pela análise da Tabela 6 verificamos que cerca de 86% das mulheres inquiridas afirmaram que foram dadas explicações acerca do autocuidado após o parto e aproximadamente 89% das mulheres estavam satisfeitas com a informação recebida relativamente a esta técnica.

Verificamos que 97% das mulheres afirmaram que lhes foi dito que deveriam lavar as mãos antes e depois de se cuidarem. Por sua vez cerca de 94% das mulheres referiram que lhes foi indicado quais os cuidados de higiene e conforto diários e quais os cuidados com as mamas.

Refira-se que, das puérperas que afirmaram que lhes foram explicados quais os cuidados a ter no autocuidado após parto (cerca de 86%), houve cerca de 79% de mulheres que referiram que todos os cuidados terão sido indicados, sendo que cerca de

89% das mulheres afirmaram estarem satisfeitas com a informação fornecida sobre a tarefa.

A maioria das mulheres (95%) afirmou sentir-se confiante na execução de todas as tarefas após a alta hospitalar, ou seja, estas mulheres declararam sentir-se capazes de realizar o banho do recém-nascido, a amamentação e o autocuidado fora do ambiente hospitalar.

## 4.2. Análise inferencial

Na Tabela 7 encontra-se a caracterização da satisfação global relativamente aos cuidados de Enfermagem manifestada pelas utentes em estudo, a identificação do teste estatístico utilizado e o respetivo valor de prova de forma a inferir sobre os resultados.

**Tabela 7 - Satisfação global em função das variáveis sociais, demográficas e obstétricas**

Variável	N (120)	Média	Desvio padrão	Teste	p
<b>Idade(anos)</b>					
Até 20	14	3,4286	0,5136	Kruskal-Wallis	0,088
≥ 21 a ≤25	18	3,7222	0,4609		
> 26 a ≤ 30	30	3,5667	0,5040		
> 31 a ≤35	35	3,400	0,5531		
> a 35	23	3,2174	0,7459		
<b>Habilitações</b>					
<b>Literárias</b>					
< ao 9º ano	31	3,3871	0,4951	Kruskal-Wallis	0,488
≥ ao 9º ao ≤ 12º ano	41	3,4878	0,5061		
Formação Superior	48	3,4792	0,6838		
<b>Estado civil</b>					
Casada	36	3,5161	0,5699	Teste t	0,605
Não casada	84	3,4524	0,5892		
<b>Residência</b>					
Cidade	70	3,4571	0,6064	Kruskal-Wallis	0,445
Vila	14	3,2857	6,6113		
Aldeia	36	3,5278	0,5063		
<b>Nº gestações</b>					
Uma	54	3,4630	0,6358	Teste t	0,937
Duas ou mais	66	3,4545	0,5315		
<b>Nº partos</b>					
Um	66	3,4697	0,6132	Teste t	0,813
Dois ou mais	54	3,4444	0,5379		

Pela análise da Tabela 7 e relativamente às variáveis estado civil, número de gestações e número de partos, recorreu-se ao teste paramétrico *t* de forma a inferir sobre os resultados. Para cada uma das situações obteve-se valor de prova superior ao nível de

significância utilizado, 5%, o que indica que as diferenças observadas para cada uma das variáveis não são estatisticamente significativas.

Dado que não se verificou a normalidade dos resíduos dos modelos ANOVA para cada um dos fatores: idade, habilitações literárias e residência recorreu-se ao teste não paramétrico de Kruskal-Wallis para cada uma das situações. Por aplicação do referido teste obteve-se em cada situação o valor de prova superior ao nível de significância de 5% o que indica que as diferenças observadas nos resultados da satisfação global em função da idade, das habilitações literárias e da residência não são estatisticamente significativas.

No entanto, no que respeita à idade da mulher verificamos que em termos médios os índices de maior satisfação ocorrem na faixa etária dos 21 a 25 anos seguindo-se as mulheres da faixa etária dos 26 aos 30 anos. É também para estas faixas etárias que há maior concordância na satisfação global, pois apresenta os valores de desvio padrão mais baixos. O menor índice de satisfação em termos médios ocorre para as mulheres com idade superior a 35 anos. Quanto às habilitações literárias as que se manifestaram mais satisfeitas possuem entre o 9º ao 12º ano de escolaridade, seguindo-se as que possuem formação superior.

No que trata ao estado civil verificamos que as mulheres mais satisfeitas são as solteiras e quanto ao número de gestações e ao número de partos são as que registaram apenas uma gestação e um parto, respetivamente.

A Tabela 8 demonstra os coeficientes de correlação entre a satisfação global e aspetos avaliados pelas utentes.

Pela análise da Tabela 8 observamos que todos os coeficientes de correlação apresentados são estatisticamente significativos e positivos; o aumento de satisfação numa variável conduz ao aumento de satisfação na outra que lhe está correlacionada. Relativamente à satisfação global verificamos que os valores de correlação de Spearman relativos a todos os aspetos avaliados revelam uma relação moderada. Por sua vez as correlações entre os aspetos avaliados: técnicos, atenção prestada, resposta dos enfermeiros à chamada, cuidados e atenção e informação recebida, revelam uma relação forte. De outro modo, podemos concluir que a satisfação das puérperas em qualquer aspeto avaliado influencia e é influenciada significativamente pela satisfação manifestada pelas puérperas nos outros aspetos.

**Tabela 8 - Coeficientes de correlação de Spearman entre satisfação global e aspetos avaliados pelas puérperas**

	Satisfação Global	Aspetos Técnicos	Atenção prestada	Resposta do Enf <sup>os</sup> . à chamada	Cuidados e Atenção	Informação recebida
Satisfação Global	1	0,546*	0,541*	0,412*	0,554*	0,517*
Aspetos Técnicos		1	0,828*	0,750*	0,793*	0,810*
Atenção prestada			1	0,736*	0,789*	0,745*
Resposta				1	0,805*	0,765*
Cuidados e Atenção					1	0,832*
Informação recebida						1

\* -Valor estatisticamente significativo a 5%

Na Tabela 9 encontram-se os resultados das frequências absolutas e relativas relativamente ao cruzamento da satisfação global das puérperas (satisfeito ou muito satisfeito) *versus* funções que melhor caracterizam os cuidados de Enfermagem, nível de exigência de competência técnica e científica dessas funções, importância do trabalho dos Enfermeiros para o funcionamento do internamento e opinião sobre o internamento.

Apresentam-se também os valores de prova resultantes da aplicação do teste exato de Fisher em cada situação.

Pela análise da Tabela 9 verificamos que relativamente às funções que melhor caracterizam os cuidados de Enfermagem, a maioria das puérperas referiu a promoção da saúde (73) e destas 39 revelaram estar muito satisfeitas quanto à avaliação global dos cuidados de Enfermagem. Na realidade o equilíbrio entre o número de mulheres satisfeitas e muito satisfeitas verifica-se em cada uma das funções referidas.

**Tabela 9 - Satisfação global em função da opinião das puérperas relativamente às funções dos enfermeiros e sobre o internamento e resultados do teste de Fisher**

Questão	Respostas	Satisfação global			Teste	p
		Satisfeito fo (fe)	Muito satisfeito fo (fe)	Total fo (fe)		
<b>Funções que melhor caracterizam os cuidados de enfermagem</b>	Competências técnicas	2(2,0)	2(2,0)	4(4,0)	Fisher	0,878
	Comunicações e relações interpessoais	12(10,4)	9(10,6)	21(21,0)		
	Prática profissional e ética	10(9,4)	9(9,5)	19(19,0)		
	Promoção da saúde	34(36,2)	39(36,8)	73(73,0)		
<b>Nível de exigência de competência técnica e científica</b>	Não sei	3(3,5)	4(3,5)	7(7,0)	Fisher	0,068
	Baixo nível	4(3,5)	3(3,5)	7(7,0)		
	Médio nível	24(17,8)	12(18,2)	36(36,0)		
	Elevado nível	27(33,2)	40(33,8)	67(67,0)		
<b>Importância do trabalho para o funcionamento de internamento</b>	Pouco importante	1(0,5)	0(0,5)	1(1,0)	Fisher	0,001*
	Importante	23(15,4)	8(15,6)	31(31,0)		
	Muito importante	34(42,1)	51(42,9)	85(85,0)		
<b>Experiência de internamento mudou opinião acerca dos enfermeiros e cuidados de Enfermagem</b>	Mantenho opinião positiva	46 (46,6)	48(47,4)	94(94,0)	Fisher	0,689
	Tinha opinião positiva mas piorou	3(2,0)	1(2,0)	4(4,0)		
	Tinha opinião positiva mas melhorou	9(9,4)	10(9,6)	19(19,0)		
<b>Total</b>		<b>58(58,0)</b>	<b>59(59,0)</b>	<b>117(117)</b>		

\* -Valor estatisticamente significativo a 5%

No que trata ao nível de exigência e competência técnica e científica a maioria das puérperas indicou que é elevado, seguindo o nível médio. Neste ponto o número de mulheres que manifestaram estar satisfeitas e as que estão muito satisfeitas não se encontra tão equilibrado em cada nível de exigência como na questão anterior.

Quanto à importância do trabalho dos enfermeiros para o funcionamento do internamento verificamos que a maioria das puérperas afirma que é muito importante. Refira-se que no nível importante a maioria das mulheres (23) está globalmente satisfeita e 8 mulheres estão muito satisfeitas. Por sua vez no nível muito importante a maioria das mulheres está muito satisfeita.

Relativamente à opinião sobre o internamento verificamos que a opinião positiva mantida após internamento é a opção escolhida pela maioria das puérperas. Para esta questão verificamos equilíbrio entre o número de mulheres globalmente satisfeitas ou muito satisfeitas para cada opção de resposta.

Pela aplicação do teste de Fisher a cada situação concluímos que para o nível de significância de 1% existe associação estatisticamente significativa para afirmar que segundo as puérperas em estudo a satisfação global está estatisticamente associada à importância do trabalho dos Enfermeiros para o funcionamento da unidade de internamento.

Relativamente às outras variáveis: funções que melhor caracterizam os cuidados de enfermagem, nível de exigência de competência técnica e científica dessas funções e opinião sobre o internamento não existe associação estatisticamente significativa a um nível de significância de 5% que permita afirmar que estejam significativamente associadas à satisfação global.

Na Tabela 10 encontram-se os resultados das frequências absolutas e relativas relativamente ao cruzamento da caracterização da forma como os Enfermeiros comunicam (regular, bom, muito bom e excelente) *versus* informação disponibilizada sobre o banho ao recém-nascido, amamentação e autocuidado. Apresentam-se também os valores de prova resultantes da aplicação do teste exato de Fisher em cada situação.

**Tabela 10 - Forma como os enfermeiros comunicaram em função da opinião das puérperas relativamente à informação disponibilizada e resultados do teste de Fisher**

Questão	Resposta	Forma como os enfermeiros comunicaram					Teste	P
		Regular fo (fe)	Bom fo (fe)	Muito Bom fo (fe)	Excelente fo (fe)	Total fo (fe)		
Informação disponibilizada sobre o banho	Sim	9(9,8)	39(38,3)	32(31,5)	35(35,4)	115(115)	Fisher	0,107
	Não	1(0,2)	0(0,7)	0(0,5)	1(0,6)	2(2,0)		
	<b>Total</b>	<b>10(10,0)</b>	<b>39(39,0)</b>	<b>32(32,0)</b>	<b>36(36,0)</b>	<b>117(117)</b>		
Satisfeita informação sobre o banho	Sim	9(8,9)	38(38,7)	32(31,7)	35(34,7)	114(114)	Fisher	0,999
	Não	0(0,9)	1(0,3)	0(0,3)	0(0,3)	1(1,0)		
	<b>Total</b>	<b>9(9,0)</b>	<b>39(39,0)</b>	<b>32(32,0)</b>	<b>35(35,0)</b>	<b>115(115)</b>		
Informação disponibilizada sobre amamentação	Sim	9(9,7)	38(38,0)	31(31,2)	36(35,1)	114(114)	Fisher	0,265
	Não	1(0,3)	18(1,0)	18(0,8)	0(0,9)	3(3,0)		
	<b>Total</b>	<b>10(10,0)</b>	<b>39(39,0)</b>	<b>32(32,0)</b>	<b>36(36,0)</b>	<b>117(117)</b>		
Satisfeita informação sobre a amamentação	Sim	8(8,5)	35(36,0)	29(29,4)	36(34,1)	108(108)	Fisher	0,237
	Não	1(0,5)	3(2,0)	2(1,6)	0(1,9)	6(6,0)		
	<b>Total</b>	<b>9(9,0)</b>	<b>38(38,0)</b>	<b>31(31,0)</b>	<b>36(36,0)</b>	<b>114(114)</b>		
Informação disponibilizada sobre autocuidado	Sim	7(8,8)	34(34,3)	27(28,2)	35(31,7)	103(103)	Fisher	0,066
	Não	3(1,2)	5(4,7)	5(3,8)	1(4,3)	14(14,0)		
	<b>Total</b>	<b>10(10,0)</b>	<b>39(39,0)</b>	<b>32(32,0)</b>	<b>36(36,0)</b>	<b>117(117)</b>		
Satisfeita informação sobre o autocuidado	Sim	5(6,3)	29(30,4)	25(24,1)	33(31,3)	92(92,0)	Fisher	0,229
	Não	2(0,7)	5(3,6)	2(2,9)	2(3,7)	11(11,0)		
	<b>Total</b>	<b>7(7,0)</b>	<b>34(34,0)</b>	<b>27(27,0)</b>	<b>35(36,50)</b>	<b>103(103)</b>		

Pela análise da Tabela 10 verificamos que a maioria das puérperas referiu ter recebido informação e estar satisfeita com essa informação relativamente aos cuidados a ter no banho do recém-nascido, na amamentação e no autocuidado. Verificamos que, para cada um dos itens, a caracterização da forma como os Enfermeiros comunicaram varia essencialmente entre bom a excelente. Registe-se que as frequências observadas se aproximam das frequências esperadas em cada ponto em análise.

A um nível de significância de 5% concluímos que não existe associação estatisticamente significativa para afirmar que a forma como os Enfermeiros comunicam esteja significativamente associada à receção e satisfação com a informação sobre os cuidados a ter no banho do recém-nascido, amamentação e autocuidado.

Na Tabela 11 (Hipótese 1) encontram-se os resultados das frequências absolutas e relativas relativamente ao cruzamento da caracterização da satisfação com a informação disponibilizada sobre a execução da técnica do banho ao recém-nascido *versus* todos os tópicos que essa informação deverá contemplar. Apresentam-se também os valores de prova resultantes da aplicação do teste exato de Fisher em cada situação.

Pela análise da Tabela 11 verificamos que a maioria das mulheres (115) está satisfeita com a informação disponibilizada sobre a execução da técnica do banho ao recém-nascido e que para todos os tópicos abordados a maioria das mulheres afirmou ter recebido informação. Nos casos onde se aplicou o teste de Fisher (os tópicos que registaram mais mulheres a afirmarem que não lhes foi explicado) concluímos que não existe associação estatisticamente significativa entre a explicação do tópico e a satisfação com a informação.

**Tabela 11 - Satisfação com a informação disponibilizada sobre a execução da técnica do banho e os tópicos a abordar e resultados do teste de Fisher**

Questão	Resposta	Está satisfeita com a informação disponibilizada sobre a execução da técnica do banho ao RN?			Teste	p
		Sim fo (fe)	Não fo (fe)	Total fo (fe)		
Verificar a temperatura da água	Sim	114(114,0)	1(1,0)	115(115)	Não se aplica	---
	Não	1(1,0)	0(0,0)	1(1,0)		
	<b>Total</b>	<b>115(115,0)</b>	<b>1(1,0)</b>	<b>116(116,0)</b>		
Higiene dos olhos	Sim	113(113,0)	1(1,0)	114(114,0)	Não se aplica	---
	Não	2(2,0)	0(0,0)	2(2,0)		
	<b>Total</b>	<b>115(115,0)</b>	<b>1(1,0)</b>	<b>116(116,0)</b>		
Segurar o bebê	Sim	114(114,0)	1(1,0)	115(115)	Não se aplica	---
	Não	1(1,0)	0(0,0)	1(1,0)		
	<b>Total</b>	<b>115(115,0)</b>	<b>1(1,0)</b>	<b>116(116,0)</b>		
Lavagem da cabeça do bebê	Sim	115(115,0)	1(1,0)	116(116,0)	Não se aplica	---
	Não	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)		
	<b>Total</b>	<b>115(115,0)</b>	<b>1(1,0)</b>	<b>116(116,0)</b>		
Lavagem do corpo	Sim	114(114,0)	1(1,0)	115(115)	Não se aplica	---
	Não	1(1,0)	0(0,0)	1(1,0)		
	<b>Total</b>	<b>115(115,0)</b>	<b>1(1,0)</b>	<b>116(116,0)</b>		
Lavagem dos genitais	Sim	109(109,1)	1(0,9)	110(110,0)	Fisher	0,999
	Não	6(5,9)	0(0,1)	6(6,0)		
	<b>Total</b>	<b>115(115,0)</b>	<b>1(1,0)</b>	<b>116(116,0)</b>		
Lavagem e desinfecção do coto umbilical	Sim	112(111,0)	0(1,0)	112(112,0)	Não se aplica	---
	Não	3(4,0)	1(0,0)	4(4,0)		
	<b>Total</b>	<b>115(115,0)</b>	<b>1(1,0)</b>	<b>116(116,0)</b>		
Segurar o coto pelo clamp	Sim	106(106,1)	1(0,9)	107(107,0)	Fisher	0,999
	Não	9(8,9)	0(0,1)	9(9,0)		
	<b>Total</b>	<b>115(115,0)</b>	<b>1(1,0)</b>	<b>116(116,0)</b>		
Deixar o coto fora da fralda	Sim	113(113,0)	1(1,0)	114(114,0)	Não se aplica	---
	Não	2(2,0)	0(0,0)	2(2,0)		
	<b>Total</b>	<b>115(115,0)</b>	<b>1(1,0)</b>	<b>116(116,0)</b>		
Todas	Sim	106(106,1)	1(0,9)	107(107,0)	Fisher	0,999
	Não	9(8,9)	0(0,1)	9(9,0)		
	<b>Total</b>	<b>115(115,0)</b>	<b>1(1,0)</b>	<b>116(116,0)</b>		

Na Tabela 12 (Hipótese 2) encontram-se os resultados das frequências absolutas e relativas relativamente ao cruzamento da caracterização da satisfação com a informação disponibilizada sobre a execução da técnica da amamentação versus todos os tópicos que essa informação deverá contemplar. Apresentam-se também os valores de prova resultantes da aplicação do teste exato de Fisher em cada situação.

**Tabela 12 - Satisfação com a informação disponibilizada sobre a execução da técnica da amamentação e os tópicos a abordar e resultados do teste de Fisher**

Questão	Resposta	Está satisfeita com a informação disponibilizada sobre a execução da técnica da amamentação?			Teste	p
		Sim fo (fe)	Não fo (fe)	Total fo (fe)		
Posição da mãe para amamentar	Sim	105(104,2)	6(6,8)	111(111,0)	Fisher	0,225
	Não	3(3,8)	1(0,2)	4(4,0)		
	<b>Total</b>	<b>108(108,0)</b>	<b>7(7,0)</b>	<b>115(115,0)</b>		
Posição do bebé, com a boca centrada de frente ao mamilo	Sim	106(104,2)	58(6,8)	111(111,0)	Fisher	0,018*
	Não	2(3,8)	2(0,2)	4(4,0)		
	<b>Total</b>	<b>108(108,0)</b>	<b>7(7,0)</b>	<b>115(115,0)</b>		
Reconhecimento da pega correta	Sim	105(105,2)	7(6,8)	112(112,0)	Fisher	0,999
	Não	3(2,8)	0(0,2)	3(3,0)		
	<b>Total</b>	<b>108(108,0)</b>	<b>7(7,0)</b>	<b>115(115,0)</b>		
Audição da deglutição	Sim	100(97,7)	4(6,3)	104(104,0)	Fisher	0,019*
	Não	8(10,3)	3(0,7)	11(11,0)		
	<b>Total</b>	<b>108(108,0)</b>	<b>7(7,0)</b>	<b>115(115,0)</b>		
Reconhecimento dos sinais de uma amamentação eficiente	Sim	101(98,6)	4(6,4)	105(105,0)	Fisher	0,014*
	Não	7(9,4)	3(0,6)	10(10,0)		
	<b>Total</b>	<b>108(108,0)</b>	<b>7(7,0)</b>	<b>115(115,0)</b>		
Duração e periodicidade que o bebé deve mamar	Sim	98(93,9)	2(6,1)	100(100,0)	Fisher	0,000*
	Não	10(14,1)	5(0,9)	15(15,0)		
	<b>Total</b>	<b>108(108,0)</b>	<b>7(7,0)</b>	<b>115(115,0)</b>		
Saber qual a mama que deve iniciar a mamada	Sim	98(93,9)	2(6,1)	100(100,0)	Fisher	0,000*
	Não	10(14,1)	5(0,9)	15(15,0)		
	<b>Total</b>	<b>108(108,0)</b>	<b>7(7,0)</b>	<b>115(115,0)</b>		
Saber que deve oferecer uma mama em cada mamada	Sim	103(98,6)	2(6,4)	105(105,0)	Fisher	0,000*
	Não	5(9,4)	5(0,6)	10(10,0)		
	<b>Total</b>	<b>108(108,0)</b>	<b>7(7,0)</b>	<b>115(115,0)</b>		
Todas	Sim	94(88,3)	0(5,7)	94(94,0)	Fisher	0,000*
	Não	14(19,7)	7(1,3)	21(21,0)		
	<b>Total</b>	<b>108(108,0)</b>	<b>7(7,0)</b>	<b>115(115,0)</b>		

\* -Valor estatisticamente significativo a 5%

Por análise da Tabela 12 verificamos que das 115 mulheres que afirmaram que lhes foi disponibilizada informação acerca da execução da técnica de amamentação a maioria, 108, responderam que ficaram satisfeitas com tal informação e as restantes sete afirmaram não terem ficado satisfeitas. Também é de referir que foram 94 as mulheres que afirmaram que todos os tópicos da amamentação lhes foram explicados. Alguns aspetos da amamentação registaram um número considerado de puérperas (variando entre dez a quinze) que afirmaram que não lhes foi explicado, nomeadamente: “Duração e periodicidade que o bebé deve mamar”; “Saber qual a mama que deve iniciar a mamada”; “Audição da deglutição”; “Reconhecimento dos sinais de uma amamentação eficiente” e “Saber que deve oferecer uma mama em cada mamada”.

Quanto aos resultados de aplicação do teste exato de Fisher concluímos para o nível de significância considerado que existe associação estatisticamente significativa para afirmar que a satisfação com a informação disponibilizada sobre a amamentação está significativamente associada à explicação de cada tópico a abordar, com exceção dos tópicos: “*Posição da mãe para amamentar*” e “*Reconhecimento da pega correta*”.

Na Tabela 13 (Hipótese 3) encontram-se os resultados das frequências absolutas e relativas relativamente ao cruzamento da caracterização da satisfação com a informação disponibilizada sobre a execução do autocuidado após o parto *versus* todos os tópicos que essa informação deverá contemplar. Apresentam-se também os valores de prova resultantes da aplicação do teste exato de Fisher em cada situação.

Por análise da Tabela 13 verificamos que das 103 mulheres que afirmaram que lhes foi disponibilizada informação acerca da execução do autocuidado após o parto tem-se que a maioria, 92, responderam que ficaram satisfeitas com tal informação e as restantes onze afirmaram não terem ficado satisfeitas. Também é de referir que foram 92 as mulheres que afirmaram que todos os tópicos do autocuidado lhes foram explicados. Alguns aspetos do autocuidado registaram um número considerado de puérperas (variando entre dez a dezoito) que afirmaram que não lhes foi explicado, nomeadamente: “*Cuidados vulvo-perineais em três tempos*”; “*Medidas de alívio da dor*”; “*Sentar-se usando almofada tipo donut*”; “*Caraterísticas dos lóquios*”; “*Uso adequado de um soutien ajustado*”; “*Observação do estado das mamas*” e “*Aplicar gelo nas mamas de modo a reduzir ingurgimento*”.

Quanto aos resultados de aplicação do teste exato de Fisher concluímos para o nível de significância considerado que existe associação estatisticamente significativa para afirmar que a satisfação com a informação disponibilizada sobre o autocuidado está significativamente associada à explicação de cada tópico a abordar.

**Tabela 13 - Satisfação com a informação disponibilizada sobre a execução do autocuidado após o parto e os tópicos a abordar e resultados do teste de Fisher**

Questão	Resposta	Está satisfeita com a informação disponibilizada sobre a execução do autocuidado após o parto?			Teste	p
		Sim fo (fe)	Não fo (fe)	Total fo (fe)		
Cuidados de higiene e conforto diários	Sim	89(86,6)	8(10,4)	97(97,0)	Fisher	0,015*
	Não	3(5,4)	3(0,6)	6(6,0)		
	<b>Total</b>	<b>92(92,0)</b>	<b>11(11,0)</b>	<b>103(103,0)</b>		
Cuidados vulvo-perineais em três tempos	Sim	89(83,1)	4(9,9)	93(93,0)	Fisher	0,000*
	Não	3(8,9)	7(1,1)	10(10,0)		
	<b>Total</b>	<b>92(92,0)</b>	<b>11(11,0)</b>	<b>103(103,0)</b>		
Mudar absorvente higiênico de 4 a 6 horas	Sim	90(84,9)	5(10,1)	95(95,0)	Fisher	0,000*
	Não	2(7,1)	6(0,9)	8(8,0)		
	<b>Total</b>	<b>92(92,0)</b>	<b>11(11,0)</b>	<b>103(103,0)</b>		
Medidas de alívio da dor	Sim	89(80,4)	4(9,6)	90(90,0)	Fisher	0,000*
	Não	6(11,6)	7(1,4)	13(13,0)		
	<b>Total</b>	<b>92(92,0)</b>	<b>11(11,0)</b>	<b>103(103,0)</b>		
Lavas as mãos antes e depois de se cuidar	Sim	92(89,3)	8(10,7)	100(100,0)	Fisher	0,001*
	Não	0(2,7)	3(0,3)	3(3,0)		
	<b>Total</b>	<b>92(92,0)</b>	<b>11(11,0)</b>	<b>103(103,0)</b>		
Sentar-se usando almofada tipo donut	Sim	85(76,8)	1(9,2)	86(86,0)	Fisher	0,000*
	Não	7(15,2)	10(1,8)	17(17,0)		
	<b>Total</b>	<b>92(92,0)</b>	<b>11(11,0)</b>	<b>103(103,0)</b>		
Caraterísticas dos lóquios	Sim	83(75,9)	2(9,1)	85(85,0)	Fisher	0,000*
	Não	9(16,1)	9(1,9)	18(18,0)		
	<b>Total</b>	<b>92(92,0)</b>	<b>11(11,0)</b>	<b>103(103,0)</b>		
Cuidados com as mamas	Sim	90(86,6)	7(10,4)	97(97,0)	Fisher	0,001*
	Não	2(5,4)	4(0,6)	6(6,0)		
	<b>Total</b>	<b>92(92,0)</b>	<b>11(11,0)</b>	<b>103(103,0)</b>		
Uso adequado de um soutien ajustado	Sim	88(82,2)	4(9,8)	92(92,0)	Fisher	0,000*
	Não	4(9,8)	7(1,2)	11(11,0)		
	<b>Total</b>	<b>92(92,0)</b>	<b>11(11,0)</b>	<b>103(103,0)</b>		
Observação do estado das mamas	Sim	87(81,3)	4(9,7)	91(91,0)	Fisher	0,000*
	Não	5(10,7)	7(1,3)	12(12,0)		
	<b>Total</b>	<b>92(92,0)</b>	<b>11(11,0)</b>	<b>103(103,0)</b>		
Expressão de algumas gotas de colostro/leite após mamada	Sim	89(84,0)	5(10,0)	94(94,0)	Fisher	0,000*
	Não	3(8,0)	6(1,0)	9(9,0)		
	<b>Total</b>	<b>92(92,0)</b>	<b>11(11,0)</b>	<b>103(103,0)</b>		
Aplicar gelo nas mamas de modo a reduzir ingurgimento	Sim	87(81,3)	4(9,7)	91(91,0)	Fisher	0,000*
	Não	5(10,7)	7(1,3)	12(12,0)		
	<b>Total</b>	<b>92(92,0)</b>	<b>11(11,0)</b>	<b>103(103,0)</b>		
Todas	Sim	81(72,3)	0(8,7)	81(81,0)	Fisher	0,000*
	Não	11(19,7)	11(2,3)	22(22,0)		
	<b>Total</b>	<b>92(92,0)</b>	<b>11(11,0)</b>	<b>103(103,0)</b>		

\* -Valor estatisticamente significativo a 5%



## **5. DISCUSSÃO**

### **5.1. Discussão da metodologia**

A discussão da metodologia aplicada é efetuada considerando a escolha do tipo de amostra e o instrumento de recolha de dados utilizado.

A seleção desta amostra baseou-se na necessidade de obter evidência científica para as questões relacionadas com a saúde da mulher, neste local e neste período da sua vida, o puérperio, que se assume como uma fase crítica na prestação de cuidados à mãe e à criança e na qual a aplicação de boas práticas de Enfermagem se reveste de primordial importância tanto o conhecimento da satisfação relativamente aos cuidados recebidos, como a qualidade de assistência e preparação para os desafios após a alta (1,31,33).

Optamos pela aplicação de um questionário pelas suas múltiplas vantagens, como sejam, o tamanho da amostra (120), a pouca interferência do investigador em relação às questões relacionadas com a satisfação, garantindo assim a privacidade das respostas, a fácil aplicação e ainda, permite recolher grande quantidade de informação.

As desvantagens mais relevantes da aplicação deste questionário relacionaram-se com a impossibilidade de poder esclarecer as puérperas sobre possíveis dúvidas que surgissem ao longo do preenchimento do questionário, pois assim poderiam ser identificadas e seria colocado em risco o princípio do anonimato.

As limitações deste estudo poderão estar relacionadas com os resultados obtidos, pois estes apenas dizem respeito à opinião expressa pelas puérperas inquiridas, não podendo ser extrapolado para a população em geral.

### **5.2. Discussão dos resultados**

#### **5.2.1. Dados sociodemográficos e obstétricos**

A idade média das mulheres desta amostra foi 30 anos. A maioria era casada, tendo em média 1,6 filhos, sendo que este valor está acima do verificado na população feminina a nível nacional que neste momento é de 1,28 filhos por mulher, sendo também a maior parte casadas apesar de a prevalência ser menor (54%)<sup>(6)</sup>. Outro estudo

apresentou resultados semelhantes aos deste trabalho, no qual a média de idades foi de 30,6 anos e cada mulher teve em média 1,4 filhos verificando-se um aumento da idade das puérperas de 1991 para 2008, com uma maior proporção nas faixas etárias superiores aos 25 anos e diminuição nas idades inferiores <sup>(7)</sup>. De realçar, contudo, que a maternidade em idades mais tardias acarreta um risco de saúde aumentado relacionado com a gravidez e parto<sup>(1)</sup>.

Relativamente à escolaridade, observamos que mais de metade das mulheres (60%) tem escolaridade até ao ensino secundário e as licenciadas representam cerca de um terço (34%) da população o que vai de encontro aos dados nacionais de 2012<sup>(6)</sup>. Em termos profissionais a maioria exerce uma atividade profissional (83%). Um estudo<sup>(95)</sup> em populações semelhantes encontrou características sociais e económicas similares: a população alvo, na sua maioria exercia atividade laboral (73,4%), tinha o ensino secundário (33,6%) e cerca de 31% possuía o ensino superior. É de referir que as mulheres possuem qualificações mais elevadas do que os homens e que cerca de 61% dos licenciados é do sexo feminino<sup>(96)</sup>. De facto, as mulheres integram o mercado de trabalho, mas com taxas de desemprego elevadas<sup>(7)</sup>. Estes aspetos revelam-se importantes para o desenvolvimento da sociedade em geral e repercutindo-se na saúde da mulher uma vez que um maior nível de informação dá mais possibilidades, em princípio, de poder fazer escolhas mais saudáveis e seguras. O adiamento da maternidade reflete as mudanças epidemiológicas e demográficas que se têm verificado no ciclo da vida dos indivíduos, particularmente da mulher, em que a educação e a vida profissional têm vindo a desempenhar um papel cada vez mais relevante. Disto resulta uma entrada mais tardia na conjugalidade e parentalidade<sup>(7)</sup>. No entanto, segundo o PNS, a saúde da população Portuguesa tem melhorado de forma consistente nas últimas décadas, como resultado, também de um contexto demográfico e socioeconómico melhorado<sup>(8)</sup>.

Quanto à caracterização obstétrica a maior percentagem da amostra é multigesta (55%). Outro estudo<sup>(97)</sup> revelou que a amostra era bastante equilibrada quanto ao número de primigestas e multigestas (50,5% e 49,5%, respetivamente) e verificou uma maior proporção de primíparas (55%). Já outro estudo<sup>(98)</sup> averiguou um aumento de primíparas de 38% para 52% em 1991 e 2008, respetivamente. Não se verificou equilíbrio entre a gestação e a paridade.

Toda a mulher deve vigiar a sua gravidez, é uma ocasião privilegiada e momento único, sendo importante a avaliação do seu estado de saúde, tendo como objetivo

rastrear, prevenir ou tratar situações possíveis de colocar em risco a saúde materna e/ou fetal ou perinatal<sup>(17, 18)</sup>. O nosso estudo encontrou 95% de mulheres com gravidez vigiada e 95,8% de mulheres com gravidez desejada; verificamos também que a maioria realizou preparação para o parto (59,2%). Investigadores<sup>(17, 18, 99)</sup> referem como motivo de frequência da preparação para o parto a necessidade de maior informação, sendo um apoio/suporte social formal de assistência e apoio às grávidas/casal/família na experiência da gravidez/parto/puerpério. Outros estudos<sup>(95, 98)</sup> revelaram que a maioria das mulheres vigiou a gravidez (97%) e cerca de 87% também a desejou, sendo que a sua maioria também frequentou o curso de preparação para o parto (78,5%), estando este valor ligeiramente acima do verificado no presente estudo. Esta diferença pode ser justificada pelo facto de, apesar de existirem esses serviços, a distância para o acesso aos mesmos implica tempo e recursos económicos. Assim, persistem disparidades na nossa sociedade que podem condicionar um aumento da vulnerabilidade<sup>(1)</sup>.

Apesar da vigilância e da preparação para o parto não ser, ainda, a que se pretende, verificamos que a adesão das mulheres a estas consultas é superior comparativamente com anos anteriores, entre 2002 e 2010: nos centros de saúde, as consultas de obstetrícia-ginecologia cresceram ligeiramente (2,0%) e as de saúde materna significativamente (24,0%)<sup>(7)</sup>.

### 5.2.2. Opinião sobre os cuidados recebidos

Quanto à satisfação geral das mulheres em estudo relativamente aos cuidados recebidos pelos Enfermeiros, a maioria está satisfeita. Cerca de metade das mulheres está muito satisfeita e 48% está satisfeita. Os resultados obtidos vão ao encontro dos resultados de outro estudo<sup>(94)</sup>, nos quais as puérperas se revelaram muito satisfeitas e satisfeitas com os cuidados de enfermagem (64% e 32%, respetivamente). Estes resultados são corroborados por outros estudos nos quais a satisfação com os cuidados de enfermagem é uma realidade<sup>(100, 101)</sup>.

A satisfação dos utentes quanto aos cuidados de Enfermagem constitui um importante e legítimo indicador da qualidade dos cuidados prestados, sendo este formalmente reconhecido para tal, pela OE<sup>(102)</sup>.

Quanto aos cuidados de enfermagem prestados especificamente (aspetos técnicos e atenção prestada pelos Enfermeiros às puérperas), de um modo geral foram classificados como bons, muito bons ou excelentes. Os aspetos técnicos (forma como o Enfermeiro desempenhou as atividades de administração de medicamentos, efetuou

tratamentos, apoiou na alimentação, higiene e conforto) foram classificados como bons por cerca de 39% das puérperas neste estudo, sendo que noutra investigação similar<sup>(94)</sup> estes aspetos foram considerados como muito bons (52%). No nosso estudo cerca de 38% das mulheres classificaram como excelente os *Cuidados e Atenção*: cortesia, respeito, amizade e gentileza com que foi cuidado pelos Enfermeiros. Na investigação comparativa<sup>(94)</sup>, foram considerados estes aspetos também como excelentes (44%). Quanto à *Resposta dos Enfermeiros às suas chamadas* (rapidez com que acorrem a ajudar a utente), verificamos no presente estudo que 33% das mulheres classificaram este aspeto como excelente. Relativamente ao estudo comparativo referido<sup>(94)</sup> estes itens foram classificados como muito bons (40%). No presente estudo cerca de 31% das puérperas considerou excelente a *Atenção prestada pelos Enfermeiros ao seu estado de saúde* (a frequência com que vigiou o seu estado de saúde) e 30% classificou como excelente a *Informação recebida* (a forma como comunicaram). No estudo mencionado<sup>(94)</sup> relativamente a estes aspetos foram classificados como muito bons a atenção prestada pelos Enfermeiros ao seu estado de saúde (40%) e quanto à informação recebida (44%).

Outro estudo<sup>(103)</sup> apurou resultados semelhantes aos obtidos por nós. Foram abordados vários itens relativos à satisfação das utentes: pontualidade nos cuidados, competência, cortesia e carinho classificado como muito boa em cerca de 59%. A relação de ajuda avaliada em várias questões: tempo dispendido, interesse, confiança, forma como ouvir, atenção e ajuda para enfrentar problemas emocionais, sendo classificados como muito boa com cerca de 57%. Outros itens foram avaliados a confidencialidade da informação, procedimentos realizados, ensinamentos, aconselhamentos, explicações das técnicas, conhecimento sobre o estado de saúde, entre outras foram avaliadas como muito bom pela sua maioria acima dos 58%.

Pelos valores que se encontram expostos as participantes demonstraram opinião positiva relativamente ao desempenho dos Enfermeiros, valorizando cada vez mais os aspetos relacionais e humanos não desvalorizando os técnicos, como também refere outro estudo<sup>(94)</sup>. Reforçamos a importância das intervenções de enfermagem, como a técnica relacionada com o tratamento, mas também a vertente mais expressiva e humana que visa a abordagem holística da pessoa<sup>(26)</sup>. Assim, cuidar e tratar são atitudes distintas, contudo intrínsecas ao exercício profissional dos Enfermeiros<sup>(26, 27)</sup>. O prestador de cuidados de enfermagem holísticos e humanísticos, deve ser capaz de

cuidar e tratar simultaneamente tendo como principal preocupação a pessoa doente, tida como um ser único e insubstituível<sup>(27)</sup>.

As funções que melhor caracterizaram os cuidados de Enfermagem e que foram mais valorizadas pelas mulheres inquiridas foram a *Promoção da saúde* através de cuidados de bem-estar e vigilância: a vigilância constante, o cuidado e a preocupação com o conforto, a atenção ao estado de saúde, o controlo da dor, o auxílio ao autocuidado, referido por 62,5%; a seguir com cerca de 18% referiram a *Comunicação e relações interpessoais: a simpatia, a atenção, a calma, o estar disponível, dar suporte psicológico* e aproximadamente 4% as competências técnicas, no entanto no estudo comparativo<sup>(94)</sup> as funções mais valorizadas foram os aspectos técnicos: a execução de técnicas e procedimentos como tratamentos, administração de medicamentos, avaliação de sinais vitais com 25%, segue-se a comunicação e relações interpessoais com 21%, o autocuidado com 18% e a promoção do bem-estar e vigilância 15%. Em ambos os estudos os participantes valorizaram a promoção da saúde através de cuidados de bem-estar e vigilância bem como a comunicação e as relações interpessoais como caracterizadoras dos cuidados de Enfermagem, no entanto é de realçar que no estudo comparativo<sup>(94)</sup> os aspectos técnicos foram mais valorizados o que não aconteceu no nosso estudo. Os Enfermeiros, enquanto prestadores de cuidados, apresentam qualidades e objetivos especiais, visando a dedicação às pessoas, com a intenção de ajudar, orientar e auxiliar nas situações de vida próprias<sup>(29)</sup>. O Enfermeiro é um profissional de grande importância e responsabilidade, continuando a destacar-se, mais pelas qualidades e atitudes humanizadas que o caracterizam, do que pelo seu perfil técnico-científico<sup>(104)</sup>.

Para a maioria das mulheres inquiridas cerca de 56,% a profissão de Enfermagem apresenta elevado nível de exigência de competência e conhecimentos técnicos e científicos; cerca de 32% afirmou que esse nível de exigência é médio,

Revela outro estudo<sup>(94)</sup> que os Enfermeiros são um grupo profissional reconhecido, com conhecimentos e capacidades para o exercício das suas funções com formação académica adequada. Revela o mesmo estudo que o nível de competências e conhecimentos técnicos e científicos exigidos para a execução dos cuidados de Enfermagem apresenta como a maioria das respostas, elevado nível de exigências 72%. Outro estudo<sup>(104)</sup>, interrogando a população da Ilha Terceira nos Açores, chega à

conclusão que a Enfermagem é uma profissão de risco, o Enfermeiro é um técnico de grande responsabilidade, com conhecimentos e competências reconhecidas. O Enfermeiro é cada vez mais um profissional habilitado e responsável, contribuindo para a valorização da profissão. Um Enfermeiro competente significa melhoria nos cuidados de saúde prestados<sup>(105)</sup>.

No nosso estudo o trabalho dos Enfermeiros é classificado por cerca de 72% das mulheres como muito importante para o bom funcionamento de uma unidade de internamento hospitalar e por sua vez cerca de 27,5% das mulheres afirmou que é importante. Com 88% referem ser muito importantes e com 12% que é importante no estudo comparativo<sup>(94)</sup>. É inquestionável a importância dos Enfermeiros para o funcionamento adequado de uma unidade de internamento hospitalar, bem como no sistema de saúde na sua globalidade, ocupando a Enfermagem um dos lugares mais elevados na equipa multidisciplinar de uma unidade de cuidados<sup>(94, 105)</sup>.

A maioria das mulheres em estudo 78 % afirmou que mantém opinião positiva relativamente à experiência de internamento; já cerca de 16% das mulheres declararam que tinham uma opinião negativa e que ficaram com melhor opinião. Encontraram-se resultados idênticos noutra investigação<sup>(94)</sup> grande parte dos participantes no estudo, 84%, manteve uma opinião positiva, tinha opinião negativa e melhorou a sua opinião (16%). A imagem que o cidadão comum tem do Enfermeiro é o resultado de um esteriótipo, que tem como base o conhecimento que o público tem acerca do mesmo e que se mantém até que seja confrontado com uma nova forma de atuação por parte do enfermeiro refere o mesmo autor, o que aconteceu neste estudo sendo que as puérperas depois do internamento puderam manifestar uma opinião fundamentada na sua experiência. Cuidar, exige que os Enfermeiros prestem cuidados de qualidade centrados na pessoa como um todo, assim é de todo o interesse conhecer a satisfação dos utentes face aos cuidados, só assim se pode melhorar o nosso cuidar, direcionando as nossas intervenções e atitudes para as suas necessidades, numa relação de ajuda que vise minorar ou resolver os seus problemas, contribuindo desta forma para a sua satisfação e qualidade de vida<sup>(103)</sup>.

### 5.2.3. Informação disponibilizada pelo Enfermeiro

Quanto à informação disponibilizada pelo Enfermeiro relativamente à técnica do banho ao recém-nascido, verificamos que 97% das mulheres inquiridas afirmou que foi explicada a técnica do banho ao recém-nascido e que estão satisfeitas (99%) com a informação fornecida sobre esta tarefa. Apesar destes dados positivos, existem itens relevantes durante a técnica do banho que, segundo as puérperas, não terão sido explicados, correspondendo a cerca de 8%. São eles: a lavagem e desinfeção do coto umbilical, o segurar o coto pelo *clamp*, deixar o coto umbilical fora da fralda e a lavagem dos genitais.

Foram desenvolvidos estudos<sup>(84-86)</sup> sobre a temática dos cuidados ao recém-nascido. Um dos estudos<sup>(86)</sup> revelou, que relativamente ao banho do recém-nascido, 80% dos indivíduos tinha sentido dificuldades, sendo que 20% não sentiu qualquer dificuldade. As dificuldades mais referidas no estudo referenciado foram as de segurar o bebé, higiene dos olhos, e desinfeção do coto umbilical. Já no presente trabalho, não é possível perceber qual o grau de dificuldade das utentes, pois este aspeto não foi abordado diretamente no questionário. Contudo, existem itens que segundo as puérperas não foram explicados, sendo considerados importantes para a técnica do banho ao recém-nascido, podendo suscitar algumas dúvidas sobre este procedimento.

Realçamos que vários autores<sup>(84-86)</sup> defendem que as ações de promoção da saúde desenvolvidas têm como finalidade proporcionar orientações de acordo com as necessidades de cada puérpera e recém-nascido, defendendo a participação guiada por uma pessoa com experiência como o Enfermeiro. Assim, a puérpera, com menos experiência, poderá desenvolver habilidades para desempenhar atividades da vida quotidiana, neste caso relativas à assistência ao recém-nascido, através de um ambiente propício ao seu desenvolvimento.

Desta forma, é importante que a puérpera seja instruída e ajudada no sentido de cuidar de si e do seu filho, tornando-a potencialmente um agente multiplicador, no âmbito individual, familiar e social, dos cuidados aprendidos durante o internamento hospitalar<sup>(106)</sup>.

Relativamente à informação disponibilizada pelo Enfermeiro quanto à técnica da amamentação no presente estudo, constatamos que a sua maioria (cerca de 96%) afirmou que foram dadas explicações acerca da técnica da amamentação e cerca de 94% está satisfeita com a informação fornecida sobre esta tarefa. Apesar dos bons resultados

deve ser destacado que houve aspetos sobre a técnica da amamentação em que as mulheres referem que não foram explicados, uma percentagem de cerca de 18%. Destes destacam-se os aspetos que tiveram maior percentual: o saber qual a mama que deve iniciar a mamada, a duração e a periodicidade que o bebé deve mamar, audição da deglutição, reconhecimento dos sinais de uma amamentação eficiente. Também noutro estudo<sup>(107)</sup>, a sua maioria 70% considerou a informação que receberam relevante para a prática da amamentação, no entanto 30% referiram que não tinham recebido qualquer informação. Outro estudo<sup>(86)</sup> revelou-nos também as dificuldades sentidas pelas puérperas em relação ao aleitamento materno, referindo que cerca de 27% sentiram dificuldades em saber o tempo que o recém-nascido deve mamar em cada mamada, a pega correta 20%, e 10% referem ter dificuldades na posição do bebe, na audição da deglutição e o saber qual a mama que deve iniciar a mamada seguinte e ainda 3% referiu que tinha dificuldades no reconhecer os sinais de uma amamentação eficiente.

A amamentação é uma experiência única na vida da mulher, a qual propicia não só um melhor desenvolvimento do bebé, como um vínculo especial entre a mãe e o filho. Assim, este procedimento pode acarretar várias dúvidas e dificuldades e se não acompanhadas, esclarecidas e aconselhadas podem transformar-se num verdadeiro pesadelo, acabando por abandoná-lo<sup>(86)</sup>. Estudos debruçaram-se sobre esta temática da amamentação<sup>(77, 78, 106)</sup>, sendo destacada, no entanto, a falta de informação referente à prática da amamentação, pelo que se incentiva o ensino, logo desde o início da gestação, sobre várias temáticas como a amamentação, assim como resgatar esses conhecimentos adquiridos e reforçar condutas de cuidados e técnicas importantes para o sucesso da amamentação. No presente estudo, cerca de 18% das puérperas referiu que não tinham sido explicados todos os aspetos relativos à técnica da amamentação, aspeto que deve ser melhorado com vista à promoção deste procedimento e diminuição de qualquer dificuldade que possa surgir. Neste contexto, os Enfermeiros estão numa posição ideal para o tipo de aconselhamento feito sobre a amamentação, pois se todos tiverem conhecimentos concisos e coincidentes sobre esta temática, poderão ajudar mais facilmente estas mães<sup>(107)</sup>.

Quanto à informação disponibilizada pelo Enfermeiro sobre os cuidados a ter no autocuidado após o parto, constatamos neste estudo que a maioria (cerca de 86%) afirmou ter-lhe sido fornecida alguma informação sobre esta tarefa e 89% estão satisfeitas com a informação que lhes foi dada. É de salientar que cerca de 79% das mulheres referiram todos os cuidados indicados; apesar de ser a maioria dos casos, não

se deve descurar que cerca de 21% das utentes não receberam todas as explicações que se consideram importantes para a técnica do autocuidado, podendo suscitar nas mesmas algumas dúvidas sobre este procedimento. Dos cuidados menos ensinados, referidos pelas puérperas, salientamos: a informação sobre as características dos lóquios, o sentar-se usando almofada tipo *donut*, as medidas de alívio da dor e ainda a observação do estado das mamas, o aplicar gelo nas mamas de modo a reduzir o engurgitamento mamário. Comparando com outro estudo<sup>(108)</sup> sobre a avaliação do nível de conhecimento da puérpera no momento da alta sobre o auto-cuidado, as orientações recebidas que apresentam valores mais significativos foram: os cuidados com a amamentação (25%), o conhecimento sobre as características dos lóquios (19%), o autocuidado corporal (11%) e a vigilância pós-natal (11%), seguindo-se a informação sobre o planeamento familiar com 7%, a informação sobre o retorno das práticas sexuais com 5% e sobre as alterações do períneo e ferida operatória com 3%. Pelos resultados expostos evidenciamos a importância da abordagem de estudos sobre o autocuidado no puerpério, pois é importante que a mulher conheça e desenvolva diversas ações com a finalidade de se manter saudável e de prevenir complicações puerperais que condicionam a mortalidade materna<sup>(38, 72, 106)</sup>. Por vezes a puérpera confere pouca importância ao cuidado com o seu corpo, pois a atenção nesta fase da sua vida centra-se não em si mas no seu filho, ficando os cuidados consigo em segundo plano<sup>(106)</sup>. Reforça o mesmo autor<sup>(106)</sup> de que a Enfermagem se configura como peça fundamental do cuidado, orientando essas mulheres, necessitando de valorizar e assumir o seu papel educativo no internamento não permitindo que essa lacuna do processo de cuidar interfira no desempenho da maternidade. Nesta linha de pensamento destaca-se o papel do EESMO, cujo objetivo é dotar a mulher de capacidades e conhecimentos promotores da independência no autocuidado e da prevenção de complicações puerperais<sup>(31)</sup>.

Quanto à confiança na execução das técnicas após a alta, neste estudo a maioria das mulheres (95%) afirmou sentir-se confiante, ou seja, sente-se capaz de realizar a técnica do banho ao recém-nascido, a técnica da amamentação e o autocuidado após o parto aquando da alta hospitalar. Noutro estudo<sup>(108)</sup>, 66% das puérperas têm alta com dúvidas em relação ao seu autocuidado. Outro estudo<sup>(106)</sup>, revelou que as dúvidas das mães a respeito dos cuidados com ela e com o filho parecem ter sido fundamentalmente esclarecidos pelo profissional antes da alta. Evidenciamos assim a importância do papel do EESMOG que passa por assegurar os cuidados especializados em Enfermagem neste contexto e contribuir para a satisfação dos utentes: produzindo ganhos em saúde

relacionados com a saúde ginecológica sexual e reprodutiva, nomeadamente promovendo a autonomia das decisões; contribuindo para o potencial máximo de saúde dos utentes; capacitando para o autocuidado e autovigilância; promovendo a vivência positiva dos processos fisiológicos, relacionados com o pós-parto, tornando os utentes autónomos e confiantes nos seus procedimentos após o regresso a casa<sup>(30)</sup>. As boas práticas de Enfermagem procuram garantir ganhos em saúde cumprindo a missão de promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados à população, com vista a melhorar a saúde da mulher, que importa às mulheres, à família, às comunidades e à sociedade em geral. Melhorar a saúde da mulher é melhorar o mundo<sup>(1, 36)</sup>.

## 6. CONCLUSÕES

Considerando os resultados obtidos e tendo em conta as limitações desta investigação, é possível retirar as seguintes conclusões:

### **Análise sociodemográfica:**

As mulheres desta amostra têm uma média de idades de 29,75 anos e são maioritariamente casadas.

Relativamente ao nível de instrução mais de metade das mulheres tem escolaridade até ao ensino secundário e as licenciadas representam cerca de um terço da amostra. Em termos profissionais a maioria exerce uma atividade profissional, vive na cidade e é de nacionalidade Portuguesa.

### **Análise obstétrica:**

A maior percentagem da amostra é multigesta, no entanto para a maioria das mulheres foi o primeiro parto.

Não se verifica equilíbrio entre a gestação e a paridade.

Na sua maioria a gravidez foi vigiada e desejada, verificando-se também que a maioria realizou preparação para o parto.

### **Opinião sobre os cuidados recebidos:**

A maioria das utentes apresenta-se muito satisfeita e satisfeita com os cuidados de Enfermagem especializados que receberam durante a hospitalização.

A maioria classifica como excelente os *Cuidados e Atenção* (cortesia, respeito gentileza com que foi cuidado pelos Enfermeiros) e ainda a *Resposta dos Enfermeiros* às suas chamadas (rapidez com que ocorrem a ajudá-la).

A função mais valorizada pelas mulheres inquiridas foi a *Promoção da saúde* através de cuidados de bem-estar e vigilância.

Para a maioria das mulheres inquiridas a profissão de Enfermagem apresenta um elevado nível de exigência, de competência e de conhecimentos técnicos e científicos.

O trabalho dos Enfermeiros é classificado pela generalidade das utentes como muito importante para o bom funcionamento de uma unidade de internamento hospitalar.

A maioria das mulheres em estudo afirma que depois da experiência de internamento mantém a opinião positiva relativamente aos Enfermeiros e aos cuidados de Enfermagem; a seguir situam-se as mulheres que tinham uma opinião negativa e que ficaram com melhor opinião.

Tendo em conta a análise do estudo, a satisfação global está estatisticamente associada à importância do trabalho dos enfermeiros para o funcionamento de uma unidade de internamento.

### **Informação disponibilizada pelo Enfermeiro - Boas práticas e autonomia**

Quanto à informação disponibilizada pelo Enfermeiro relativamente à *técnica do banho ao recém-nascido*, verificamos que a maior parte das mulheres inquiridas afirma estar satisfeita, apesar de referir que alguns itens não foram tão bem explicados.

Relativamente à informação disponibilizada pelo Enfermeiro quanto à *técnica da amamentação*, verificamos que a maior parte das mulheres afirma estar satisfeita. É de salientar, contudo, que alguns itens não foram tão bem explicados.

Concluimos que existe associação estatisticamente significativa para afirmar que a satisfação com a informação disponibilizada sobre a amamentação está significativamente associada à explicação de cada tópico a abordar, com exceção dos tópicos: “*Posição da mãe para amamentar*” e “*Reconhecimento da pega correta*”.

Quanto à informação disponibilizada pelo Enfermeiro sobre os cuidados a ter no *autocuidado após o parto*, constatamos que a maior parte das mulheres afirma estar satisfeita com a informação fornecida sobre esta tarefa. Os cuidados menos ensinados, referidos pelas mulheres, foram: a informação sobre as características dos lóquios, sentar-se usando almofada tipo *donut*, as medidas de alívio da dor, a observação do estado das mamas, e o aplicar gelo nas mamas de modo a reduzir o engurgitamento mamário.

Concluimos que existe associação estatisticamente significativa para afirmar que a satisfação com a informação disponibilizada sobre o autocuidado está significativamente associada à explicação de cada tópico a abordar.

De destacar que algumas utentes manifestam que alguns aspetos das três técnicas abordadas não foram explicados, sendo que a técnica do banho ao recém-nascido foi a técnica que menos lapsos explicativos reuniram.

Neste estudo a generalidade das utentes afirma sentir-se confiante na execução de todas as tarefas após a alta hospitalar, *afirmando sentir-se capaz de realizar a técnica do banho ao recém-nascido, a técnica da amamentação e o autocuidado.*

### **Sugestões**

Estas conclusões apontam para a necessidade de realização de ações, com vista à melhoria das práticas de Enfermagem, como:

- Reforçar ensinamentos desde o início da gravidez sobre as temáticas em estudo obtendo *feedback* da aprendizagem e aferindo os conhecimentos das puérperas.
- Adotar condutas de cuidados pelos profissionais de saúde mais personalizadas.
- Intensificar a informação escrita às utentes e à família.
- Proporcionar às mulheres/família visitas acompanhadas ao serviço.
- Reforçar a formação a toda a equipa multidisciplinar sobre vários itens, nomeadamente a comunicação com as utentes e intraprofissionais.

Propomos a realização de mais estudos noutros locais do país, com o objetivo de se perceber se a satisfação das utentes puérperas e as práticas desenvolvidas pelo Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica são consistentes com as verificadas neste estudo.



## **7. BIBLIOGRAFIA**

1. Organização Mundial da Saúde. Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã. Final Report. Geneva: Programa de Cooperação Internacional em Saúde da OPAS/OMS no Brasil e Ministério da Saúde: Termo de Cooperação nº 41 para a rede de PORTUGUÊS. 2011.
2. Direção Geral de Saúde - Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar. Lisboa: 2008.
3. Correa S, Alves J, Jannuzzi P. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceptual e sistema de indicadores. Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva. Rio de Janeiro/Brasília: Apoio do Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA; 2006.
4. Comissão Nacional de População e Desenvolvimento. Programa de Ação do Cairo. 1996.
5. World Health Organization, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. 2010.
6. POR DATA - Base de Dados Portugal Contemporâneo 1977-2010 [database on the Internet]. [cited Feb 2013].
7. Instituto Nacional de Estatística, I.P. Estatísticas no Feminino: Ser Mulher em Portugal, 2001-2011. 2012.
8. Alto Comissariado da Saúde - Gabinete Técnico do PNS 2011-2016. Estratégias para a Saúde, II) Perfil de Saúde em Portugal: Plano Nacional de Saúde 2011-2016. 2011.
9. Ministério da Saúde. Indicadores SNS 30 anos. "Taxa de mortalidade materna". 2009.
10. Convenção Europeia. Artigo nº 2. 2000.
11. Assembleia Geral das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos do Homem. 1949.
12. Constituição da República Portuguesa. Artigo 47º e 58º, VII Revisão Constitucional. 2005.
13. Instituto Nacional de Estatística IP. Classificação Portuguesa das Profissões. 2010.

14. United Nations Secretary-General. Global Strategy for Women's and Children's health. 2010.
15. INE – Instituto Nacional De Estatística. Censos 2009/2012. Portugal; Available from: [www.ine.pt](http://www.ine.pt).
16. Bobak IM, Lowdermilk DL, Perry SE. Enfermagem na Maternidade. 4th ed. Lusociência; 2008.
17. Direção Geral de Saúde. Norma nº 023/2011 de 29/09/2011: Exames Ecográficos na Gravidez. 2011.
18. Direção Geral de Saúde. Norma nº 037/2011 de 30/09/2011: Exames laboratoriais na Gravidez de Baixo Risco. 2011.
19. Guedes Q, Pereira M. Projeto: Preparação para a Parentalidade. Editora Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE: Universidade Católica, Lisboa; 2011.
20. Busanello J, Filho W, Kerber N, Lunardi V, Santos S. Participação da mulher no processo decisório no ciclo gravídico-puerperal: revisão integrativa do cuidado de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 2011;32(4).
21. Festas C. Cuidar no 3º Milénio. *Servir* 1999;47:60-6.
22. Collière MF. Promover a vida. Lidel; 1999.
23. Carneiro T. Vivenciando o Cuidar e o Curar Como Familiar em um Hospital. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2008;61(3).
24. Souza M, Sartor V, Padilha M, Prado M. O cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica. *Texto Contexto Enferm* 2005;14(2):266-70.
25. Moniz J. A enfermagem e a pessoa idosa. Lusociência; 2003.
26. Valadas M. Reflexão sobre a Prática do cuidar em Enfermagem. *Sinais Vitais*. 2005;59:62-4.
27. Pacheco S. Cuidar a Pessoa em Fase terminal. Lusociência; 2002.
28. Carvalho F. A sociedade de hoje, a enfermagem e a visão holística da pessoa. *Servir*. 2002;50(5).
29. Ferreira M, Pontes M, Ferreira N. Cuidar em Enfermagem- Percepção dos utentes. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde* 2009;6:358-66.
30. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar. 2011.
31. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Parecer nº 18/2011. 2011.

32. Regulamento n.º 127/2011 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Diário da República: 2.ª série — N.º 35 de 18 de fevereiro. 2011.
33. Viana D. Boas práticas de enfermagem. Yendis; 2011.
34. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. UNIR, Participar e Avançar. 2012. Brasil: Coren – SP; 2012. [cited 2013]. Available from: [http://www.coren-sp.gov.br/pnl\\_acordo\\_online](http://www.coren-sp.gov.br/pnl_acordo_online).
35. Pedreira M. Práticas de Enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente. *Acta Paul Enferm* 2009;22:880-1.
36. Guia Orientador de Boas Práticas para a Tuberculose. Cadernos OE [Internet]. 2013; 1.
37. Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro - Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro. Diário da República; 1996.
38. Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Parecer nº 23/2011 - Procedimento de cuidados perineais à puérpera durante o internamento hospitalar. 2011.
39. Dicionário da Língua Portuguesa 2003-2013. Porto: Porto Editora; 2013.
40. Cleary P, McNeil B. Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry* 1988;25(1):25-36.
41. Paúl C, Martin I, Roseira I. Comunidade e Saúde: Satisfação dos utentes e Voluntariado. Porto 1999.
42. Odinino N, Guirardello E. Satisfação da puérpera com os cuidados de enfermagem recebidos em um alojamento conjunto. *Texto Contexto Enferm* 2010;19(4).
43. Ordem dos Enfermeiros. Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Lisboa: 2001.
44. Suñol R. El estudio de la opinión y su aplicación en los programas de control de calidad. *Control de Calidad Asistencial* 1987;2(1).
45. Alves MJP. O Serviço de Atendimento Permanente Satisfação dos Utentes com a Assistência de Enfermagem [Dissertação de Mestrado]. Porto: ICBAS - UP; 2009.
46. Filho G. O que fazer da literatura sobre a satisfação do utente: uma proposta para os serviços. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 1990;18:59-64.
47. Donabedian A. Definition of quality and approaches to its assessment. In *Exploration in quality assessment and monitoring*. Health Administration Press 1980;1.

48. Lei n.º 48/90. D.R. n.º 195, Série I de 24 de agosto. Diário da República; 1990.
49. McIntyre T, Silva S. Estudo aprofundado da satisfação dos utentes dos serviços de saúde na região norte - Relatório Final Sumário. ARS Norte & Universidade do Minho; 1999.
50. Ribeiro A. Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem - Construção e validação de um instrumento de medida [dissertação]. Porto: Escola Superior de Enfermagem S. João; 2003.
51. Hespanhol A. Satisfação dos Profissionais do Centro de Saúde São João (2007 e comparação com 2001 a 2006). Revista Portuguesa de Clínica Geral 2008;24.
52. Vieira S, Bock L, Zocche D, Pessota C. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. Texto Contexto Enferm 2011;20:255-62.
53. Marques M. Percepções significativas dos cuidados de enfermagem pelos utentes hospitalizados. Revista Referência 2000;5.
54. Lee M, Yom Y. A comparative study of patients and nurses perceptions of the quality of nursing services, satisfaction and intent to revisit the hospital: A questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies 2006:1-11.
55. Melo M. Comunicação com o doente certezas e incógnitas. 1st ed. Loures: Lusociência; 2005.
56. Oermann M, Templin T. Important attributes of quality health care: consumer perspectives. Journal of Nursing Scholarship 2000;32:167.
57. Neto A, Ribeiro L, Magalhães L, Torres M, Mendes M. Grau de satisfação do utente relativamente ao acolhimento proporcionado pelo enfermeiro no serviço de urgência. Revista Servir 2003;51(5):214-28.
58. Gasquet. Satisfation des patients et performance hospitalière. Masson 2000.
59. Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? Social Science and Medicine 1994;38:509-16.
60. Santos E. Puerpério normal. Enfermagem Obstétrica e neonatológica: textos fundamentais. 2nd ed. Florianópolis: CidadeFutura; 2002. p. 117-33.
61. World Health Organization. Postpartum care off the mother and newborn: a practical guide. 1998.
62. Neutzling V. Contracepção e saúde da mulher [Dissertação de Mestrado]. Pelotas, Brasil: Universidade Católica de Pelotas; 2004.

63. Brito R, Oliveira E, Carvalho F. Percepção do homem sobre o pós-parto da mulher/companheira. *Rev Eletr Enf* 2008;10(4):1072-9.
64. CID 10: Classificação Internacional das Doenças - 10ª edição.
65. Centeno M. Puerpério e lactação In: Graça LM, editores. *Medicina Materno-Fetal*. 3rd ed. Lidel; 2005.
66. Mello A, Neme B. Puerpério: fisiologia e assistência. In: *Obstetrícia Básica*. São Paulo: Servier; 2000. p. 158-65.
67. Silva L, Nakano A, Gomes F, Stefanello J. Significados atribuídos por puérperas adolescentes à maternidade: autocuidado e cuidado com o bebê. *Texto Contexto Enferm* 2009;18(1).
68. Burroughs A. *Uma introdução à enfermagem materna*. 6th ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
69. Ministério da Saúde. *Parto, Aborto e Puerpério - Assistência Humanizada à Mulher*. Brasil: 2001.
70. Rezende J. O puerpério. Estudo clínico e assistência. In: *Obstetrícia*. 7th ed. Rio de Janeiro: GuanabaraKoogan; 1995. p. 356-69.
71. Almeida M, Silva I. Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P* 2008;42(2).
72. Petronilho F. *Autocuidado - Conceito Central da Enfermagem*. Formasau - Formação e Saúde, Ltd; 2012.
73. Conselho de Enfermagem. Parecer nº 117/2009 - Utilização de cinta durante o puerpério. 2009.
74. Mannel R, Martens P, Walker M. *Manual prático para consultores de lactação*. 2 ed. Lusociência; 2011.
75. Guyton H. *Textbook of Medical Physiology*. 12nd ed. Saunders Elsevier; 2011.
76. World Health Organization. *Infant and young child feeding: Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*. 2009.
77. Saraiva H. *Aleitamento Materno - Promoção & Manutenção*. Edições Lidel; 2010.
78. Levy L, Bertolo H. *Manual do Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF – Comissão Nacional; 2008.
79. World Health Organization. Horta B, Victora C. Long-term effects of breastfeeding: a systematic review. 2013.

80. Batista K, Farias M, Melo W. Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato. *Saúde em Debate* 2013;37(96):130-38.
81. Fernandes J, Machado M, Oliveira Z. Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. *Ana Bras Dermatol* 2011;86(1):102-10.
82. Bowden V, Greenberg C. *Procedimentos de Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro: GuanabaraKoogan; 2005.
83. AG Perry PP. *Fundamentos de enfermagem*. Lusociência; 2003.
84. Azevedo M. Cuidar da mãe e do filho – Contributos dos cuidados de enfermagem, nos primeiros dias após o nascimento [Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem]. Porto: ICBAS - Universidade do Porto; 2007.
85. Silva A. Cuidar do recém-nascido – O enfermeiro como promotor das competências parentais [Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde]. Lisboa: Universidade Aberta de Lisboa; 2006.
86. Freitas GL, Joventino ES, Aquino PS, Pinheiro AKB, Ximenes LB. Avaliação do conhecimento de gestantes acerca da amamentação. *REME Rev Min Enferm*. 2008;12(4):461-8.
87. Gonçalves C. Onfalite no Recém-nascido... como evitar. Portal da Educação - Serviço de Pediatria do Hospital de Braga [Internet]. 2012.
88. Branco M. Cuidados com o cordão umbilical. *Boletim informativo da secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria* 2003;20.
89. Ribeiro M, Brandão M. Produção científica de enfermagem sobre o coto umbilical. *Revista Interdisciplinar NOVA FAPI* 2011;4(3):54-9.
90. Prata A. *Dicionário Jurídico-Direito Civil, Processual Civil, Organização Juridiciária*. 4th ed. Coimbra: Edições Almedina; 2006.
91. Silva JAC. *Identidade e Alteridade*. Coimbra: 2009 [cited 2013 Apr]. Available from <http://pt.scribd.com/doc/16355015>.
92. Lei n.º 11/82 de 2006 - Determinação da categoria das povoações. D.R. n.º 125, Série I. *Diário da República*; 2006.
93. Decreto-Lei 137/2012 de 2 de julho. Direção Geral do Ensino Superior, Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República*, 1.ª série — N.º 126; 2012.
94. Fernandes I, Seco R, Queirós P. Os comportamentos de cuidar dos enfermeiros na perspectiva dos doentes. *Revista de Investigação em Enfermagem* 2009;19:39-52.

95. Arias B. Práticas Obstétricas segundo a OMS: expectativas, percepção e satisfação da mulher [Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia]. Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde; 2011.
96. Direcção Geral de Saúde / Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012-2016. 2012.
97. Medeiros I. Expectativas e grau de satisfação da grávida e puérpera com o tipo de parto [Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina]. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2012.
98. Santos V, Moura M, Pinho J, Almeida V, Maio J. Características sócio-demográficas das puérperas e seguimento da gravidez - o que mudou em 17 anos? *Acta Méd Port* 2011;24(6):877-84.
99. Santos M. Preparação para o parto: promoção do bem-estar da parturiente através da preparação para o parto [Dissertação de Mestrado em Psicologia]. Faro: Universidade do Algarve; 2007.
100. Pereira A, Jorge G, Coutinho R, Oliveira G, Albuquerque M. Satisfação da utente da Unidade de Neonatologia do Hospital de Santa Maria. *Espaço Ciência* [Internet]. Novembro/Dezembro 2011; 24.
101. Fernandes I, Seco R, Queirós P. Os comportamentos de cuidar dos enfermeiros na perspectiva dos doentes. *Revista de Investigação em Enfermagem* 2009;19:39-52.
102. Ribeiro O, Carvalho F, Ferreira L, Ferreira P. Qualidade dos cuidados de saúde. Instituto Politécnico de Viseu 2008;35.
103. Chaves C, Duarte J, Mateus T, Castro C, Marques C, Costa C, *et al.* Satisfação dos utentes na Unidade de Saúde de Tondela. *Millenium* 2012;43:47-77.
104. Paim C. A imagem do enfermeiro na ilha Terceira. *Nursing* 1996;105:14-9.
105. Martins M, Dias M. Representação socioprofissional dos enfermeiros - percepção dos utentes. Instituto Politécnico de Viseu 2010;38.
106. Monteiro L. Representações sociais de puérperas sobre o cuidado de enfermagem no alojamento conjunto [Dissertação de Mestrado em Cuidados Clínicos de Saúde]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2011.
107. Fonseca-Machado MO, Haas VJ, Stefanello J, Nakano AMS, Gomes-Sponholz F. Aleitamento materno: conhecimento e prática. *Rev Esc Enferm* 2012; 46(4):809-815.

108. Araújo E, Brito L. Avaliação do nível de conhecimento da puérpera no momento da alta sobre o autocuidado. Rev Esc Enferm 2009; 43(3):697-703.

## **ANEXOS**

## AnexoI – Consentimento informado e inquérito



### Consentimento Informado

Maria de Lurdes Loureiro Pereira, mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica do consórcio IPB/IPVC/UTAD, no âmbito do qual estou a desenvolver um trabalho de investigação intitulado *Saúde da mulher: boas práticas e autonomia após a alta clínica*.

Para a realização deste estudo, que tem como objetivo identificar a satisfação da utente no puerpério através da aplicação de boas práticas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica referente à técnica de amamentação, à técnica do banho ao recém-nascido e auto cuidado, a sua colaboração é fundamental pelo que solicito o preenchimento deste questionário.

A sua participação é voluntária, fica garantido o seu anonimato e sigilo relativamente aos seus dados, depois de finalizada a investigação, se estiver interessada terá livre acesso ao conteúdo da mesma.

Fico disponível para qualquer esclarecimento durante e após a colheita de dados, através do e-mail [lurdeslou@gmail.com](mailto:lurdeslou@gmail.com).

Conhecedor destas informações, concordo em participar neste estudo.

---

Data: \_\_\_\_\_



## QUESTIONÁRIO

### I PARTE - ELEMENTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Idade: \_\_\_\_ Anos
2. Estado Civil:  1. Solteira  2. Casada/União de Facto  3. Divorciada/Separada  4. Viúva   
 5. Outra \_\_\_\_\_
3. Área de residência:  1. Cidade  2. Vila  3. Aldeia
4. Nacionalidade:  1. Portuguesa  2. Outra \_\_\_\_\_
5. Escolaridade:  1. Até ao 9º ano  2. Do 9º ao 12º ano  3. Bacharelato  4. Licenciatura   
 5. Mestrado  6. Doutoramento  7. Outro \_\_\_\_\_
6. Profissão: \_\_\_\_\_

### II PARTE – Dados Obstétricos

1. Número de Gestações: \_\_\_\_
2. Número de Partos: \_\_\_\_
3. A sua gravidez foi vigiada? 1. Sim  2. Não
4. Fez preparação para o parto? 1. Sim  2. Não
5. A sua gravidez foi desejada? 1. Sim  2. Não

### III PARTE – OPINIÃO SOBRE OS CUIDADOS RECEBIDOS

A partir da sua experiência de internamento e contacto com o Hospital, diga a sua opinião:

1. De um modo geral sente-se satisfeito com os cuidados recebidos dos enfermeiros?

1. Insatisfeito  2. Pouco satisfeito  3. Satisfeito  4. Muito satisfeito

2. Mais concretamente, como vê o seu internamento hospitalar, relativamente aos cuidados de enfermagem:

**2.1. ASPETOS TÉCNICOS:** Forma como o pessoal de enfermagem desempenhou as atividades de dar os medicamentos ou injeções, de alimentação, higiene e conforto.

5. *Excelente*  4. *Muito Bom*  3. *Bom*  2. *Regular*  1. *Mau*

**2.2. ATENÇÃO PRESTADA PELOS ENFERMEIROS AO SEU ESTADO DE SAÚDE:**

Frequência com que o pessoal de enfermagem verificou a evolução do seu estado de saúde.

5. *Excelente*  4. *Muito Bom*  3. *Bom*  2. *Regular*  1. *Mau*

**2.3. RESPOSTA DOS ENFERMEIROS ÀS SUAS CHAMADAS:**

Rapidez com que acorreram a ajudá-la.

5. *Excelente*  4. *Muito Bom*  3. *Bom*  2. *Regular*  1. *Mau*

**2.4. CUIDADOS E ATENÇÃO:** Cortesia, respeito, amizade e gentileza com que foi cuidado pelos enfermeiros.

5. *Excelente*  4. *Muito Bom*  3. *Bom*  2. *Regular*  1. *Mau*

**2.5. INFORMAÇÃO RECEBIDA:** Forma como os enfermeiros comunicaram com às puérperas, familiares e outros profissionais de saúde.

5. *Excelente*  4. *Muito Bom*  3. *Bom*  2. *Regular*  1. *Mau*

3. Do que observou, indique as funções que no seu ponto de vista melhor caracterizam os cuidados de enfermagem e que mais valorizou:

\_\_\_\_\_ ;  
\_\_\_\_\_ .

4. Essas funções que mais valorizou exigem ao enfermeiro um elevado nível de competência e conhecimentos técnicos e científicos?

1. *Não sei*  2. *Baixo nível de exigência*  3. *Médio nível de exigência*   
4. *Elevado nível de exigência*

5. No seu entender, esse trabalho dos enfermeiros é importante para o bom funcionamento de uma unidade de internamento hospitalar?

1. *Sem importância*  2. *Pouco importante*  3. *Importante*  4. *Muito importante*

6. A sua experiência de internamento mudou a opinião anterior que tinha acerca dos enfermeiros e cuidados de enfermagem?

4. Tinha uma opinião negativa e fiquei com melhor opinião

3. Tinha uma opinião positiva e fiquei com pior opinião

2. Mantenho opinião positiva

1. Mantenho opinião negativa

## IV PARTE – INFORMAÇÃO DISPONIBILIZADA PELO ENFERMEIRO

1. Informação disponibilizada relativamente ao banho do recém-nascido:

a. Foi explicada a técnica do banho do recém-nascido?

1. Sim  2. Não

b. Se respondeu “não”, passe para a pergunta seguinte. Se respondeu sim, assinale os aspectos que foram explicados:

1. Verificar temperatura da água

2. Higiene dos olhos

3. Segurar o bebé

4. Lavagem da cabeça do bebé

5. Lavagem do corpo

6. Lavagem dos genitais

7. Lavagem do coto umbilical

8. Segurar o coto pelo *clamp*

9. Deixar o coto fora da fralda

c. Está satisfeita com a informação fornecida sobre esta atividade?

1. Sim  2. Não

2. Informação disponibilizada acerca da técnica da amamentação:

a. Foram dadas explicações acerca da técnica da amamentação?

1. Sim  2. Não

b. Se respondeu “não”, passe para a pergunta seguinte. Se respondeu “sim”, assinale os aspectos que foram explicados:

1. Posição da mãe para amamentar

2. Posição do bebé, com a boca centrada de frente para o mamilo

3. Reconhecimento da pega correta

4. Audição da deglutição

(Continua na página seguinte)

- 5.Reconhecimento dos sinais de uma amamentação eficiente (movimento das mandíbulas e maxilares)
- 6.Duração e periodicidade que o bebê deve mamar
- 7.Saber qual a mama que deve iniciar a mamada
- 8.Saber que deve oferecer uma mama em cada mamada
- c. Está satisfeita com a informação fornecida sobre esta atividade?
- 1.Sim  2.Não
3. Informação disponibilizada relativa ao autocuidado:
- a. Foram dadas explicações acerca do seu autocuidado após o parto?
- 1.Sim  2.Não
- b. Se respondeu “não”, passe para a pergunta seguinte. Se respondeu “sim”, assinale os aspetos que lhe foram explicados:
- 1.Cuidados de higiene e conforto diários (banho geral, lavagem da cabeça)
- 2.Cuidados vulvo-perineais em três tempos. Lavagem com água, seguida de secagem, sempre, após urinar e defecar
- 3.Mudar absorvente higiénico de 4-6 horas ou de acordo com perdas de sangue
- 4.Medidas de alívio da dor (uso tópico de frio)
- 5.Lavar as mãos antes e depois de se cuidar
- 6.Sentar-se usando uma almofada tipo donut
- 7.Caraterísticas dos lóquios (exsudato vaginal)
- 8.Cuidados com as mamas
- 9.Uso adequado de um soutien ajustado, com suporte adequado
- 10.Observação do estado das mamas (se ingurgitadas ou moles)
- 11.Expressão de algumas gotas de colostro/leite após a mamada banho e deixar no mamilo como protetor natural
- 12.Aplicar toalhas frias nas mamas após as mamada de modo a reduzir o ingurgitamento mamário e diminuir a dor
- c. Está satisfeita com a informação fornecida sobre esta atividade?
- 1.Sim  2.Não
4. Sente-se confiante na execução destas atividades após a alta?
- 1.Sim  2.Não

**Obrigada!**

## AnexoII – Pedido para apreciação de questionário pela Comissão de Ética



Exmo. Senhor Diretor Clínico  
da U.L.S do Nordeste, E.P.E.  
Drº Domingos Fernandes  
Avenida Abade de Baçal  
5301-852 Bragança

Bragança, 8 de Janeiro de 2013

Assunto: Pedido para apreciação de questionário pela Comissão de Ética

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Materna e Obstetrícia do consórcio IPB/IPVC/UTAD, estou a realizar um estudo sobre *Saúde da mulher: boas práticas e autonomia após a alta clínica*, orientado pela Professora Doutora Teresa Correia.

A população-alvo deste estudo é constituída por mulheres puérperas, internadas no serviço de Obstetrícia da Unidade Local de Saúde do Nordeste EPE – Hospital de Bragança. Com o estudo pretende-se identificar a satisfação da utente no puerpério através da aplicação de boas práticas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica referente à técnica de amamentação, à técnica do banho ao recém-nascido e auto cuidado.

Com o objetivo de proceder à recolha de dados foi elaborado um questionário com questões relativas a variáveis de características sociodemográficas, obstétricas, de satisfação quanto aos cuidados de enfermagem e de informação disponibilizada pelo enfermeiro à puérpera para aquisição das competências para a alta clínica.

Considerando que as perguntas efetuadas foram elaboradas com o maior cuidado e respeito pela intimidade e anonimato do ser humano em causa, requerem ainda assim uma atenção especial da parte dos investigadores aquando da sua aplicação em absoluto

respeito pelos princípios orientadores da Declaração de Helsínquia. Pelo exposto, solicito a autorização de V. Ex.<sup>a</sup> para recolha de dados às mulheres no referido serviço. Solicito também a V. Ex.<sup>a</sup> se digne colocar à apreciação da Comissão de Ética o documento em anexo.

Com os melhores cumprimentos,

---

(Maria de Lurdes Loureiro Pereira)

## AnexoIII – Parecer da Comissão de Ética



Exma. Sra.  
Prof. Doutora Teresa Correia  
Av. Abade de Baçal, lote 21  
5300 – 068 Bragança

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		Pº IND A/E	24/01/2013

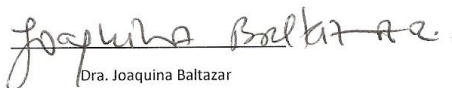
Assunto: Parecer da Comissão de Ética  
Reunião dia 09/01/2013

A Comissão de Ética da ULS Nordeste EPE, na sequência do pedido de autorização para aplicação de questionário com questões “relativas e variáveis de características sociodemográficas, obstétricas, de satisfação quanto aos cuidados de enfermagem e de informação disponibilizada pelo enfermeiro à puérpura para aquisição das competências para a alta clínica” da aluna Maria de Lurdes Loureiro Pereira, vem informar:

- Desde que a utente concorde em responder às perguntas e seja salvaguardado a identidade, nada a opor do ponto de vista ético.

Com os melhores cumprimentos,

A Comissão de Ética da ULS Nordeste, EPE

  
Dra. Joaquina Baltazar

## AnexoIV – Pedido para o Conselho de Administração para aplicação de questionário e autorização



AutORIZADO  
Pelo Diretor

Clínico

Exmo. Senhor Presidente do  
Conselho de Administração  
da U.L.S do Nordeste, E.P.E.  
Avenida Abade de Baçal  
5301-852 Bragança

CHNE/EPE U.L.S. BRAGANÇA		Ent. Nº 409	
		Data 09/01/2013	
PRESIDENTE DA	<input type="checkbox"/>	DE	<input type="checkbox"/>
VE	<input type="checkbox"/>	DE	<input type="checkbox"/>
DC/ED	<input checked="" type="checkbox"/>	DE	<input type="checkbox"/>
CFC	<input type="checkbox"/>	DE	<input type="checkbox"/>
DRH	<input type="checkbox"/>	DE	<input type="checkbox"/>
G. FINANÇAS	<input type="checkbox"/>	DE	<input type="checkbox"/>
APROV. E GEMERAS	<input type="checkbox"/>	DE	<input type="checkbox"/>

9.1.2013

Bragança, 8 de Janeiro de 2013

Assunto: Pedido para aplicação de questionário

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Materna e Obstetria do consórcio IPB/IPVC/UTAD, estou a realizar um estudo sobre *Saúde da mulher: boas práticas e autonomia após a alta clínica* orientado pela Professora Doutora Teresa Correia.

A população-alvo deste estudo é constituída por mulheres puérperas, internadas no serviço de Obstetria da Unidade Local de Saúde do Nordeste EPE – Hospital de Bragança. Com o estudo pretende-se identificar a satisfação da utente no puerpério através da aplicação de boas práticas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica referente à técnica de amamentação, à técnica do banho ao recém-nascido e auto cuidado.

Pelo exposto, solicito a autorização de V. Ex<sup>a</sup> para aplicação de um questionário às mulheres puérperas em questão. O questionário a aplicar oferece a possibilidade de recolher informação sobre variáveis de carácter social, demográfico e comportamental. Para avaliação dos conhecimentos e comportamentos das puérperas, utilizarei um questionário que respeita as orientações da Declaração de Helsínquia.

Com os melhores cumprimentos

(Maria de Lurdes Loureiro Pereira)