

# Um Cuidar Baseado nas Forças: Plano Pós-parto para uma Vivência Positiva do Quarto Trimestre

## Strengths-Based Care: A Postpartum Plan for a Positive Fourth Trimester Experience

Berta Susana de Almeida Nunes da Pena<sup>1</sup>

 [orcid.org/0009-0000-9164-6058](https://orcid.org/0009-0000-9164-6058)

Maria Anabela Ferreira dos Santos<sup>2</sup>

 [orcid.org/0000-0002-1675-5227](https://orcid.org/0000-0002-1675-5227)

<sup>1</sup> Mestrado, Enfermeira na USF Querer Mais, Unidade Local de Saúde Arco Ribeirinho, Membro do Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Lisboa, Portugal.

<sup>2</sup> Professora Coordenadora na ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Membro do Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Lisboa, Portugal.

### Resumo

#### Introdução

O quarto trimestre ou período pós-parto é um conceito que coloca no centro dos cuidados a mulher (recém-nascido e casal) inserida na família. Neste estudo desenvolveu-se um instrumento que permite à puérpera/casal planear e organizar o pós-parto, de modo a facilitar a adaptação neste período, tendo sido nordeador deste processo o referencial teórico do Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças de Laurie Gottlieb.

#### Objetivo

Este estudo inicia-se com a pergunta de pesquisa: Quais as dificuldades experienciadas pela puérpera no pós-parto? Tendo como objetivos: identificar as necessidades bio-psico-sociais da tríade nas primeiras 12 semanas pós-parto, as estratégias da puérpera/casal para ultrapassar as dificuldades percebidas e os itens a incluir no plano pós-parto, na perspetiva materna.

#### Métodos

Estudo descritivo exploratório com abordagem mista, com a aplicação de um questionário a mães com idades entre os 18 e os 39 anos, obtendo-se 141 respostas com critérios de elegibilidade entre 14 de abril e 5 de maio de 2023. Foi partilhado o instrumento de colheita de dados através de grupos de mães nas redes sociais (*Facebook, Instagram, Whats.App*). A análise de conteúdo foi realizada segundo Bardin e foi utilizada a categorização semântica no tratamento dos dados qualitativos e a análise estatística dos dados quantitativos.

#### Resultados

Do estudo emergiram as dificuldades, as necessidades da tríade nas primeiras 12 semanas, as estratégias ou forças para superar as dificuldades e os itens sugeridos para o plano pós-parto.

#### Conclusão

Conclui-se que o plano pós-parto é um conceito inovador, uma vez que as grávidas/casais se focam na elaboração do plano de parto, desconhecendo ou não valorizando o plano pós-parto. No entanto a maioria das participantes consideraram o planeamento como uma das forças ou estratégias para uma vivência positiva do quarto trimestre.

#### Palavras-chave

Enfermeira Parteira; Saúde da Mulher; Enfermagem Holística; Cuidar Baseado nas Forças; Período pós-parto

#### Abstract

#### Introduction

The fourth trimester or postpartum period is a concept that places the woman (newborn and couple) at the centre of care, within the family. In this study, an instrument was developed to enable the puerperal woman/couple to plan and organise the postpartum period, in order to facilitate adaptation during this period. The theoretical framework of Laurie Gottlieb's Strengths-Based Nursing Care guided this process.

#### Autor de correspondência:

Berta Susana de Almeida Nunes da Pena

E-mail: [penal@campus.esel.pt](mailto:penal@campus.esel.pt)

Recebido: 03.01.2024

Aceite: 16.04.2024

Como citar este artigo: Pena BSAN, Santos MAF. Um Cuidar Baseado nas Forças: Plano Pós-parto para uma Vivência Positiva do Quarto Trimestre. *Pensar Enf* [Internet]. 2024 Jun; 28(1): 67-79. Available from: <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v28i1.307>



## Objective

This study begins with the research question: What difficulties does the puerperal woman experience in the postpartum period? Its objectives are: to identify the triad's bio-psycho-social needs in the first 12 weeks postpartum, the puerperal woman's/couple's strategies for overcoming perceived difficulties and the items to be included in the postpartum plan, from the maternal perspective.

## Methods

A descriptive exploratory study with a mixed-methods approach, with a questionnaire administered to mothers aged between 18 and 39, obtaining 141 responses with eligibility criteria between April 14 and May 5, 2023. The data collection tool was shared through groups of mothers on social networks (Facebook, Instagram, WhatsApp). Content analysis was carried out according to Bardin and semantic categorization was used to process the qualitative data and statistical analysis of the quantitative data.

## Results

The study revealed the difficulties, the needs of the triad in the first 12 weeks, the strategies or strengths to overcome the difficulties and the suggested items for the postpartum plan.

## Conclusion

It can be concluded that the postpartum plan is an innovative concept, since pregnant women/couples focus on drawing up the birth plan, unaware of or not valuing the postpartum plan. However, most of the participants considered planning to be one of the strengths or strategies for a positive experience of the fourth trimester.

## Keywords

Nurse Midwife; Women's Health; Holistic Nursing; Strengths-Based Care; Postpartum Period.

## Introdução

O puerpério é um conjunto de modificações físicas e psíquicas que ocorrem após o parto.<sup>1</sup> Para Chauhan e Tadi<sup>2</sup> este inicia-se após a expulsão da placenta até à completa recuperação de diversos sistemas orgânicos. Este conceito tem por base apenas conceitos anátomo-fisiológicos. De acordo com a definição de puerpério da Direção-Geral de Saúde (DGS)<sup>3</sup> este é um período de recuperação física e psicológica materna que se inicia a seguir ao nascimento até 6 semanas pós-parto.

Também a Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>4</sup> considera as primeiras 6 semanas como definido para o período de puerpério, dividindo em puerpério imediato (primeiras 24 horas), puerpério precoce (do segundo ao sétimo dia) e puerpério tardio (até ao final da 6ª semana).

Chauhan e Tadi<sup>2</sup> consideram a fase tardia até 6 semanas a 6 meses após o parto.

Na visão de Souza e Fernandes<sup>5</sup> o pós-parto pode ter a duração de um ano, acrescentando o período remoto a partir do 43º dia até um ano pós-parto.

O puerpério é um período de transição, de adaptações e transformações físicas, biológicas, familiares e emocionais, que refletem tanto nos cuidados individuais como nas interações que a mulher estabelece com o seu filho, companheiro e demais membros da família, sendo um momento de vulnerabilidade em que existem necessidades de apoio social, físico, emocional e informativo.<sup>6</sup> Apesar de ser uma fase do ciclo gravídico-puerperal com muitos desafios e vulnerabilidades, esta é aquela em que a mulher tem menos atenção e apoio dos profissionais de saúde.<sup>5</sup>

As necessidades sentidas ao longo do puerpério, desafiam o trabalho dos profissionais de saúde desde o pré-natal para preparar a mulher para as situações que serão vivenciadas nesta nova fase, bem como, o trabalho com a família no fortalecimento das relações e na preparação da rede de apoio para a chegada do novo membro. Neste sentido é importante começar o planeamento do pós-parto ainda na gravidez.<sup>7,8,6</sup> De acordo com Savage<sup>9</sup> o planeamento do parto deve ir além do trabalho de parto e do nascimento e incluir as semanas seguintes, com a discussão antecipada sobre a alimentação infantil, saúde emocional no pós-parto, os desafios da parentalidade e da recuperação pós-parto desde o nascimento, incluindo a rede de apoio.<sup>7,9</sup>

O apoio contínuo no pós-parto centrado na mulher é uma recomendação do *The American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG)<sup>7</sup> considerando este período como o quarto trimestre em que recomenda que deve haver mais do que uma consulta, durante pelo menos as primeiras 12 semanas. O conceito do quarto trimestre resgata o foco de atenção neste período tendo em conta os desafios e necessidades da puérpera, recém-nascido (RN) e casal, integrados em seu ambiente familiar. O ACOG na mesma recomendação, reforça a tomada de decisão compartilhada entre o profissional de saúde com base em evidência científica e a puérpera com as suas experiências e valores.

A transição para a maternidade desenvolve-se em quatro fases distintas segundo Mercer<sup>8</sup> em que a primeira fase ocorre durante a gravidez e consiste na ligação ao feto e preparação para o parto e maternidade, a segunda, nas primeiras duas a seis semanas após o parto, fase essencial para recuperação pós-parto e aquisição de conhecimentos para cuidar do bebé, a terceira entre as duas semanas e os quatro meses de adaptação ao quotidiano, e, por último, a quarta fase por volta dos quatro meses que consiste no alcance da identidade materna. O pai também passa por um processo de transição que se inicia entre o 4º e 5º mês de gestação, altura em que começa a ser perceptível por este, os primeiros movimentos fetais e em que surgem sentimentos como o desejo de estar presente no parto e ansiedade com a aproximação deste momento, em que a vivência da paternidade se desenvolve com a experiência da relação

com o bebê nas novas rotinas após o nascimento.<sup>10</sup>

O quarto trimestre para além do foco na saúde materna, engloba todas as práticas que simulam o ambiente intrauterino (*swaddling, shushing, side/stomach position, swinging e sucking*), aparentando uma gestação externa e que tem por princípio que o bebê necessita de pelo menos um período de 3 meses de adaptação ao meio extrauterino segundo Lima et al. (2017), citado por Sequeira et al.<sup>11</sup>

Hannon et al.<sup>12</sup> realçam a importância da inclusão da saúde e do bem estar e não apenas a ausência de morbidade numa visão holística de cuidados, nesta fase da maternidade. Uma experiência positiva de gravidez, parto e transição através da maternidade é um resultado altamente desejável para todas as mulheres. Uma experiência pós-natal positiva é definida como aquela em que mulheres, parceiros, pais, cuidadores e famílias recebem informações e garantias de forma consistente de profissionais de saúde motivados. As necessidades de saúde, sociais e de desenvolvimento das mulheres e dos bebês são reconhecidas, dentro de um sistema de saúde com recursos e flexível que respeita o seu contexto cultural.<sup>4</sup>

O cuidar baseado nas forças (CBF) de Laurie Gottlieb<sup>13</sup> tem uma abordagem holística em que se centra na individualidade da pessoa, tendo em conta as forças e potenciais, inseridas no seu ambiente. Para além dos cuidados centrados na pessoa é assente em mais três pilares: o movimento de *empowerment*, a parceria colaborativa e a promoção e prevenção da saúde, incentivando a pessoa a assumir a responsabilidade pela sua própria saúde, recuperação e cura de acordo com a autora. Este referencial teórico é mais que um modelo, é uma filosofia e tem as suas raízes fundamentais na abordagem de enfermagem de Florence Nightingale.<sup>14</sup>

Para Gottlieb as forças são “as qualidades, aptidões, competências, capacidades e habilidades distintas e separadas que coexistem com as fraquezas” (...) estas definem a “pessoalidade do indivíduo e dão expressão à sua humanidade”.<sup>13(p.126)</sup> Segundo a mesma autora as forças podem ser biológicas, intra e interpessoais e sociais (recursos, bens) para ajudar a pessoa a lidar com os desafios, atingir metas e a atuar integralmente na totalidade da pessoa, sendo um compromisso para o seu autodesenvolvimento. Na visão holística da autora todos os aspetos da pessoa (corpo, pensamentos, emoções, consciência espiritual, vínculos, relações sociais e a capacidade de regular e lidar) trabalham juntos, de modo que a pessoa se sinta completa e inteira. Os recursos sociais estão no ambiente imediato ao da pessoa e podem incluir “finanças, relações familiares, religião, comunidade e afins”.<sup>13(p.134)</sup> A pessoa deve ter conhecimento dos recursos disponíveis para os poder mobilizar e aceder.

O CBF utiliza uma linguagem positiva como força, energia, desafios, oportunidades, possibilidades, sendo uma linguagem de esperança. Tem uma relação colaborativa, na qual o enfermeiro, a equipa, em conjunto com a pessoa e

família tomam decisões, criam o plano e trabalham juntos para encontrar soluções. O que a pessoa sente, pensa e as suas experiências são valorizadas. Foca-se na saúde e na vida da pessoa.<sup>13</sup>

Segundo Gottlieb<sup>13</sup> a pessoa, família e comunidades quando acreditam em si mesmos, focam-se nos aspetos positivos, são respeitados e quando têm recursos disponíveis para encontrarem soluções para os seus problemas, têm uma maior probabilidade de construir um futuro sustentável para eles e para os seus filhos.

Posto isto, verificam-se semelhanças entre este modelo teórico e a filosofia de cuidados do enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), em que Barradas et al.<sup>15</sup> enfatizam o *empowerment*, os cuidados centrados na mulher, a parceria entre a mulher e o enfermeiro EESMO, numa perspetiva holística, cabendo a este a prestação de cuidados com flexibilidade e criatividade, de modo a capacitar e dar suporte.

Neste sentido, é fundamental empoderar a mulher, o casal e a família para o quarto trimestre, de modo a serem criadas estratégias com base nas suas forças e potenciais, com a finalidade de ultrapassar e minimizar os desafios com que se possam vir a deparar, num ambiente saudável.

Este estudo foi realizado no âmbito da Tese de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e surgiu de uma ideia de elaborar um instrumento que permitisse planear e organizar o período pós-parto tendo em conta a gravidez de baixo risco, contribuindo assim, para a adaptação neste período, tendo sido realizada previamente uma *scoping review* que permitiu mapear a evidência acerca da temática.

Este estudo inicia-se com a pergunta de pesquisa: Quais as dificuldades experienciadas pela puérpera no pós-parto? tendo como objetivos: identificar as necessidades bio-psico-sociais da tríade nas primeiras 12 semanas pós-parto, as estratégias da puérpera/casal para ultrapassar as dificuldades percebidas e os itens a incluir no plano pós-parto.

## Métodos

Estudo descritivo exploratório com abordagem mista, cujos critérios de inclusão foram mães com idades entre os 18 e os 39 anos na altura do parto, com filhos saudáveis nascidos há menos de 3 anos (inclusive). Teve como critérios de exclusão situações em que a mãe ou o bebê tiveram alguma alteração na sua saúde, que levou à necessidade de internamento nos primeiros dias de vida, para além do habitual internamento no serviço do Puerpério, visto serem situações com necessidades específicas. A faixa etária dos extremos reprodutivos foi excluída por serem consideradas gravidez de alto risco na tabela de *Goodwin* modificada.<sup>3</sup>

O instrumento de colheita de dados utilizado foi um questionário com perguntas abertas e fechadas, elaborado

no *google forms* com 53 perguntas, divididas em quatro secções: dados sociodemográficos, dados sobre a gravidez e parto a que se refere o questionário, dados sobre pós-parto e plano pós-parto.

Foi realizado uma avaliação do questionário em outubro de 2022 a 8 mães com critérios de inclusão, com o objetivo de avaliar a clareza, a aceitabilidade, a compreensão e a redução do número de itens.<sup>16</sup> O facto desta avaliação também incluir mães enfermeiras EESMO permitiu não só ter uma opinião de uma mãe, como a opinião de uma especialista na área da saúde materna. Assim, foi realizada a validação semântica que permitiu clarificar a linguagem,<sup>16</sup> promovendo um melhor entendimento do conteúdo em que foram realizadas todas as alterações sugeridas.

Foi definida uma amostra não probabilística de conveniência, pois possibilita um estudo mais rápido e com menos custos de acordo com Vilelas<sup>16</sup>, através da técnica de “bola de neve” ou amostra por redes. Foi partilhado o instrumento de colheita de dados inicialmente através de grupos de mães nas redes sociais (*Facebook*, *Instagram*, *WhatsApp*) e através do conhecimento pessoal de mães que corresponderam aos critérios de inclusão e solicitado partilha do mesmo com outras pessoas com critérios de inclusão, de 14 de abril de 2023 a 5 de maio de 2023.

Obteve-se um total de 146 respostas, tendo sido excluídos 5 questionários (*Q9*, *Q14*, *Q18*, *Q21* e *Q28*), por serem referentes a situações de internamento na neonatologia, tendo sido incluído 141 participantes.

Foi realizada análise estatística dos dados quantitativos.

A análise de conteúdo foi realizada segundo Bardin.<sup>17</sup> Esta passa por três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Na fase da pré-análise foi realizada uma “leitura flutuante” de modo a ter uma ideia global do conteúdo. A cada questionário foi atribuído um código, pela ordem que foram realizados (1º questionário- Q1).

A fase de exploração do material, que consiste na análise propriamente dita,<sup>17</sup> foi realizada com recurso ao *WebQDA* – *Qualitative Data Analysis software* e ao programa de *software Microsoft Office Excel*.

Por último, foi realizado o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, em que os resultados em bruto, foram analisados de modo a produzirem significado.<sup>17</sup> Nesta fase é realizada a síntese e seleção dos resultados, as inferências e a interpretação.

A categorização permite organizar o conteúdo, agrupando a informação em categorias, com critérios previamente estabelecidos, podendo o mesmo ser semântico, sintático, léxico e expressivo.<sup>17</sup> Neste sentido, foi elaborado uma tabela com categorias, subcategorias e as respetivas unidades de registo que as determinam, e que são relevantes para os objetivos do estudo. Foi utilizada a categorização semântica que agrupa por temas,<sup>17</sup> de acordo com os objetivos, a *scoping review* e o referencial teórico CBF (Tabela4).

Os dados referentes aos itens para a construção do plano pós-parto foram recolhidos através de perguntas abertas e fechadas, pelo que foram sujeitos a uma análise qualitativa e quantitativa.

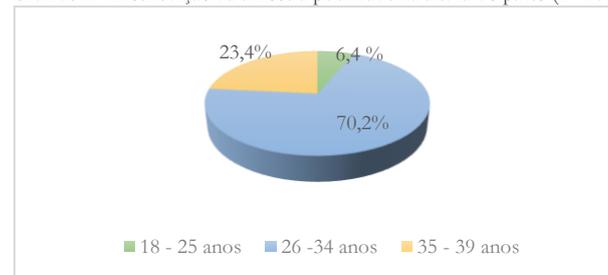
Na presente investigação todos os procedimentos éticos foram acautelados, uma vez que o questionário foi preenchido no *google forms* de forma anónima, que nem as investigadoras tiveram acesso à identidade das participantes. Foi obtido o consentimento livre, informado e esclarecido no questionário, nomeadamente na introdução do mesmo, onde foram apresentados os objetivos do estudo, garantindo a confidencialidade, a autodeterminação e o anonimato. O facto de ser um questionário online traduziu-se num benefício para as participantes, por poderem escolher quando e onde responder e a sua resposta ser opcional. Não foram identificados riscos para os sujeitos de investigação. De modo a garantir os procedimentos éticos em todo o processo de investigação o questionário só foi aplicado após a receção do parecer positivo do Conselho de Ética com o número 6932/2022 em abril de 2023, após algumas alterações realizadas.

## Resultados

Os resultados do estudo emergiram de perguntas fechadas e perguntas abertas.

A idade das participantes do estudo na altura do parto (Gráfico 1) a que se refere o questionário é na sua maioria dos 26 aos 34 anos (n=99), seguindo-se as idades dos 35 aos 39 anos (n=33) e dos 18 aos 25 anos (n=9) na altura do parto.

Gráfico 1 - Distribuição da amostra pela idade na altura do parto (n=141)



Na maioria das respostas, as puérperas/mães têm mestrado com um total de 42,5% e licenciatura com 34%, apresentando como nível mais baixo da escolaridade o 2º ciclo do ensino básico e o mais elevado o doutoramento.

Quanto à profissão, tendo em conta que esta pergunta foi elaborada de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões,<sup>18</sup> 42,5% são especialistas das profissões intelectuais e científicas, seguindo-se de 15,5% de técnicos e profissionais de nível intermédio e 14,9% de pessoal administrativo, serviços e similares. 19,8% das participantes trabalha na área da saúde materno-infantil.

Na sua maioria são portuguesas (97,9%), duas brasileiras e uma sul-africana, casadas (52,5%), em união de facto (39,7%), solteiras (7,1%) e uma viúva. Quanto ao tipo de família a maioria é do tipo nuclear (82 %) (Tabela1).

Tabela 1 - Dados de identificação

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
<b>2. Idade no parto a que se refere o questionário</b>		
18 - 25 anos	9	6,4 %
26 -34 anos	99	70,2 %
35-39 anos	33	23,4 %
<b>3. Escolaridade</b>		
Sem escolaridade	0	0 %
Ensino básico 1º Ciclo (atual 4º ano)	0	0 %
Ensino básico 2º Ciclo (atual 6º ano)	2	1,4 %
Ensino básico 3º Ciclo (atual 9º ano)	2	1,4 %
Ensino secundário (atual 12º ano)	17	12,1 %
Ensino pós-secundário (cursos de especialização tecnológica não superior)	3	2,1 %
Curso técnico superior profissional	4	2,8 %
Bacharelato (inclui antigos cursos médios)	0	0
Licenciatura	48	34 %
Mestrado	60	42,5 %
Doutoramento	4	2,8 %
Outra: Licenciatura e Pós-graduação	1	0,7 %
<b>4. Profissão</b>		
Desempregada	11	7,8 %
Trabalhadora não qualificada	13	9,2 %
Agricultores, Operários, Artífices e outros Trabalhadores Qualificados	4	2,8 %
Pessoal Administrativo, Serviços e similares	21	14,9 %
Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio	22	15,5 %
Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	60	42,5 %
Trabalho doméstico não remunerado	0	0 %
Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa	9	6,4 %
Forças militares e militarizadas	1	0,7 %
<b>5. Trabalha na área de saúde materno-infantil?</b>		
Sim	28	19,9 %
Não	113	80,1 %
<b>6. Nacionalidade</b>		
Portuguesa	138	97,9 %
Outra: Brasileira	2	1,4 %
Outra: Sul-africana	1	0,7 %
<b>7. Situação Conjugal</b>		
Solteira	10	7,1 %
União de facto	56	39,7 %
Casada	74	52,5 %
Divorciada	0	0
Viúva	1	0,7 %
<b>8. Tipo de família</b>		
Nuclear (casal com filhos comuns)	116	82 %
Alargada (casal, filhos e parentes da família)	9	6,4 %

Reconstruída (casal com filhos de relações anteriores)	11	7,8 %
Monoparental (mãe com filhos)	4	2,8 %
Unitária (Família constituída por uma pessoa que vive sozinha)	0	0 %
Outra: Mãe, filha e avó	1	0,7 %

A maioria das participantes são primíparas, no entanto em 39 das respostas tinham outros irmãos do bebé a viverem na mesma casa nas primeiras semanas pós-parto.

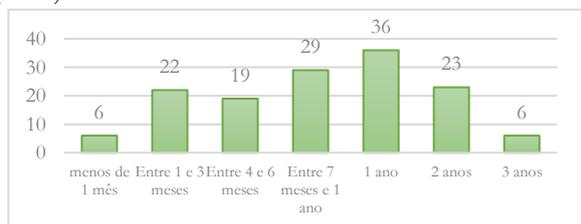
A maioria das participantes teve um parto distócico (54,6%), na sua maioria a cesariana (n=48). 64 participantes tiveram um parto eutócico (Tabela 2).

Tabela 2 - Dados sobre a gravidez e parto a que se refere o questionário

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
<b>9. Número de irmãos do bebé, que viviam na mesma casa, nas primeiras 12 semanas pós-parto</b>		
0	102	72,3 %
1	29	20,6 %
2	9	6,4 %
3	1	0,7 %
<b>10. Idade atual do bebé/criança</b>		
menos de 1 mês	6	4,3 %
Entre 1 mês e 3 meses	22	15,6 %
Entre 4 meses e 6 meses	19	13,5 %
Entre 7 meses e 1 ano	29	20,6 %
1 ano	36	25,5 %
2 anos	23	16,3 %
3 anos	6	4,3 %
<b>11. Fez Curso de preparação para o parto e parentalidade?</b>		
Sim	89	63,1 %
Não	52	36,9 %
Não sei o que é	0	0 %
<b>12. Tipo de Parto</b>		
Eutócico (parto normal)	64	45,4 %
Ventosa (via vaginal com o uso de ventosa)	23	16,3 %
Fórceps (via vaginal com o uso de ferros)	6	4,3 %
Cesariana (parto através de cirurgia)	48	34
<b>13. Fez um plano de parto?</b>		
Sim	73	51,8 %
Não	68	48,2 %
Não sei o que é	0	0 %
<b>14. Fez um plano pós-parto?</b>		
Sim	13	9,2 %
Não	118	83,7 %
Não sei o que é	10	7,1 %

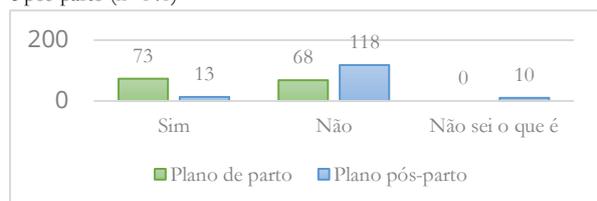
Quanto à idade dos bebês/crianças varia amplamente entre o RN e os 3 anos, de acordo com o gráfico 2.

**Gráfico 2** - Distribuição da amostra pela idade atual do bebê/criança (n=141)



A maioria das participantes fez o programa de preparação para o parto e parentalidades (63,1%), no entanto apenas 10,6% das participantes realizou o curso de recuperação pós-parto. Também o plano de parto foi uma preocupação na maioria das respostas (51,8%). No entanto, apenas 9,2% das participantes realizaram o plano pós-parto e em 7,1% respostas é referido que o desconhecem (Gráfico 3).

**Gráfico 3** - Distribuição da amostra quanto à realização do plano de parto e pós-parto (n=141)



Os dados referentes ao pós-parto das participantes encontram-se na tabela 3.

**Tabela 3** - Dados sobre o pós-parto

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
<b>17. Em que períodos do pós-parto sentiu dificuldades?</b>		
Primeiras 2 horas (bloco de partos)	5	3,5 %
Internamento (serviço de puerpério)	21	14,9 %
Retorno a casa, após alta do serviço de puerpério	26	18,4 %
Retorno ao trabalho do companheiro(a)	19	13,5 %
Retorno ao trabalho (se regressou antes das 12 semanas pós-parto)	3	2,1 %
Outro: Isolamento	1	0,7 %
Outro: Primeiras semanas	1	0,7 %
Outro: Nenhuma	1	0,7 %
Outro: Período de adaptação à amamentação	2	1,4 %
Outro: Primeiras 2 a 3 semanas pós-parto	2	1,4 %

Outro: altura em que ficou sem rede de apoio	1	0,7 %
Sem resposta à questão	59	41,8 %
<b>20. O bebê/criança foi alimentado com leite materno?</b>		
Sim	138	97,9 %
Não	3	2,1 %
<b>21. A opção de amamentar ou não, foi feita ainda na gravidez?</b>		
Sim	133	94,3 %
Não	8	5,7 %
<b>23. Até que idade o bebê fez leite materno exclusivo (bebê ingerir apenas leite materno)?</b>		
Menos de um mês	27	19,1 %
Até aos 2 meses	8	5,7 %
Até aos 3 meses	6	4,3 %
Até aos 4 meses	10	7 %
Até aos 5 meses	12	8,5 %
Até aos 6 meses	44	31,2 %
O bebê ainda não tem 6 meses e estou a amamentar em exclusivo	34	24,1 %
<b>24. Quando deixou de dar de mamar (leite materno exclusivo ou não)?</b>		
Menos de um mês	10	7 %
Entre 1 a 2 meses	10	7 %
Entre 3 a 4 meses	11	7,8 %
Entre 5 a 6 meses	7	5 %
Entre 7 meses e 12 meses	9	6,4 %
Entre 12 meses e 18 meses	7	5 %
Entre 19 meses e 24 meses	2	1,4 %
2 anos	4	2,8 %
3 anos	0	0 %
Outra: Ainda mama	59	41,9 %
Outro: Não aplicável	3	2,1 %
<b>25. O tempo em que manteve a amamentação foi de acordo com o que tinha planeado?</b>		
Sim	64	45,4 %
Não, amamentei mais tempo do que tinha planeado	14	10 %
Não, amamentei menos tempo do que tinha planeado	40	28,4 %
<b>29. Fez o curso de recuperação pós-parto?</b>		
Sim	15	10,6 %
Não	126	89,4 %
<b>30. O seu autocuidado, como se alimentar, tomar banho, fazer exercício físico, dormir, ...foi uma preocupação neste período?</b>		
Sim	99	70,2 %
Não	42	29,8 %
<b>33. Sentiu que houve uma alteração no relacionamento com o seu companheiro (a)?</b>		
Sim	104	73,8 %
Não	37	26,2 %
<b>36. Se uso um método contraceptivo no pós-parto, este foi escolhido ainda na gravidez?</b>		
Sim	71	50,4 %
Não	66	46,8 %
<b>45. Os aspetos facilitadores para uma vivência positiva do pós-parto foram planeados/preparados com antecedência?</b>		
Sim	70	49,6 %
Não	71	50,4 %

**Dificuldades no Pós-parto:**

Foram referidos os desafios nos cuidados ao bebê nomeadamente a “Gestão das noites. Cólicas (até aos 4 meses) (...) a “deslocação (bebê detesta andar de carro)” Q11, “Cortar as unhas e higiene do cordão umbilical” Q17, o “Medo de errar” Q54.

A amamentação é um dos desafios apontados, três participantes não amamentaram, uma por opção (Q 128), uma por razões maternas (Q121) e uma devido a dificuldades na pega (Q 126). 41,9% das participantes ainda estava a amamentar aquando do preenchimento do questionário, 31,2% amamentou exclusivamente até aos 6 meses e 45,4% manteve a amamentação de acordo com o que tinha planeado.

Algumas participantes expressaram as dificuldades na amamentação como: “O bebé tinha freio curto e não sabíamos” Q16, “Dificuldade na pega do bebé. Levou a uma perda de peso acentuada, mamilos feridos e dor insuportável, início de uma mastite, cansaço acentuado e dificuldade em gerir as emoções associadas a esta dificuldade” Q39.

O autocuidado é uma preocupação na maioria das participantes (70,2%), sendo a recuperação física e psicológica outro dos desafios relatados pelas participantes do estudo nomeadamente: as “dores vaginais” Q1, “Privação de sono, insónias intensas, ansiedade, dificuldade em estar fechada com o bebé, vontade de ter rotina novamente, crise de identidade, baby blues.” Q32, “muita dificuldade a tomar banho, a ir à casa de banho, a andar, levantar, estar com o bebé ao colo, estar sentada. Foi muito difícil” Q40, “o desgaste emocional e a dívida do que é que eu fui fazer a minha vida” Q68.

O relacionamento conjugal é impactado pelas dificuldades na parentalidade, conjugalidade e sexualidade. Na transição para a parentalidade é referido como o relacionamento pode influenciar esta transição e vice-versa: “Pontos de vista diferentes sobre maternidade” Q25. 73,8% das participantes referem alterações no relacionamento com o companheiro. Algumas das dificuldades na conjugalidade e sexualidade expressas são: “Dificuldade na comunicação e em ter tempo enquanto casal” Q24, “Principalmente sobre os cuidados com o bebé e ajuda nas tarefas da casa. O companheiro tem horários de trabalho que dificultavam a sua presença em casa. Que levaram a um afastamento e sentimento de solidão em que tudo dependia de mim.” Q39, “Não há vida conjugal apenas parental” Q61, “A falta de sono deixa-me mais irritada, a falta de tempo e privacidade para a atividade sexual” Q80.

Relativamente ao planeamento familiar a maioria escolheu o método contraceptivo ainda na gravidez (n=71), no entanto uma das participantes afirma que “No centro de saúde apenas me perguntaram que contraceptivo queria” Q82.

As dificuldades quer do apoio dos profissionais de saúde, quer de familiares ou amigos que formam a rede de apoio referidas pelas participantes são expressas pela: “Sobrecarga quando o meu parceiro foi trabalhar” Q4, “Falta de apoio na amamentação (...)” Q6, “Pressão social para trabalhar (...) Poucas alternativas para socializar” Q16, Profissionais de saúde “Desinformados, inconvenientes e persistentes na sua opinião” Q17, “Informações contraditórias de diferentes profissionais de saúde” Q24, “Foi na altura do COVID. E pensei que a família ia estar mais presente para ajudar e nada. Foi uma ilusão minha.” Q56, “As pessoas ajudam com o bebé na parte fácil e não com tudo o resto que é

o mais difícil (tarefas domésticas, cozinhar etc)” Q80, “Nem consultas tive no serviço nacional de saúde” Q86.

A gestão do quotidiano é outro dos desafios relatados, nomeadamente a gestão de tarefas domésticas e com outros filhos: “Falta de tempo/opportunidade para fazer as tarefas domésticas” Q42, “Lidar com o mais velho” Q57, a gestão de visitas: “Dificuldade em impor limites. Nas visitas e tempo das mesmas, contacto com o bebé. Opiniões não solicitadas, julgadoras” Q82 e o regresso ao trabalho “Ausência de licença paterna por ser prestador de serviços. Licença materna ridiculamente pequena” Q37, “A privação de sono retira energia para o resto, gestão do tempo trabalho-família-casa” Q49, “Conciliar horários de trabalho com creches” Q126, “Poder replanear futuro profissional” Q135.

**Necessidades da tríade** na perspetiva das participantes

As necessidades da tríade identificadas são as necessidades informativas: “cuidados que a mãe deve ter com ela própria, a nível de alimentação, suplementação e cuidados com o corpo no pós-parto” Q33, “(...) sobre o que são sinais de alerta no bebé. O que pode acontecer, o que é normal ou não.” Q40, as necessidades físicas e biológicas: “Arranjar tempo para mim, para fazer desporto, para cuidar de mim” Q59, “Necessidade de higiene constante.” Q70, as necessidades psicológicas e emocionais quer do bebé como “...a necessidade dela de estar sempre no meu colo ou comigo junto a ela” Q66 e da mãe/casal: “Necessidade de apoio emocional” Q16 e por último as necessidades sociais como “Ajuda nas tarefas e no cuidado ao bebé (...) Apoio na amamentação” Q2, “Apoio psicológico” Q8, “Segurar a bebé por alguns momentos, fazerem a comida” Q20, “Algum já seria bom. Para 99% do desenho do acompanhamento de profissionais de saúde no sistema, o 4o trimestre não existe” Q34 “Visita domiciliária no pós-parto para realização de teste do pezinho, para avaliação do bem-estar materno e do RN” Q52, “Tarefas da casa, tratamento da roupa, refeições e atividades dos irmãos” Q61.

**As forças que contribuíram para uma vivência positiva do quarto trimestre**

As forças que contribuíram para uma vivência positiva do quarto trimestre que emergiram deste estudo foram: as experiências passadas, as forças cognitivas, as forças biológicas e intrapessoais, as forças psicológicas, as forças relacionais e de afeto, as forças sociais e interpessoais, a criação de um Plano, a parceria colaborativa e a promoção de ambiente protetor.

As experiências passadas como descrito: “Ter tido um parto natural humanizado e respeitado. Ser a segunda experiência” Q15, “A experiência de parto ter sido positiva, muito apoiada pela equipa de enfermagem, sem qualquer tipo de instrumentos nem de cortes desnecessários. Tornou a recuperação muito mais rápida e leve para mim.” Q44, as forças cognitivas como “Muitos vídeos na internet mais apoio da enfermeira” Q26, “... procurar informação em livros escritos por enfermeiras e/ou médicos” Q104. As forças biológicas e intrapessoais expressas: “Acho que tive uma recuperação excelente devido a não ter grandes sequelas do parto” Q2, “A bebe ser calma” Q5, as forças psicológicas expressas “simplesmente olhar ao espelho” Q5, “...Mindfulness e reconhecer

que não posso controlar tudo” Q41, “Confiar em mim, no meu parceiro e no meu bebé” Q53, “Respirar fundo e agir sempre com calma e pedir ajuda sempre que preciso” Q76), as forças relacionais e de afeto como “Diálogo.” Q2, “Babywearing” Q12, “Muito colo” Q31, “Fizemos tudo a dois com muito respeito pelo processo que estava a passar e muita compreensão sobre o papel um do outro. Ele cuidou de mim para que processo do pós-parto fosse mais sereno” Q53. As forças sociais e interpessoais expressas: “...Coloquei no infantário antes de regressar ao trabalho para conseguir dormir enquanto ele estava lá” Q12, “Apoio familiar (--) Ajuda médica” Q8, “Grupos de partilha nas redes sociais” Q10, “Consulta em casa de pós-parto” Q25, “Consultas de apoio à amamentação, terapia da

fala e fisioterapia” Q44, “Boa equipa médica, boas enfermeiras” Q60, “...Licença parental partilhada com o pai...” Q62, a criação de um plano como: “Uma vez na semana irmos sair os dois” Q4, “Tentar falar um pouco a noite, 2x/semana” Q11, “Ter marcações e rotinas concretas” Q77. A parceria colaborativa tal como descrito pelas participantes: “Apoio do pai do bebé”, “Apenas conseguia quando o pai chegava a casa” Q3, “Divisão de tarefas em casa, por exemplo enquanto amamentava pai fazia as refeições” Q25, “Delegar tarefas ao pai” Q82 e a promoção do ambiente protetor como o “Alojamento conjunto” Q62, “O pai estar comigo e estarmos sozinhos no quarto” Q66, “Sair do hospital o mais cedo possível. Internamento de 36h” Q89.

Tabela 4 - Categorias e subcategorias

Categorias	Subcategorias
Dificuldades no pós-parto	Cuidados ao bebé Amamentação Recuperação Física e psicológica Transição para a Parentalidade Relacionamento Conjugal Planeamento familiar Rede de suporte Gestão do quotidiano
Necessidades da tríade na perspetiva materna	Informativas Físicas e biológicas Psicológicas e emocionais Sociais
As forças que contribuíram para uma vivência positiva do quarto trimestre	Experiências passadas Forças cognitivas Forças biológicas e intrapessoais Forças psicológicas Forças relacionais e de afeto Forças sociais e interpessoais Criação de um Plano Parceria colaborativa Promoção de ambiente protetor

**Itens para a elaboração do plano pós-parto**

Os itens para a elaboração do plano pós-parto foram obtidos através de 5 questões fechadas da secção IV do questionário (Tabela 5), com a opção de acrescentar resposta em texto livre e de questões abertas ao longo do questionário nomeadamente as perguntas número 15, 16 e 53.

Tabela 5 – Plano pós-parto

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
<b>46. Que opções definiu ou que considera importante refletir/definir ainda na gravidez?</b>		
A opção de amamentar ou não	108	76,6 %
Tipo de contraceção pretendida no pós-parto	49	34,8 %
Contactos de familiares e amigos que podem apoiar no pós-parto	105	74,5 %
Grupo de mães (internet, presencial)	54	38,3 %
Contactos dos profissionais de saúde (Hospital, Centros de Saúde, outros)	102	72,3 %

Primeiro contacto dos profissionais de saúde (quem, como)	71	50,4 %
A quem contactar para apoio na amamentação	121	85,9 %
A quem contactar para apoio se ocorrerem sentimentos de tristeza	101	71,6 %
Curso de recuperação pós-parto	68	47,6 %
Outro: Informação	2	48,2 %
Outro: Doula	1	0,7 %
Outro: Preparação logística das refeições e tarefas domésticas	1	0,7 %
Outro: Acompanhamento de mães em condições pré-existentis que podem complicar no pós-parto	1	0,7 %
Outro: Fisioterapia pélvica	1	0,7 %
<b>47. Nas primeiras 2 horas (bloco de partos) considera importante a mãe/pai definirem no seu plano:</b>		
Presença do pai ou outra pessoa significativa	133	94,3 %
Contacto pele a pele com o bebé desde o nascimento (pela mãe, pai ou outro)	137	97,2 %
Amamentação na primeira hora de vida	128	90,8 %
Outro: Adiar procedimentos não urgentes	3	2,1 %
Outro: Consentimento para administração de medicação	1	0,7 %

Outro: Não vestir o bebé para fazer contacto pele a pele	1	0,7 %
Outro: Privacidade	1	0,7 %
Outro: informação	1	0,7 %
Outro: Apoio imediato na amamentação	1	0,7 %
<b>48. No internamento (serviço de puerpério) considera importante a mãe/pai definirem no seu plano:</b>		
Presença do pai ou outra pessoa significativa	139	98,6 %
Apoio na amamentação (como, quem, quando)	129	91,5 %
Opções protetoras da amamentação (não introdução da chucha, como é oferecido o leite formula ou leite materno se necessário)	101	71,6 %
Primeiro banho do bebé (quem, quando)	106	75,2 %
Estar presente em todos os procedimentos ao bebé	114	80,9 %
Informação prévia aos pais de todas as intervenções ao bebé (medicação, tratamentos)	129	91,5 %
Visitas (quem, quando)	104	73,8 %
Outro: Privacidade	1	0,7 %
Outro: opções nos desvios da normalidade	3	2,1 %
Outro: contacto pele a pele frequente	1	0,7 %
<b>49. No regresso a casa considera importante a mãe/pai definirem no seu plano:</b>		
Roupas organizadas do bebé para os primeiros dias	87	61,7 %
Onde o bebé vai dormir	98	69,5 %
Cuidados ao bebé (quem, como)	110	78 %
Outros filhos (cuidados, interação com o bebé)	82	58,2 %
As primeiras refeições	81	57,4 %
Tarefas domésticas (quem, como, quando)	117	83 %
Visitas (quem, como, onde, quando)	122	86,5 %
Gestão financeira (quem e como são pagas as contas)	55	39 %
Cuidado dos animais domésticos (quem, o quê)	64	45,4 %
Tempo para o casal (como, quando, rede de apoio)	93	66 %
Tempo para o autocuidado (o quê, quem apoia, quando)	118	83,7 %
Outro: Segurança auto	1	0,7 %
Outro: Passeios em família	1	0,7 %
<b>50. No regresso ao trabalho considera importante a mãe/pai definirem no seu plano:</b>		
Com quem o bebé vai ficar	132	93,6 %
Alimentação/amamentação do bebé (como, quem, onde)	126	89,4 %
Condições de trabalho (horários, o quê, a partir de quando)	129	91,5 %
Reorganização das tarefas domésticas (quem, o quê, quando)	114	80,9 %
<b>51. Em sua opinião, o plano pós-parto deve ser elaborado apenas pela mãe ou grávida?</b>		
Sim	3	2,1 %
Não	138	97,9 %
<b>52. Em caso negativo, indique com quem o plano pós-parto deve ser elaborado?</b>		
Com companheiro(a)	138	97,9 %
Com um familiar	14	9,9 %

Com amigo ou amiga	5	3,5 %
Com enfermeira especialista de saúde materna e obstetrícia	55	39 %
Outro: Médico que segue a gravidez	1	0,7 %
Outro: Doula	3	2,1 %
Outro: Informação discutida com enfermeiro EESMO previamente	1	0,7 %
Outro: Em conjunto com a rede de apoio	1	0,7 %

Do estudo emergiram onze itens para a elaboração do plano pós-parto nomeadamente: a informação, cuidados ao bebé, plano de alimentação do bebé/plano de amamentação, plano de recuperação, planeamento familiar, conjugalidade, rede de suporte, gestão do quotidiano, gestão de expectativas, gestão de desvios da normalidade/complicações e planeamento e implementação (Tabela 6).

Tabela 6 - Itens para a elaboração do plano pós-parto

Itens Plano Pós-parto	Dados quantitativos	Dados qualitativos
Informação	x	x
Cuidados ao bebé	x	x
Plano de alimentação do bebé/plano de amamentação	x	x
Plano de recuperação	x	x
Planeamento familiar	x	x
Conjugalidade	x	x
Rede de suporte	x	x
Gestão do quotidiano	x	x
Gestão de expectativas		x
Gestão de desvios da normalidade/complicações		x
Planeamento e implementação		x

A informação é necessária para a construção do plano pós-parto na voz das participantes: *“Ter informação validade sobre as várias áreas de saúde infantil para gerir o dia a dia, especial importância na informação sobre amamentação! Q83, “Desmistificar que a mulher não tem de suportar tudo sozinha e que não tem de todo ser uma super mulher” Q95.*

Relativamente aos cuidados ao bebé é expresso através da necessidade de: *“Stock de fraldas reutilizáveis. Gestão de tempos de vigília e sono do bebé” Q16, “Adiar os procedimentos não urgentes” Q20, “Cuidados para o bebé (ex. não ser afastado, não dar banho)” Q37, “...administração ou não de medicação e vacinas” Q66, “Mala da grávida e do bebé, cama e roupa do bebé (...) Segurança auto” Q74.*

Relativamente ao plano de alimentação é expresso através da: *“Gestão da amamentação em tandem” Q15, “Consulta de amamentação” Q25, “...separei roupa amiga da amamentação” Q38, “Acessórios de amamentação...” Q80 e “Apoio imediato na amamentação” Q128.*

Em relação ao plano de recuperação as participantes referiram a importância de definir: *“Comida congelada, pensos perineais congelados” Q20, “plano nutricional e de exercício físico para a mãe” Q45, “Roupas confortáveis, práticas e bonitas para mim (...) Importância da ginástica pós-parto não só na reabilitação física*

da mãe, como emocional e reintegração social” Q79, “Reconhecer sinais de alarme de depressão pós-parto (...) Tempo para mim mesma. Quando começar a fazer exercício” Q83.

Apenas 34,7% das participantes consideraram importante definir ainda na gravidez o tipo de contraceção pretendida no pós-parto, no entanto uma das participantes referiu que “Pensar bem nos métodos contraceptivos pós-parto. A escolha geral é pílula e pode não ser a adequada, mas não vamos ter cabeça naquela altura para dizer que não.” Q64.

Relativamente à conjugalidade as participantes consideraram: “Muito importante no apoio ao companheiro” Q19, “Passeios em família” Q81 e “Organização de timings com o pai” Q86.

A importância do planeamento da rede de suporte foi expressa por uma participante do seguinte modo:

*“Tudo. (...) Casa: - durante 4 meses família trazia comida para congelar ao fim de semana - lista de compras online para só carregar em “vir” - duas vezes por semana amigas traziam sopa - ajuda doméstica quinzenalmente - ensinar namorado a tratar da roupa... Visitas: - família alargada previamente informada ao longo da gravidez de que não queríamos visitas sem convidar nos primeiros - foi respeitado. - família imediata (nossos pais) tinham que nos dar 24h sozinhos com o bebé em casa (...) Educação da rede de apoio: - ao longo da gravidez, é bem antes inclusive foram sendo expostas e discutidas as nossas opções para com a bebé e a maneira como a queremos guiar – ESSENCIAL (...). Apoio especializado: - apoio por (...). Rede de mães com bebés na mesma idade - MEU DEUS ABSOLUTAMENTE ESSENCIAL” Q19*

Acerca da gestão do quotidiano a maioria das participantes considerou ser importante “Deixar o máximo de coisas já feitas” Q36, “Visitas restringidas apenas aos avós, fiz comida antes do parto e congelei...” Q44.

As participantes consideraram importante acrescentar a gestão das expectativas: “...expectativas ajustadas foi o que mais diferença fez.” Q19, “Ter um plano, mas estar aberto a que as coisas não vão correr todas como queremos” Q42, e “ser debatido com a pessoa, não a importância de tomar decisões que posteriormente possam não ser realistas, mas refletir sobre cada um dos temas” Q37, a gestão dos desvios da normalidade como: “O que fazer em situações extraordinárias tipo cuidados intensivos/neonatologia.” Q62, “Fazer um plano se algo correr fora daquilo que esperamos, o que fazer caso algo corra mal” Q64, “O que acontece ao bebé caso aconteça algo à mãe” Q75 e o planeamento e implementação: “...calendarização diária/ horária”. Q45, “O plano pós-Parto deve fazer parte do curso de preparação para o nascimento” Q71 e “Poder ser feito online ou à distância, uma vez que pode não apetecer ou ser possível a saída de casa” Q93.

A maioria (98%) considerou que o plano pós-parto deve ser elaborado com o companheiro(a) (n=138), seguindo-se de 39 % com enfermeiro EESMO e acrescentam que “Durante a gravidez ter uma consulta em que se fale sobre o pós parto e não ser só sobre o parto (o parto passa rápido o pós parto não)” Q22.

## Discussão

Deste estudo emergiram as dificuldades no pós-parto, as necessidades da tríade na perspetiva materna, as forças que contribuíram para uma vivência positiva do quarto trimestre e os itens para a elaboração do plano pós-parto. Relativamente aos desafios nos cuidados ao bebé os resultados corroboram com o estudo de Alves et al.<sup>20</sup> que afirma que as puérperas têm medo de dar banho, cuidar do coto umbilical, com preocupação de cuidar adequadamente e acalmar a criança. Muitas das dificuldades na amamentação passam pela falta de apoio na amamentação, a falta de informação, a dor e emoções negativas.<sup>21,22</sup> Os resultados da pesquisa do estudo de Zivoder et al.<sup>23</sup> mostraram que as dificuldades e distúrbios psicológicos no pós-parto são problemas comuns encontrados por quase 50% das mulheres (44,46%), sendo o *Baby Blues* o mais comum, seguido pela depressão pós-parto e perturbações de ansiedade. Acrescenta ainda que a idade e o tipo de nascimento não afetaram o surgimento de mudanças, enquanto fatores sociais como o suporte familiar tiveram grande impacto. As dificuldades no relacionamento conjugal expressas pelas participantes estão de acordo com o estudo de Asadi et al.<sup>24</sup> que afirma que a relação com o companheiro muda e assume um novo *status* na forma de cooperação para o cuidado do filho neste período. As dificuldades na gestão do quotidiano são corroboradas com os estudos de Ayers et al.<sup>25</sup>, Brown e Shenker<sup>26</sup>, Caetano et al.<sup>27</sup>, Hadjigeorgiou et al.<sup>28</sup>, Joy et al.<sup>29</sup> e Sakalidis et al.<sup>30</sup>. O presente estudo corrobora com os resultados da *scoping review* quanto às dificuldades e preocupações maternas no quarto trimestre, com a exceção das dificuldades acrescidas relacionadas com a multiculturalidade, uma vez que a amostra é maioritariamente portuguesa.

As necessidades da tríade identificadas na perspetiva das participantes são corroboradas pelo estudo de Riberio et al.<sup>6</sup> que conclui que no pós-parto há necessidade de apoio social, físico, emocional e informativo. McLeish et al.<sup>31</sup> também é da opinião que há uma necessidade de suporte emocional, suporte informativo e suporte prático no pós-parto. Os mesmos autores defendem que interações gentis, respeitadas e empáticas contribuem para sentimentos de segurança e valorização.

As forças que contribuíram para uma vivência positiva do quarto trimestre que emergiram deste estudo foram: as experiências passadas, as forças cognitivas, as forças biológicas e intrapessoais, as forças psicológicas, as forças relacionais e de afeto, as forças sociais e interpessoais, a criação de um plano, a parceria colaborativa e a promoção de ambiente protetor. A fonte de informação sobre a amamentação passa pelo contacto com profissionais de saúde nas consultas de vigilância, cursos e bibliografia disponibilizada, pela experiência prévia pessoal ou de familiares e amigos, sendo as suas mães uma das maiores fontes de conhecimento e apoio direto como refere Oliveira et al.<sup>32</sup> O maior apoio do companheiro no pós-

parto está associado a maior autoeficácia na amamentação, menor depressão e menor insatisfação corporal.<sup>19,33</sup>

A aquisição de novas competências e habilidades promove o desenvolvimento de forças, oportunidade criada pelas transições segundo Gottlieb.<sup>13</sup> Também de acordo com a mesma autora<sup>13</sup> os processos de reparação do corpo incluem o reforço do sistema imunitário, a melhoria do funcionamento cardíaco e renal, melhoria do funcionamento da mente, atendendo aos estados emocional, mental e espiritual. Para restaurar o todo envolve atos de autocura como a atividade de equilíbrio e descanso, promover o sono, exercício, alimentar-se bem, promover o relaxamento e reduzir o stress.<sup>13</sup>

Além de ser um momento de felicidade, o quarto trimestre pode apresentar desafios consideráveis para a mulher, casal e família, podendo ainda representar desafios ao nível laboral, da comunidade e das políticas de saúde. Os resultados corroboram com Hannon et al.<sup>12</sup> que afirma que a educação para a saúde se centra no apoio a processos de tomada de decisão informados como um recurso positivo e que atenua preocupações e dificuldades, o cuidado centrado na família e não apenas no bebé, o apoio no pós-parto e flexibilidade no regresso ao trabalho, creches acessíveis e perto de casa.

É de realçar os itens sugeridos para a elaboração do plano pós-parto, sendo estes a informação, cuidados ao bebé, plano de alimentação do bebé/plano de amamentação, plano de recuperação, planeamento familiar, conjugalidade, rede de suporte, gestão do quotidiano, gestão de expectativas, gestão de desvios da normalidade/complicações, planeamento e implementação. Tal como Riberio et al.<sup>6</sup> é importante preparar a rede de apoio nomeadamente para o puerpério imediato, pois envolve vivenciar rápidas mudanças no corpo e na rotina que fazem com que a mulher sinta a necessidade de apoio para lidar com as dores, as dificuldades na amamentação e no cuidado ao RN, com o cansaço e o medo das responsabilidades advindas da maternidade. O mesmo autor corrobora e releva a importância da experiência de parto positiva, assim como, as mudanças de rotinas no puerpério remoto.

É de salientar que o CBF proporciona um sentimento de centralidade e de empoderamento na mulher com uma performance mais eficaz no seu autocuidado, na amamentação e na promoção de sua saúde para o retorno à sua rotina de acordo com Silva et al.<sup>34</sup>

## Conclusão

O quarto trimestre é um conceito que coloca no centro dos cuidados a mulher (RN e casal) inserida na família que necessita de tempo para se adaptar e de ser cuidada por uma rede de suporte que ofereça apoio prático, de acordo com as suas necessidades e preferências.

As dificuldades referidas passam pelos cuidados ao bebé, a amamentação, a recuperação física e psicológica, a transição para a parentalidade, o relacionamento conjugal, o planeamento familiar, a rede de suporte e a gestão do quotidiano.

Foram identificadas na perspetiva materna as necessidades bio-psico-sociais da tríade nas primeiras 12 semanas pós-parto e as estratégias da puérpera/casal para ultrapassar as dificuldades percebidas, o que permitiu construir os itens a incluir no plano pós-parto.

O plano pós-parto é um conceito inovador, uma vez que as grávidas/casais se focam na elaboração do plano de parto, desconhecendo ou não valorizando o plano pós-parto. No entanto a maioria das participantes consideraram o planeamento como uma das forças ou estratégias para uma vivência positiva do quarto trimestre.

Sugere-se que outros estudos de investigação sejam realizados sobre a elaboração do plano pós-parto em situações específicas como exemplo na prematuridade, na deficiência e que contemplem o casal.

## Limitações do estudo

A amostra é maioritariamente portuguesa o que torna o grupo homogéneo por um lado, mas por outro limita o conhecimento da perspetiva sobre o plano pós-parto e quarto trimestre de diversas origens étnicas e culturais.

O facto de o estudo ter sido realizado online limita a acessibilidade de participação de forma homogénea.

Não nos foi possível ampliar o estudo à perspetiva paterna, aplicando o questionário ao pai/companheiro(a) da puérpera de modo a conhecer a sua perspetiva e sugestões o que seria uma mais valia.

## Contribuições autorais

BP: Conceção do desenho e desenho do estudo, recolha de dados, análise e interpretação dos dados e redação do manuscrito.

MS: Orientação na conceção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados e revisão crítica do manuscrito.

## Conflitos de interesse e Financiamento

Nenhum conflito de interesse foi declarado pelas autoras.

## Agradecimentos

As autoras agradecem a todas as participantes deste estudo e ao Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR) que contribuiu com o acesso ao WebQDA – *Qualitative Data Analysis software*.

## Fontes de apoio / Financiamento

O estudo não foi objeto de financiamento.

## Referências

1. Ferreira AF. Fisiologia do puerpério. In: Néné M, Sequeira C, editors. *Enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Lisboa: Lidel; 2016. p. 438–42.
2. Chauhan G, Tadi P. Physiology, Postpartum Changes. [Updated 2022 Nov 14]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555904/>
3. Direção-Geral da Saúde. Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco. Lisboa: DGS; 2015. 112 p.
4. World Health Organization, Human Reproduction Programme. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: World Health Organization; 2022. 224 p.
5. Souza ABQ, Fernandes BM. Guidelines for nursing care: an effective tool for the promotion of health in puerperium. *Rev Rene* [Internet]. 2014 Aug. 20 [cited 01/09/2021];15(4). Available from: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4887>
6. Riberio JP, Lima FBC, Machado T, Soares S, Oliveira BB, Voss Klemtz F, et al. Needs felt by women in the puerperal period. *J Nurs UFPE online* [Internet]. 2019 [cited 01/11/2022]; 13(1):61–70. Available from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i01a235022p61-69-2019>.
7. ACOG Committee Opinion No. 736: Optimizing Postpartum Care. *Obstet Gynecol*. [Internet] 2018 May [cited 01/09/2021] ;131(5):e140-e150. Available from: [https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2018/05000/acog\\_committee\\_opinion\\_no\\_736\\_optimizing.42.a.spx](https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2018/05000/acog_committee_opinion_no_736_optimizing.42.a.spx) doi: 10.1097/AOG.0000000000002633.
8. Mercer RT. Becoming a mother versus maternal role attainment. In: Meleis AI, editors. *Transitions theory*. New York : Springer Publishing Company; 2010. p. 94-104.
9. Savage JS. A fourth trimester action plan for wellness. *J Perinat Educ*. [Internet] 2020 [cited 01/07/2021];29(2):103–12. Available from: <https://doi.org/10.1891/J-PE-D-18-00034>
10. José M. Como nasce um pai? A transição para a parentalidade [Master's thesis on the Internet]. Universidade de Évora, Escola de Ciências Sociais; 2018. [cited 15/01/2023]. Available from: <http://hdl.handle.net/10174/23424>.
11. Sequeira A, Pousa O, Barros A, Freitas C, Oliveira I. Execução da técnica dos 5 S para acalmar o recém-nascido. In: Sequeira A, Pousa O, Amaral C, editors. *Procedimentos de enfermagem em saúde materna e obstétrica*. Lisboa: Lidel; 2020. p. 252–9.
12. Hannon S, Newnham E, Hannon K, Wuytack F, Johnson L, McEvoy E, et al. Positive postpartum well-being: What works for women. *Heal Expect*. [Internet] [cited 01/07/2023] 2022;25(6):2971–81. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hex.13605>
13. Gottlieb L. O cuidar em enfermagem baseado nas forças. Saúde e cura para a pessoa e família. Loures: Lusodidacta; 2016.
14. Gottlieb LN, Gottlieb B. Strengths-based nursing: A process for implementing a philosophy into practice. *J Fam Nurs*. [Internet] 2017 [cited 20/09/2023];23(3):319–40. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1074840717717731>
15. Barradas A, Torgal AL, Gaudêncio AP, Prates A, Madruga C, Clara E, et al. Livro de bolso: Enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica/parteiras. [Internet]. Lisboa: OE; 2015. Available from: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobols\\_o\\_eesmo.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobols_o_eesmo.pdf)
16. Vilelas J. O processo de construção do conhecimento. 2nd ed. Lisboa: Edições Sílabo, Lda; 2017.
17. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, Lda; 2015.
18. Instituto Nacional de Estatística. Classificação Portuguesa das Profissões 2010 [Internet]. Lisboa: INE; 2011. 485 p. Available from: <https://www.ine.pt/xurl/pub/107961853>
19. Sharifipour F, Javadnoori M, Moghadam ZB, Najafian M, Cheraghian B, Abbaspoor Z. Primiparous mothers' perception and expectations regarding social support during the postpartum period: A qualitative study. *Iran J Nurs Midwifery Res*. [Internet]. 2023 [cited 98/07/2023] ;28(1):38–46.
20. Alves ACP, Lovadini VL, Sakamoto SR. Feelings experienced by women during the puerperium. *Rev Enferm Atual*. In *Derme* [Internet] 2021 Feb 1 [cited 01/11/2022];95(33):e021013. Available from: <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/721>
21. Agampodi TC, Dharmasoma NK, Korallengedara IS, Dissanayaka T, Warnasekara J, Agampodi SB, et al. Barriers for early initiation and exclusive breastfeeding up to six months in predominantly rural Sri Lanka: a need to strengthen policy implementation. *Int Breastfeed J*. [Internet]. 2021 Dec [cited 01/07/2021];16, 32. Available from: <https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13006-021-00378-0> <https://doi.org/10.1186/s13006-021-00378-0>
22. Wong BB, Leow MQH, He H-G. Factors contributing to discontinuation of breastfeeding prior to six month: A mixed-methods study. *Singap. Nurs. J*. [Internet]. 2021 May [cited 01/11/2022];48(2):2–12. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=cul&AN=153516634&lang=pt-pt&site=eds-live&scope=site>
23. Zivoder I, Martić-Biocina S, Veronek J, Ursulin-Trstenjak N, Sajko M, Paukovic M. Mental disorders/difficulties in the postpartum period. *Psychiatr*

- Danub. [Internet] 2019 Sep [cited 01/07/2021];31(Suppl 3):338-344. Available from: [https://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb\\_vol31\\_noSuppl%203/dnb\\_vol31\\_noSuppl%203\\_338.pdf](https://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol31_noSuppl%203/dnb_vol31_noSuppl%203_338.pdf)
24. Asadi M, Noroozi M, Alavi M. Exploring the experiences related to postpartum changes: perspectives of mothers and healthcare providers in Iran. *BMC Pregnancy Childbirth*. [Internet]. 2021 Jan 5 [cited 01/11/2022];21(1):7. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-020-03504-8>  
<https://doi.org/10.1186/s12884-020-03504-8>
25. Ayers S, Crawley R, Webb R, Button S, Thornton A, Smith H, et al. What are women stressed about after birth? *Birth*. [Internet]. 2019 Dec 1 [cited 01/07/2021];46(4):678–85. Available from: <https://doi.org/10.1111/birt.12455>
26. Brown A, Shenker N. Experiences of breastfeeding during COVID-19: Lessons for future practical and emotional support. *Matern Child Nutr*. [Internet]. 2021 [cited 01/11/2022];17(1):e13088. Available from: <https://doi.org/10.1111/mcn.13088>
27. Caetano ABJR, Mendes IMMMD, Rebelo Z de ASA. Maternal concerns in the postpartum period: an integrative review. *Rev Enferm Ref* [Internet]. 2018 Apr [cited 01/11/2022];4(17):149–59. Available from: [https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2858&id\\_revista=24&id\\_edicao=132](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2858&id_revista=24&id_edicao=132) <https://doi.org/10.12707/RIV17074>
28. Hadjigeorgiou E, Vogazianos P, Christofi MD, Motrico E, Domínguez-Salas S, Mesquita AR, et al. Experiences, concerns, and needs of pregnant and postpartum women during the Covid-19 pandemic in Cyprus: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. [Internet]. 2022 Dec 1 [cited 01/11/2022];22(1):1–13. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05017-y>
29. Joy P, Aston M, Price S, Sim M, Ollivier R, Benoit B, et al. Blessings and Curses: Exploring the Experiences of New Mothers during the COVID-19 Pandemic. *Nurs Rep*. [Internet]. 2020 Dec 21 [cited 01/11/2022];10(2):207–19. Available from: <https://doi.org/10.3390/nursrep10020023>
30. Sakalidis VS, Rea A, Perrella SL, McEachran J, Collis G, Miraldo J, et al. Longitudinal changes in wellbeing amongst breastfeeding women in Australia and New Zealand during the COVID-19 pandemic. *Eur J Pediatr*. [Internet]. 2022 Oct [cited 01/11/2022]; 181(10):3753-3766. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00431-022-04580-y>
31. McLeish J, Harvey M, Redshaw M, Alderdice F. A qualitative study of first time mothers' experiences of postnatal social support from health professionals in England. *Women Birth*. [Internet]. 2021 Sep [cited 01/11/2022];34(5):e451-e460. Available from: doi: 10.1016/j.wombi.2020.10.012.
32. Oliveira G, Timm MS, Schimith MD, Prates LA, Alves CF, Silva LMC da, Jerke LC. Conhecimento de puérperas sobre o aleitamento materno. *Revista Recien* [Internet]. 21 dezembro 2022 [cited 08/07/2023];12(40):314-23. Available from: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/627>
33. Rodgers RF, Fischer LE, Zimmerman E. Partner influences, breastfeeding, and body image and eating concerns: An expanded biopsychosocial model. *Appetite*. [Internet]. 2022 Feb 1 [cited 08/07/2023];169:105833. Available from: doi: 10.1016/j.appet.2021.105833
34. Silva OBM, Bernardino E, Encarnação P, Lima LS, Silva OLS, Rorato C. Strengths-based nursing and healthcare: percepção de mulheres em uma maternidade de risco habitual. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2022 [cited 08/07/2023];27:e78853. Available from: <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.78853>