



CATOLICA
—
FACULDADE DE
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA
PORTO

MUM PATROL – estudo sobre a implementação de visitas domiciliárias num programa de intervenção com grávidas e mães

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Educação e Desenvolvimento Humano -

Mafalda Pereira Leite Cabral da Silva Megre

Porto, julho de 2026



CATOLICA
FACULDADE DE
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA
PORTO

MUM PATROL – estudo sobre a implementação de visitas domiciliárias num programa de intervenção com grávidas e mães

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Educação e Desenvolvimento Humano -

Mafalda Pereira Leite Cabral da Silva Megre

Trabalho efetuado sob a orientação de

Prof^ª Doutora Maria Raul Lobo Xavier

Porto, julho de 2026

Agradecimentos

A concretização desta dissertação de mestrado representa o culminar de um percurso exigente, marcado por desafios, aprendizagens e crescimento pessoal e académico. Este trabalho não teria sido possível sem o contributo, apoio e incentivo de várias pessoas e instituições, às quais expresso o meu mais sincero agradecimento.

Em primeiro lugar, manifesto a minha profunda gratidão à Prof^a Doutora Maria Raul Lobo Xavier, orientadora desta dissertação, pela sua disponibilidade constante, orientação rigorosa e incentivo ao longo de todo o processo. O seu acompanhamento foi determinante para a concretização deste trabalho.

À FEP-UCP deixo um agradecimento institucional pelo enquadramento académico proporcionado ao longo deste percurso. Em particular, à Prof^a Doutora Lurdes Veríssimo, a quem agradeço as orientações, sugestões e apoio prestados no âmbito da coordenação do mestrado.

À Associação Vida Norte agradeço a colaboração, a partilha de conhecimento e a oportunidade de contacto com a realidade prática que enriqueceu significativamente esta investigação.

Aos meus amigos deixo uma palavra de reconhecimento pelo apoio incondicional, pela paciência e pelos momentos de encorajamento ao longo deste percurso. À minha família, expresso um agradecimento especial pelo amor, compreensão e apoio de todas as horas, em particular aos meus pais, pelo exemplo, dedicação e incentivo contínuos, essenciais para a concretização deste objetivo. Ao meu marido e sogros, agradeço, de forma particular, a cumplicidade, o companheirismo e a compreensão em todos os momentos.

Por fim, dedico esta dissertação ao nosso filho Lourenço, que nascerá em setembro. Mesmo antes de chegar, já é uma fonte inesgotável de inspiração, esperança e força.

Lista de Anexos

Anexo 1 - Guião de entrevista semiestruturada às profissionais de saúde

Anexo 2 - Questionário de satisfação pós visita (QSPV)

Anexo 3 - Árvore do sistema de categorias resultante da análise das entrevistas às profissionais

Anexo 4 - Sistema de categorias resultante da análise das entrevistas às profissionais

Anexo 5 - Árvore do sistema de categorias resultante da análise das questões abertas à última pergunta do QSPV

Anexo 6 - Sistema de categorias resultante da análise das questões abertas à última pergunta do QSPV

Lista de Abreviaturas

EAGM - Escala de Atitudes sobre Gravidez e Maternidade

FEP-UCP - Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa

MP - Mum Patrol

MSPSS - Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido

MTP - Modelo *Touchpoints*

QI - Questão de Investigação

QSPV - Questionário de Satisfação Pós Visita

WHO - World Health Organization

VD - Visita Domiciliária

VN - Associação Vida Norte

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra (n=32)

Tabela 2 - Resultados da aplicação do instrumento MSPSS para a amostra em estudo (n=25) em comparação com a amostra de validação

Tabela 3 - Resultados acerca do planeamento da gravidez

Tabela 4 - Resultados da aplicação do instrumento EAGM para a amostra em estudo (n=25) em comparação com a amostra de validação

Tabela 5 - Respostas à questão “A duração da visita foi” do QSPV

Tabela 6 - Respostas à questão “A visita foi útil para si?” do QSPV

Tabela 7 - Respostas à questão “Como se sentiu na relação com as profissionais que a visitaram?” do QSPV

Resumo

O presente estudo-piloto insere-se no projeto *Mum Patrol*, um programa que integra visitas domiciliárias dirigidas a grávidas e mães, com o objetivo de promover a saúde materno-infantil e apoiar a transição para a parentalidade, assente no Modelo *Touchpoints*. Foi desenvolvido um estudo de metodologia mista, envolvendo 32 grávidas acompanhadas pela Associação Vida Norte e quatro profissionais de saúde. Foram utilizados questionários de caracterização sociodemográfica, a Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS), a Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade (EAGM), um questionário de satisfação após a visita e entrevistas semiestruturadas às profissionais. Os resultados evidenciaram que as participantes apresentavam níveis de suporte social percebido inferiores aos da população de referência, confirmando a existência de fatores de vulnerabilidade psicossocial. Apesar disso, revelaram elevados níveis de satisfação com as visitas, valorizando particularmente a relação de confiança estabelecida com as profissionais, a disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas, o apoio emocional e a utilidade da intervenção. As profissionais destacaram igualmente o potencial das visitas para promover a parentalidade positiva, fortalecer a vinculação e facilitar a identificação precoce de necessidades das famílias, embora tenham referido desafios relacionados com a implementação e sustentabilidade do programa. Conclui-se que as visitas constituem uma estratégia promissora, promovendo o bem-estar materno, o fortalecimento das competências parentais e a ligação aos recursos comunitários. Estes resultados reforçam a relevância deste tipo de intervenção para a prática clínica e comunitária, sustentando a continuidade e futura avaliação da eficácia do programa em amostras de maior dimensão.

Palavras-chave: saúde materno-infantil; gravidez; visitas domiciliárias; Modelo *Touchpoints*; parentalidade.

Abstract

This pilot study is part of the *Mum Patrol* project, a programme that includes home visits for pregnant women and mothers, aiming to promote maternal and child health and support the transition to parenthood, based on the Touchpoints Model. A mixed-methods design was employed, involving 32 pregnant women supported by Associação Vida Norte and four healthcare professionals. Data were collected using a sociodemographic questionnaire, the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), the Attitudes towards Pregnancy and Motherhood Scale (EAGM), a post-home visit satisfaction questionnaire, and semi-structured interviews with the professionals. The results showed that participants reported lower levels of perceived social support than the reference population, confirming the presence of psychosocial vulnerability factors. Nevertheless, they reported high levels of satisfaction with the home visits, particularly valuing the trusting relationship established with the professionals, their availability to clarify doubts, the emotional support provided, and the overall usefulness of the intervention. The professionals also highlighted the potential of home visits to promote positive parenting, strengthen parent–infant bonding, and facilitate the early identification of families' needs, although they also identified challenges related to the implementation and sustainability of the programme. It is concluded that home visits constitute a promising strategy for promoting maternal well-being, strengthening parenting competencies, and enhancing families' connection with community resources. These findings reinforce the relevance of this type of intervention for clinical and community practice and support the continuation and future evaluation of the programme's effectiveness in larger samples.

Keywords: maternal and child health; pregnancy; home visiting; Touchpoints Model; parenthood.

Índice

AGRADECIMENTOS	3
RESUMO.....	7
ABSTRACT	8
INTRODUÇÃO.....	10
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
<i>Gravidez e transição para a parentalidade</i>	13
<i>Programas de apoio à parentalidade durante a gravidez e período perinatal – as visitas domiciliárias</i>	14
<i>O Modelo Touchpoints e seu enquadramento para a intervenção domiciliar</i>	16
<i>Migração, vulnerabilidade social e apoio comunitário</i>	18
MÉTODO	19
<i>Objetivo geral e objetivos específicos</i>	20
<i>Questões de investigação</i>	20
<i>Participantes</i>	20
<i>Instrumentos</i>	21
<i>Procedimentos</i>	23
<i>Recolha de dados</i>	23
<i>Tratamento e análise de dados</i>	24
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	25
CONCLUSÕES	43
REFERÊNCIAS	45
ANEXOS.....	51

Introdução

A presente dissertação foi desenvolvida no âmbito do Mestrado em Psicologia – Especialização em Educação e Desenvolvimento Humano, da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa (FEP-UCP), sob a orientação da Prof^a Doutora Maria Raul Lobo Xavier. Este trabalho integra-se num projeto de investigação desenvolvido em parceria com a Associação Vida Norte (VN), instituição que presta apoio a grávidas, mães e famílias em situação de vulnerabilidade. Neste contexto, a dissertação foca-se no estudo das perceções sobre as visitas domiciliárias (VD), componente integrante do projeto *Mum Patrol* (MP), baseado no Modelo *Touchpoints* (MTP), procurando contribuir para o aprofundamento do conhecimento científico sobre estratégias de promoção da saúde materno-infantil, apoio à parentalidade e intervenção precoce junto das famílias acompanhadas.

A gravidez, o nascimento de um filho e os primeiros meses de vida constituem períodos de profundas transformações no ciclo de vida individual, conjugal e familiar. Além das alterações físicas associadas à gestação e ao pós-parto, a transição para a parentalidade implica um complexo processo de reorganização emocional, relacional e identitária, que desafia os futuros pais a desenvolverem novas competências e a adaptarem-se a novas responsabilidades (Canavarro, 2001). Embora este período possa representar uma experiência de crescimento e realização pessoal, é também reconhecido como uma fase de maior vulnerabilidade psicológica e social, particularmente quando coexistem fatores de risco, como dificuldades económicas, isolamento social, fragilidade das redes de suporte ou problemas de saúde mental (Howard & Khalifeh, 2020; World Health Organization [WHO], 2023).

A investigação tem demonstrado que o bem-estar psicológico dos cuidadores durante a gravidez e o período perinatal exerce uma influência significativa no desenvolvimento infantil. As experiências precoces da criança são fortemente moldadas pela qualidade das relações estabelecidas com os seus cuidadores, sendo estas fundamentais para o desenvolvimento emocional, cognitivo, social e neurobiológico ao longo da vida (Shonkoff & Phillips, 2000; Tronick et al., 2011). Neste sentido, a promoção da saúde mental materna e o fortalecimento das competências parentais assumem particular relevância, não apenas para o bem-estar dos adultos, mas também para a construção de contextos relacionais seguros e favoráveis ao desenvolvimento da criança (Rosen et al., 2023).

O reconhecimento da importância das relações precoces tem contribuído para o desenvolvimento de programas de intervenção dirigidos a famílias durante a gravidez e os primeiros anos de vida da criança. Entre estes, as VD destacam-se como uma estratégia amplamente recomendada por organismos internacionais e sustentada por evidência científica robusta, permitindo uma intervenção próxima, contextualizada e adaptada às necessidades específicas de cada família (WHO, 2022). Ao serem realizadas no contexto natural de vida dos cuidadores, estas favorecem a construção de relações de confiança, facilitam a identificação de necessidades e recursos familiares e promovem um acompanhamento mais individualizado e eficaz (Dahlberg & Aune, 2016; Olds et al., 2019).

Entre as abordagens que têm vindo a ser consideradas em programas de VD destaca-se o MTP, desenvolvido por T. Berry Brazelton. Este modelo assenta numa perspetiva relacional e desenvolvimental que procura apoiar os cuidadores na compreensão dos momentos críticos do desenvolvimento infantil, encarando os períodos de desorganização comportamental da criança como oportunidades de crescimento, aprendizagem e fortalecimento das competências parentais (Brazelton, 1992; Brazelton & Sparrow, 2007). Em vez de enfatizar dificuldades ou défices, a abordagem privilegia a valorização das capacidades das famílias, promovendo relações colaborativas entre profissionais e cuidadores e reforçando a confiança parental (Percy, 2001; Brazelton Touchpoints Center, 2024).

É neste enquadramento que surge o projeto MP, dirigido a grávidas e mães recentes em situação de fragilidade, acompanhadas pela VN, procurando promover o bem-estar materno, fortalecer as competências parentais, apoiar a vinculação precoce e facilitar a mobilização de recursos formais e informais de suporte. Através de uma abordagem preventiva, multidisciplinar e centrada na família, o programa pretende contribuir para a redução das desigualdades em saúde e para a promoção de trajetórias de desenvolvimento mais positivas para as mães, bebés e famílias.

Importa ainda considerar que uma parte significativa das famílias acompanhadas pelo projeto apresenta situações de vulnerabilidade social, frequentemente associadas a processos migratórios recentes, fragilidade das redes de suporte, instabilidade económica e dificuldades de acesso aos recursos disponíveis na comunidade. Em Portugal, o crescimento da população migrante tem colocado novos desafios aos serviços de saúde e de intervenção social, particularmente no acompanhamento de mulheres durante a gravidez e a transição para a parentalidade (Agência para a Integração, Migrações e Asilo

[AIMA], 2024; Instituto Nacional de Estatística [INE], 2024). Neste contexto, as intervenções de base comunitária assumem particular relevância, uma vez que procuram aproximar os cuidados das famílias, facilitar o acesso aos serviços, promover o suporte social e reduzir desigualdades em saúde (World Health Organization [WHO], 2022). As VD enquadram-se nesta perspetiva de intervenção comunitária, permitindo uma abordagem integrada, centrada na família e adaptada às necessidades específicas de cada contexto, especialmente junto de populações em situação de maior vulnerabilidade (Leahy-Warren et al., 2012; Small et al., 2014; United Nations Children's Fund, 2021).

A literatura tem evidenciado que os programas de apoio à parentalidade implementados durante a gravidez e o período pós-parto podem produzir benefícios significativos ao nível da saúde mental dos cuidadores, da qualidade das interações parento-infantis, da perceção de suporte social e do desenvolvimento infantil (Bakermans-Kranenburg et al., 2003; Gomes et al., 2023). Além da avaliação dos seus resultados objetivos, torna-se igualmente importante compreender a forma como estas visitas são vivenciadas pelas próprias participantes. A análise das perceções de satisfação, utilidade e impacto percebido constitui uma fonte relevante de informação para a melhoria contínua das práticas de intervenção e para a adaptação dos programas às necessidades reais das famílias (Høgmo et al., 2025; Shrestha et al., 2023).

Neste contexto, o presente estudo tem como objetivo geral compreender as perceções das grávidas e mães recentes acompanhadas pelo programa MP, bem como das profissionais envolvidas na sua implementação, relativamente à utilidade, relevância e experiência das VD realizadas durante a gravidez e o período perinatal. Pretende-se, pois, contribuir para o aprofundamento do conhecimento científico sobre VD's baseadas no MTP enquanto modelo relacional e centrado na família, bem como para o desenvolvimento de práticas de intervenção precoce mais eficazes e humanizadas.

Foram utilizadas ferramentas de Inteligência Artificial, nomeadamente o *ChatGPT* e o *Google Gemini*, nas secções *Enquadramento teórico* e *Resultados e discussão*, como apoio à confirmação e validação de informações, à verificação da consistência das referências bibliográficas e ao apoio na interpretação e análise dos resultados obtidos. A utilização destas ferramentas teve como objetivo reforçar a precisão, a coerência e a clareza da informação apresentada, mantendo-se, em todas as fases, a responsabilidade crítica dos autores na seleção, validação e integração dos conteúdos no trabalho.

Enquadramento teórico

Gravidez e transição para a parentalidade

A gravidez constitui um período de profundas transformações biológicas, psicológicas e sociais, marcando o início de um processo de adaptação que culmina na transição para a parentalidade. Além das alterações físicas inerentes à gestação, este período implica mudanças significativas na identidade pessoal, nas relações conjugais e familiares e na forma como a mulher se percebe enquanto futura mãe (Canavarro, 2001). Embora frequentemente associada a expectativas positivas e à construção de novos projetos de vida, a gravidez representa, também, um período de maior exigência emocional, caracterizado pela necessidade de adaptação a novas responsabilidades e pela reorganização dos papéis familiares.

A literatura tem demonstrado que a qualidade da experiência vivida durante a gravidez influencia, não apenas o bem-estar materno, mas também o ajustamento parental subsequente e a qualidade das primeiras interações estabelecidas com o bebé (Howard & Khalifeh, 2020). Neste sentido, a gravidez é atualmente entendida como uma janela de oportunidade privilegiada para a promoção da saúde e para a implementação de intervenções preventivas capazes de fortalecer fatores de proteção individuais, familiares e comunitários (WHO, 2022).

Esta perspetiva enquadra-se numa abordagem desenvolvimental que reconhece a gravidez como o início da construção da relação entre pais e filhos. Ainda antes do nascimento, desenvolvem-se representações parentais, expectativas acerca do bebé e modelos de interação que influenciam a vinculação precoce e o exercício da parentalidade (Canavarro, 2001). Assim, apoiar as famílias durante a gravidez e após constitui uma estratégia fundamental para promover trajetórias de desenvolvimento mais positivas para mães, bebés e famílias.

A saúde mental durante a gravidez e o período pós-parto imediato constitui atualmente uma prioridade de saúde pública. Segundo Howard e Khalifeh (2020), as perturbações emocionais perinatais, nomeadamente ansiedade, depressão e elevados níveis de *stress*, afetam uma proporção significativa de mulheres em todo o mundo, podendo comprometer o bem-estar materno, a adaptação à parentalidade e a qualidade das relações familiares.

O impacto destas dificuldades ultrapassa, frequentemente, a esfera individual da mulher. A evidência demonstra que problemas de saúde mental durante a gravidez se associam a maiores dificuldades na vinculação mãe-bebê, a menor confiança parental e a maiores desafios na adaptação ao papel materno (WHO, 2023). Simultaneamente, fatores como a pobreza, a instabilidade habitacional, a fragilidade das redes de apoio, o isolamento social ou experiências anteriores de adversidade aumentam a vulnerabilidade das mulheres durante este período, potenciando o risco de dificuldades psicológicas e sociais (Rossiter et al., 2022).

Também o suporte social tem sido consistentemente identificado como um importante fator protetor. Schuijers et al. (2024) verificaram que níveis mais elevados de apoio social durante a gravidez e o período perinatal se associam a melhores indicadores de ajustamento materno e a resultados mais favoráveis no desenvolvimento socioemocional das crianças. Estes dados reforçam a importância de intervenções precoces que promovam, não apenas o apoio emocional, mas também a ligação das famílias aos recursos formais e informais disponíveis na comunidade.

Programas de apoio à parentalidade durante a gravidez e período perinatal – as visitas domiciliárias

O reconhecimento da importância da gravidez e dos primeiros tempos após o nascimento enquanto período crítico para a saúde materna e infantil tem conduzido ao desenvolvimento de múltiplos programas de apoio à parentalidade dirigidos a futuros e novos pais. Estas intervenções assentam no pressuposto de que o fortalecimento das competências parentais, nomeadamente antes do nascimento da criança, pode produzir efeitos positivos duradouros na adaptação à parentalidade, no bem-estar psicológico dos cuidadores e no desenvolvimento infantil (Kleinman et al., 2023).

Os programas de apoio à parentalidade implementados durante a gravidez procuram promover conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil, apoiar a construção da identidade parental, reforçar a confiança dos futuros pais e facilitar a mobilização de recursos de suporte. De acordo com Rosen et al. (2023), as intervenções preventivas iniciadas durante a gestação apresentam particular potencial para promover a Saúde Relacional Precoce, uma vez que atuam num momento em que as representações parentais ainda se encontram em construção e são mais suscetíveis à influência de experiências positivas de apoio e capacitação. Nesta perspetiva, a Saúde Relacional

Precoce é entendida como a qualidade das relações seguras, responsivas e consistentes estabelecidas entre a criança e os seus cuidadores desde o período pré-natal, constituindo um determinante fundamental do desenvolvimento saudável ao longo da vida (Burke Foundation, 2024). Assim, a promoção de relações precoces positivas durante a gravidez e o período perinatal assume-se como um objetivo central das intervenções de apoio à parentalidade, com benefícios para o bem-estar da criança, dos cuidadores e da família. Paralelamente, a literatura tem evidenciado que a eficácia destas intervenções não depende exclusivamente dos conteúdos transmitidos, mas também da qualidade da relação estabelecida entre profissionais e famílias. O envolvimento parental, o sentimento de confiança e a perceção de apoio constituem fatores determinantes para a adesão aos programas e para os seus resultados a longo prazo (Kleinman et al., 2023; Rosen et al., 2023). Neste sentido, as abordagens contemporâneas tendem a privilegiar modelos colaborativos, centrados nas forças das famílias e na valorização das suas competências, em detrimento de modelos tradicionalmente mais prescritivos.

Entre as diferentes modalidades de apoio à parentalidade, as VD assumem um lugar de destaque devido à sua capacidade para aproximar os cuidados das famílias e adaptar a intervenção às suas necessidades específicas. Esta estratégia é atualmente recomendada por diversas organizações internacionais como uma forma eficaz de promoção da saúde materna e infantil, particularmente em contextos de vulnerabilidade social e psicológica (WHO, 2022).

A realização das intervenções no domicílio permite aos profissionais compreender melhor a realidade quotidiana das famílias, identificar recursos e fatores de risco presentes no contexto familiar e desenvolver respostas mais individualizadas. Simultaneamente, favorece a construção de relações de confiança, consideradas essenciais para o sucesso das intervenções preventivas durante a gravidez e o período pós-parto (Dahlberg & Aune, 2016).

A evidência científica demonstra que os programas de VD iniciados ainda durante a gravidez produzem benefícios significativos ao nível da saúde mental materna, da preparação para a parentalidade, da utilização adequada dos serviços de saúde e da qualidade das relações parento-infantis subsequentes (Olds et al., 2019; Rossiter et al., 2022). Estes benefícios parecem ser particularmente expressivos entre mulheres expostas a fatores de vulnerabilidade socioeconómica, isolamento social ou dificuldades emocionais, grupos que frequentemente enfrentam maiores obstáculos no acesso aos recursos convencionais de apoio.

No período pós-parto imediato, as VD assumem, igualmente, um papel relevante na promoção do ajustamento parental. A proximidade temporal ao nascimento permite apoiar a adaptação às exigências associadas aos cuidados ao recém-nascido, identificar precocemente sinais de sofrimento psicológico e reforçar sentimentos de competência parental num momento frequentemente marcado por insegurança e incerteza (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2018; WHO, 2022).

Diversos estudos qualitativos demonstram que as famílias valorizam particularmente a possibilidade de receber apoio no seu próprio contexto de vida, destacando a disponibilidade dos profissionais, o esclarecimento de dúvidas, o suporte emocional e a ausência de julgamentos como aspetos centrais da experiência de acompanhamento domiciliário (Dahlberg & Aune, 2016; Høgmo et al., 2025; Shrestha et al., 2023). Estes resultados sugerem que os efeitos das VD ultrapassam a mera transmissão de informação, contribuindo para o fortalecimento das relações de confiança e para o aumento da perceção de apoio social.

O Modelo Touchpoints e seu enquadramento para a intervenção domiciliária

Entre os modelos atualmente utilizados em programas de VD destaca-se o MTP, desenvolvido por Brazelton. Esta abordagem assenta numa perspetiva desenvolvimental e relacional que procura apoiar os pais na compreensão das mudanças previsíveis associadas ao crescimento da criança, transformando momentos potencialmente geradores de *stress* em oportunidades de aprendizagem e fortalecimento das competências parentais (Brazelton, 1992; Brazelton & Sparrow, 2007).

O conceito central do modelo refere-se aos chamados *touchpoints*, períodos previsíveis de desorganização comportamental que antecedem aquisições desenvolvimentais significativas. Segundo Brazelton e Sparrow (2007), estes momentos podem provocar dúvidas e inseguranças nos cuidadores, mas constituem, também, oportunidades privilegiadas para reforçar a confiança parental e promover uma compreensão mais ajustada do comportamento infantil.

Mais do que um conjunto de técnicas específicas, o MTP constitui uma filosofia de intervenção, baseada na construção de relações colaborativas entre profissionais e famílias. O modelo enfatiza a identificação das forças existentes em cada sistema familiar, o respeito pelo conhecimento dos pais acerca dos seus filhos e a valorização da sua

participação ativa nos processos de cuidado e tomada de decisão (Percy, 2001; Sparrow, 2016).

A investigação recente sugere que a integração dos princípios *Touchpoints* em programas de VD está associada a melhorias na confiança parental, na qualidade das interações parento-infantis e na capacidade dos cuidadores para interpretar e responder aos sinais da criança (Gomes et al., 2023; Vicente et al., 2023). Estes resultados são consistentes com os pressupostos da Saúde Relacional Precoce e reforçam a relevância deste modelo para intervenções desenvolvidas durante a gravidez e os primeiros tempos após o nascimento.

O MTP distingue-se, ainda, pela sua aplicabilidade transversal a diferentes contextos de intervenção, nomeadamente nos serviços de saúde, educação, intervenção precoce e apoio social, favorecendo a criação de uma linguagem comum entre profissionais de diferentes áreas. Esta característica potencia uma maior continuidade dos cuidados e uma abordagem interdisciplinar centrada na família, promovendo a consistência das mensagens transmitidas aos cuidadores ao longo das diferentes fases do desenvolvimento infantil (Sparrow, 2010; Brazelton & Sparrow, 2003).

Paralelamente, o modelo atribui particular relevância ao estabelecimento de uma relação de confiança entre profissional e família, na qual a escuta ativa, a empatia e a reflexão conjunta constituem instrumentos fundamentais para promover o envolvimento parental e a capacitação dos cuidadores. Em vez de assumir uma postura diretiva ou prescritiva, o profissional atua como facilitador do processo de aprendizagem parental, reconhecendo a singularidade de cada família e adaptando a intervenção às suas necessidades, valores e recursos, o que contribui para uma maior adesão às estratégias de apoio e para resultados mais sustentáveis ao longo do tempo (Brazelton & Greenspan, 2000; McMahon et al., 2016).

É neste enquadramento que se insere o projeto MP. Desenvolvido pela VN, em parceria com a FEP-UCP e com a Fundação Calouste Gulbenkian, este programa combina a metodologia das VD com os princípios do MTP. A intervenção inicia-se ainda durante a gravidez e prolonga-se pelo período pós-parto imediato, procurando promover o bem-estar materno, fortalecer as competências parentais, apoiar a vinculação precoce e facilitar a mobilização de recursos formais e informais de suporte.

Partindo de uma abordagem centrada nas forças das famílias e na construção de relações de confiança, o programa procura responder às necessidades específicas de grávidas e mães recentes em situação de vulnerabilidade, contribuindo para a promoção

da saúde materno-infantil e para a redução das desigualdades em saúde. A avaliação da sua implementação e dos seus resultados constitui, assim, uma oportunidade relevante para aprofundar o conhecimento sobre a eficácia de intervenções domiciliárias baseadas em modelos relacionais e preventivos.

Migração, vulnerabilidade social e apoio comunitário

Os fenómenos migratórios constituem um aspeto particularmente relevante na compreensão das situações de vulnerabilidade das famílias acompanhadas pelo projeto, uma vez que podem condicionar o acesso a redes de suporte social, recursos comunitários e serviços de saúde. Em Portugal, a imigração tem registado um crescimento muito significativo na última década, contribuindo para uma crescente diversidade demográfica, social e cultural. De acordo com a Agência para a Integração, Migrações e Asilo (AIMA, 2025), no final de 2024 encontravam-se registados mais de 1,5 milhões de cidadãos estrangeiros residentes em Portugal, refletindo um aumento expressivo face aos anos anteriores. Paralelamente, os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2025) evidenciam que o saldo migratório positivo constitui atualmente um dos principais fatores responsáveis pelo crescimento populacional do país, reforçando a necessidade de desenvolver respostas de saúde e intervenção comunitária culturalmente sensíveis e adaptadas às necessidades de uma população cada vez mais diversificada. Esta realidade coloca novos desafios aos serviços de saúde, educação e intervenção social, particularmente no acompanhamento de mulheres grávidas e famílias migrantes, que frequentemente enfrentam processos de adaptação cultural, barreiras linguísticas, dificuldades no acesso aos serviços e fragilidade das redes de suporte social, fatores amplamente reconhecidos como potenciadores de vulnerabilidade durante a gravidez e a transição para a parentalidade (Higginbottom et al., 2015; Balaam et al., 2013; World Health Organization, 2022).

Neste contexto, o apoio comunitário assume um papel central na promoção da saúde materno-infantil e na prevenção da exclusão social. A literatura evidencia que a disponibilidade de redes de suporte formais e informais constitui um importante fator protetor para a saúde mental perinatal, contribuindo para reduzir o isolamento social, aumentar o sentimento de competência parental e facilitar o acesso a recursos comunitários (Leahy-Warren et al., 2012; World Health Organization, 2022). Para famílias migrantes, cuja rede familiar de origem se encontra frequentemente distante,

programas de acompanhamento domiciliário e intervenção precoce podem desempenhar uma função particularmente relevante ao estabelecer relações de confiança com os profissionais, promover a integração nos recursos existentes na comunidade e reforçar o sentimento de pertença social (Small et al., 2014; United Nations Children's Fund, 2021). Deste modo, compreender as percepções das participantes acerca das VD torna-se especialmente pertinente num contexto social marcado por uma crescente diversidade cultural, permitindo avaliar de que forma estas intervenções contribuem para fortalecer o suporte comunitário e responder às necessidades específicas das famílias em situação de maior vulnerabilidade (World Health Organization, 2022; Small et al., 2014; United Nations Children's Fund, 2021).

Método

O presente estudo-piloto combina a recolha e análise de dados quantitativos e qualitativos, com o objetivo de obter uma compreensão mais abrangente da implementação e percepção acerca das VD inseridas no programa MP.

A componente quantitativa assenta na aplicação de questionários de caracterização sociodemográfica, instrumentos de avaliação psicológica e de vivência da gravidez para complementar a caracterização das participantes no MP, e de um questionário de satisfação aplicados às participantes do programa, permitindo caracterizar diferentes dimensões relacionadas com as VD, o suporte social percebido e a satisfação com a intervenção.

A componente qualitativa baseia-se na realização de entrevistas semiestruturadas a quatro profissionais diretamente envolvidas na implementação do programa — duas psicólogas e duas enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica — com o objetivo de explorar as suas percepções relativamente à relevância, contributos, desafios e potencialidades das VD desenvolvidas no âmbito do MP.

A integração de dados quantitativos e qualitativos pretende proporcionar uma compreensão mais aprofundada da experiência das participantes e das profissionais, contribuindo para a avaliação da aceitabilidade, utilidade e pertinência do programa enquanto estratégia de promoção da saúde materno-infantil e da parentalidade em contextos de vulnerabilidade.

Objetivo geral e objetivos específicos

O presente estudo tem como objetivo geral compreender as percepções das grávidas e mães recentes acompanhadas pelo programa MP, bem como das profissionais envolvidas na sua implementação, relativamente à utilidade, relevância e experiência das VD realizadas durante a gravidez e o período perinatal.

De forma específica, pretende-se:

- Conhecer as características sociodemográficas, obstétricas e de vivência psicológica da gravidez do grupo de mulheres abrangido no projeto MP.
- Avaliar o grau de satisfação revelado pelas grávidas e pelas profissionais, quanto à estrutura e organização das VD.
- Explorar quais as perspetivas das grávidas e das profissionais acerca da utilidade das VD no período da gravidez e pós-parto.
- Avaliar o grau de satisfação com a relação estabelecida entre as profissionais e grávidas durante as VD.
- Compreender as percepções das psicólogas e enfermeiras envolvidas nas VD, relativamente a potencialidades e desafios da sua implementação.

Questões de investigação

Tendo em conta os objetivos delineados, o presente estudo procura responder às seguintes questões de investigação:

1. Quais são as características sociodemográficas, obstétricas e da vivência psicológica da gravidez das mulheres abrangidas pelo projeto MP?
2. Qual é o grau de satisfação das grávidas e das profissionais relativamente à estrutura e organização das VD?
3. Quais são as perspetivas das grávidas e das profissionais sobre a utilidade das VD durante a gravidez e o período pós-parto?
4. Qual é o grau de satisfação das grávidas e das profissionais relativamente à relação estabelecida durante as VD?
5. Quais são as percepções das psicólogas e das enfermeiras sobre as potencialidades e os desafios da implementação das VD, no âmbito do projeto MP?

Participantes

Participaram neste estudo 32 mulheres, grávidas, acompanhadas pela VN no âmbito do programa MP, até à data de 25 de junho de 2026, sendo que as mesmas aceitaram participar na investigação mediante a assinatura do consentimento informado.

Foram definidos como critérios de inclusão a existência de uma situação de vulnerabilidade económica, psicológica, parental, relacional/familiar ou social, a integração no acompanhamento habitual da VN e a disponibilidade para participar nas atividades de avaliação previstas no estudo.

As participantes apresentavam idades compreendidas entre os 15 e os 39 anos ($M = 27,87$; $DP = 5,86$) e encontravam-se entre as 18 e as 39 semanas de gestação ($M = 29,69$; $DP = 5,68$).

Atendendo aos objetivos da investigação, os restantes dados de caracterização sociodemográfica e obstétrica das participantes serão apresentados na secção de *Resultados e discussão*.

Participaram, igualmente, quatro profissionais diretamente envolvidas na implementação do programa MP, designadamente duas psicólogas e duas enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica. A inclusão destas profissionais teve como finalidade complementar a perspetiva das grávidas, proporcionando uma compreensão mais aprofundada da implementação do programa, bem como dos contributos e dos desafios associados às VD. As participantes foram selecionadas por conveniência, de acordo com a sua disponibilidade para participar no estudo, tendo como critério de inclusão a realização de VD no âmbito do programa. Das seis psicólogas que trabalham atualmente na VN, participaram neste estudo duas. As duas enfermeiras especialistas correspondem à totalidade das profissionais desta área integradas na equipa do projeto. Todas as participantes fizeram formação sobre o MTP.

Instrumentos

Os instrumentos utilizados neste estudo compreenderam um conjunto de questionários destinados à caracterização sociodemográfica das participantes, à avaliação de variáveis psicossociais e à recolha de informação qualitativa sobre a intervenção desenvolvida.

Para a caracterização da amostra, foi aplicado o questionário sociodemográfico utilizado habitualmente pela VN, o qual permitiu recolher informação relativa à idade, idade gestacional, nacionalidade, estado civil, composição do agregado familiar, nível de

escolaridade, situação laboral e gravidez, possibilitando a caracterização das participantes e o controlo de variáveis contextuais potencialmente relevantes para a análise dos resultados (Fortin & Gagnon, 2016).

Para avaliar a vivência psicológica da gravidez das participantes, foi utilizada a **Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade (EAGM)**, desenvolvida por Xavier e Paúl (1996). Este instrumento foi concebido com o objetivo de avaliar as atitudes e representações psicológicas da mulher relativamente à gravidez e à futura maternidade, procurando compreender a forma como estas vivenciam este período de transição desenvolvimental (Xavier & Paúl, 1996).

A escala é constituída por 42 itens de autorrelato, respondidos numa escala de *Likert* de quatro pontos, cujas respostas variam entre *Sempre* e *Nunca*. Os itens distribuem-se por sete dimensões: Gravidez como fator de mudança e crescimento pessoal, Boa mãe, Filho imaginado, Aspectos difíceis da gravidez e da maternidade, Relação com a própria mãe, Apoio do marido ou companheiro e Imagem corporal e necessidade de dependência.

Os estudos de validação evidenciaram boas propriedades psicométricas, apresentando coeficientes de consistência interna (α de Cronbach) entre aproximadamente 0,71 e 0,76 para as diferentes subescalas, demonstrando que a EAGM constitui um instrumento válido para avaliar diferentes componentes da adaptação psicológica à gravidez (Xavier & Paúl, 1996).

A literatura evidencia, ainda, que atitudes mais positivas relativamente à gravidez e à maternidade se associam a níveis mais elevados de vinculação pré-natal, maior bem-estar psicológico e melhor adaptação à transição para a parentalidade (Alhusen, 2008; Slade et al., 2009), razão pela qual este instrumento tem sido amplamente utilizado na investigação portuguesa nesta área.

A perceção de suporte social foi avaliada através da **Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (*Multidimensional Scale of Perceived Social Support – MSPSS*)**, desenvolvida por Zimet et al. (1988). A MSPSS avalia a perceção subjetiva do apoio social proveniente de diferentes fontes, distinguindo o suporte recebido da família, dos amigos e de pessoas significativas (Zimet et al., 1988).

A escala é composta por 12 itens organizados em três dimensões, cada uma constituída por quatro itens, sendo as respostas dadas numa escala de *Likert* de sete pontos, entre 1 (*Discordo totalmente*) e 7 (*Concordo totalmente*). Pontuações mais elevadas correspondem a uma maior perceção de suporte social.

Desde a sua criação, a MSPSS tem demonstrado excelentes propriedades psicométricas em diferentes contextos culturais e populacionais (Canty-Mitchell & Zimet, 2000; Zimet et al., 1988), apresentando coeficientes de consistência interna superiores a 0,85 para a escala global e superiores a 0,80 para as subescalas.

Em Portugal, a escala foi adaptada e validada por Carvalho, Pinto-Gouveia e Pimentel (2011), mantendo a estrutura trifatorial original e revelando adequada fiabilidade e validade para utilização na população portuguesa. A literatura demonstra que níveis mais elevados de suporte social percebido estão associados a melhores indicadores de saúde mental, maior bem-estar psicológico, menor sintomatologia ansiosa e depressiva e maior adaptação a processos de transição (Cohen & Wills, 1985; Ozbay et al., 2007), justificando a sua inclusão no presente estudo.

Todos estes instrumentos foram administrados em formato de autopreenchimento *online*, através da plataforma *Google Forms*, garantindo a confidencialidade, o anonimato e o tratamento ético dos dados, de acordo com as recomendações internacionais para investigação com participantes humanos (American Psychological Association, 2020; World Medical Association, 2013).

Complementarmente, foi utilizado um guião de entrevista semiestruturada (Anexo 1), desenvolvido pela equipa de investigação, para explorar qualitativamente a experiência das profissionais relativamente às VD, incidindo sobre aspetos como a organização e estrutura das sessões, os conteúdos abordados, a relação estabelecida com a profissional, a utilidade percebida da intervenção e o grau de satisfação com o acompanhamento recebido.

Por fim, foi ainda aplicado o Questionário de Satisfação Pós-visita (QSPV) (Anexo 2), construído pela equipa do Projeto MP. O QSPV foi administrado após a realização da VD, com o objetivo de avaliar a satisfação global das participantes relativamente à intervenção, recolhendo informação sobre a sua perceção de qualidade, utilidade e adequação do apoio prestado. O QSPV é constituído por 3 itens de resposta em formato *Likert* sobre a duração da visita, a relação com as profissionais que a visitaram e a utilidade da VD. Por fim apresenta uma pergunta aberta solicitando algum comentário/sugestão.

Procedimentos

Recolha de dados

Os contactos iniciais com as participantes decorreram do funcionamento habitual da VN que garantiu as condições éticas necessárias à realização do estudo. Foi obtida autorização institucional prévia e assegurado o cumprimento dos princípios éticos da investigação com seres humanos, nomeadamente no que respeita à confidencialidade, ao anonimato e ao consentimento informado. As participantes foram informadas sobre os objetivos do estudo, a natureza voluntária da sua participação e o direito de desistência em qualquer momento, tendo assinado o respetivo consentimento informado antes da participação.

No que respeita à proteção de dados, foi assegurado o anonimato das participantes através da atribuição de códigos identificativos previamente definidos pela VN, impossibilitando a sua identificação direta ao longo do processo de análise.

A recolha de dados foi realizada maioritariamente em formato *online*, recorrendo a autopreenchimento de questionários e a entrevistas em formato *online*, garantindo acessibilidade e comodidade para as participantes.

Os instrumentos quantitativos foram aplicados através da plataforma *Google Forms*, as entrevistas foram realizadas *online* junto das profissionais envolvidas na intervenção, tendo sido todas gravadas (autorização incluída no consentimento informado). Em ambos os casos, a recolha de dados seguiu um protocolo previamente definido, assegurando uniformidade na aplicação.

Foram incluídos no estudo todos os registos disponíveis de utentes que aceitaram participar, incluindo respostas parcialmente incompletas, não tendo sido eliminados dados por ausência de respostas, em alguns itens, de forma a maximizar a informação disponível para análise.

Tratamento e análise de dados

Relativamente ao tratamento dos dados quantitativos, procedeu-se à introdução das respostas das participantes no software IBM SPSS Statistics, incluindo os dados sociodemográficos e os resultados obtidos nas escalas utilizadas, nomeadamente a EAGM e a MSPSS.

Posteriormente, foram realizadas análises estatísticas descritivas, nomeadamente cálculos de médias, desvios-padrão e frequências, de forma a caracterizar a amostra e as principais variáveis em estudo.

Com o objetivo de aprofundar a caracterização da amostra, compararam-se os resultados obtidos na EAGM e na MSPSS no nosso estudo com os da amostra do estudo de validação das escalas. Para o efeito, recorreu-se ao teste Z de Clark-Carter (1997), que permite comparar a média de uma amostra com a média de uma população, quando são conhecidos os parâmetros populacionais.

Teste Z de Clark-Carter (1997):

$$Z = \frac{\bar{X}_{amostra} - \bar{X}_{população}}{\sigma_{população}/\sqrt{n}}$$

No que diz respeito à componente qualitativa, as respostas obtidas nas entrevistas realizadas às profissionais foram transcritas na íntegra e analisadas com recurso ao *software* NVivo e as respostas à pergunta aberta do QSPV foram submetidas a uma análise sem recurso a software de análise qualitativa. Em ambas as situações utilizou-se uma análise de conteúdo temática, o mais possível próxima dos discursos, que decorreu com a colaboração de outro membro da equipa de investigação. Este procedimento permitiu a identificação de padrões de significado e a organização sistemática da informação qualitativa recolhida.

Resultados e discussão

A análise de conteúdo das entrevistas semiestruturadas realizadas às profissionais envolvidas na implementação do projeto MP resultou na construção de um sistema de categorias apresentado nos Anexos 3 e 4. Este sistema integra seis categorias de primeira geração, indicadas a maiúsculas: (1) ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DO PROJETO; (2) BENEFÍCIOS PERCEBIDOS ACERCA DAS VD; (3) RELAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS E PARTICIPANTES; (4) DESAFIOS E ÁREAS DE MELHORIA; (5) MODELO *TOUCHPOINTS* E GUIÕES; e (6) REDE DE APOIO E SISTEMA FAMILIAR. Estas categorias desdobram-se em categorias de segunda (a itálico) e terceira geração, permitindo uma compreensão mais aprofundada das perceções das profissionais quanto à implementação, aos contributos e aos desafios das VD. Quando de última geração, utilizou-se negrito.

Relativamente à pergunta aberta incluída no questionário de satisfação aplicado às participantes após a VD (QSPV), a análise de conteúdo originou, igualmente, um

sistema categorial (Anexos 5 e 6), composto por seis categorias de primeira geração (maiúsculas): (1) ACOLHIMENTO E RELAÇÃO COM A EQUIPA; (2) BENEFÍCIOS IDENTIFICADOS; (3) UTILIDADE DA VISITA; (4) RELAÇÃO ENTRE PARTICIPANTES E PROFISSIONAIS; (5) SATISFAÇÃO GLOBAL; e (6) SUGESTÕES DE MELHORIA, que se desdobraram em categorias de segunda e última geração (itálico e negrito) que permitiram sistematizar as perceções das grávidas e mães acerca da experiência vivenciada durante as VD, complementando a informação quantitativa recolhida através do questionário de satisfação e possibilitando a triangulação entre as perspetivas das participantes e das profissionais.

Sempre que pertinente, os resultados provenientes da análise estatística descritiva são articulados com as evidências obtidas através da análise de conteúdo, permitindo uma interpretação mais abrangente da implementação e da perceção sobre as VD.

QI 1. Quais são as características sociodemográficas, obstétricas e da vivência psicológica da gravidez das mulheres abrangidas pelo projeto MP?

Participaram no estudo 32 mulheres, todas grávidas. No MP, são realizadas VD durante a gravidez e, posteriormente, no período pós-parto (primeira semana de vida do bebé). Nas situações em que a mulher contacta a VN já no final da gravidez ou após o nascimento do bebé, a intervenção inicia-se nessa fase, sendo efetuadas VD até às primeiras semanas de vida do bebé. Considerando que o MP se encontra numa fase inicial de implementação, é expectável que a maioria das participantes acompanhadas se encontre ainda durante a gravidez, uma vez que muitas não atingiram o período pós-parto no momento da recolha de dados. Esta distribuição é consistente com o modelo de intervenção da VN, que privilegia o acompanhamento de proximidade ao longo da gravidez e dos primeiros meses de vida do bebé, através de VD e apoio psicossocial.

Sabe-se que as mulheres entre os 30 e os 34 anos constituem o grupo etário com a taxa de fecundidade mais elevada em Portugal (PORDATA, 2026). A média de idades da nossa amostra foi de 27,87 anos (DP = 5,86), variando entre os 15 e os 39 anos. Esta distribuição poderá ser explicada pelas restantes características sociodemográficas da amostra, não refletindo necessariamente a distribuição etária das mulheres que efetivamente têm filhos em Portugal (PORDATA, 2026).

Continuando a caracterização sociodemográfica das participantes (Tabela 1), verificou-se uma diversidade de nacionalidades. A nacionalidade mais frequente foi a

brasileira, seguida da portuguesa. No geral, a maioria das participantes no MP é de nacionalidade não portuguesa. Este resultado está de acordo com os dados nacionais, que demonstram um aumento expressivo da população estrangeira residente em Portugal nos últimos anos (PORDATA, 2024). Adicionalmente, verifica-se que as mulheres estrangeiras residentes em Portugal contribuem de forma crescente para a natalidade, representando uma proporção cada vez maior dos nados-vivos registados no país (PORDATA, 2025), o que poderá explicar a elevada representatividade de participantes de nacionalidade estrangeira na presente amostra.

Embora não exista evidência de que as mulheres mais jovens emigrem especificamente para engravidar ou beneficiar do sistema de saúde português, é reconhecido que a migração ocorre predominantemente em idades jovens e economicamente ativas (Eurostat, 2024). Acresce que Portugal assegura o acesso universal aos cuidados de saúde materna e infantil, incluindo vigilância da gravidez, parto e cuidados no pós-parto através do Serviço Nacional de Saúde (Serviço Nacional de Saúde, 2025).

Por outro lado, a literatura demonstra que as mulheres migrantes enfrentam frequentemente desafios relacionados com a ausência de rede de suporte familiar e social, barreiras linguísticas e culturais e maior vulnerabilidade durante a gravidez e a transição para a parentalidade (Higginbottom et al., 2015; Balaam et al., 2013). Neste contexto, o recurso a respostas comunitárias que proporcionam apoio social, emocional e prático, como as desenvolvidas pela VN através do projeto MP, poderá constituir uma estratégia importante para responder às necessidades destas mulheres e promover uma experiência de gravidez e parentalidade mais positiva.

Quanto aos dados respeitantes ao estado civil (tabela 1), metade da amostra encontrava-se casada ou vivia em união de facto ($n = 16$; 50,0%). No entanto, embora os dados sugiram que a maioria das participantes que respondeu a esta questão se encontrava numa relação conjugal ou de coabitação, esta conclusão deve ser interpretada com prudência, uma vez que a ausência de resposta de cerca de um quinto da amostra poderá influenciar a distribuição observada.

Relativamente à composição do agregado familiar (tabela 1), os resultados sugerem que a maioria das participantes vivia com o marido ou companheiro, reforçando que o contexto de conjugalidade constitui a realidade predominante na amostra. Ainda assim, verificou-se alguma diversidade nas restantes configurações familiares, refletindo a heterogeneidade das situações de vida das participantes. Importa, contudo, interpretar

estes resultados com cautela, devido à proporção de não respostas registada para esta variável, que poderá limitar a sua representatividade. A composição do agregado familiar é um aspeto relevante na experiência da gravidez e da parentalidade, uma vez que a presença de um companheiro ou de outros familiares no domicílio pode constituir uma importante fonte de apoio emocional, instrumental e social, contribuindo para o bem-estar materno e para uma adaptação mais positiva à transição para a parentalidade (Feinberg, 2003).

Relativamente ao nível de escolaridade (tabela 1), os resultados evidenciam uma predominância de participantes com níveis de escolaridade intermédios e elevados, embora se observe alguma heterogeneidade na amostra. A existência de participantes com diferentes percursos educativos poderá refletir a diversidade de contextos sociais e culturais das mulheres acompanhadas pelo projeto. Contudo, a proporção de não respostas nesta variável recomenda prudência na interpretação dos resultados. A literatura tem demonstrado que o nível de escolaridade constitui um importante determinante social da saúde, influenciando a literacia em saúde, o acesso aos cuidados, a utilização dos serviços de saúde e os resultados maternos e infantis sendo, por isso, uma variável relevante na compreensão das necessidades das mulheres durante a gravidez e a transição para a parentalidade (World Health Organization, 2023).

No que diz respeito à situação laboral (tabela 1), os resultados sugerem que uma proporção considerável das participantes se encontrava em situação de desemprego, coexistindo com diferentes formas de participação no mercado de trabalho. Esta diversidade de situações laborais poderá refletir diferentes níveis de estabilidade económica e social, com potenciais implicações na vivência da gravidez e da parentalidade. No entanto, a interpretação destes resultados deve ser cautelosa, mais uma vez atendendo à proporção de não respostas registada para esta variável. A situação laboral é reconhecida como um importante determinante social da saúde, influenciando o rendimento, a segurança financeira, o acesso a recursos e o bem-estar psicológico, fatores que podem condicionar a saúde materna e infantil e aumentar a vulnerabilidade durante a gravidez e o período pós-parto (World Health Organization, 2023).

Em muitas situações de migração, a integração no mercado de trabalho é dificultada pelo não reconhecimento ou pelo reconhecimento tardio das qualificações académicas e profissionais obtidas no país de origem, obrigando frequentemente os migrantes a exercer funções abaixo das suas competências ou a enfrentar períodos prolongados de desemprego. Esta realidade constitui uma das principais barreiras à

integração profissional em Portugal, com implicações na estabilidade económica, no bem-estar psicológico e na inclusão social das famílias migrantes (Oliveira, 2023; Patrício et al., 2025). Estas dificuldades podem, por sua vez, aumentar a vulnerabilidade durante a gravidez e a transição para a parentalidade, reforçando a importância de respostas comunitárias que promovam o acesso a recursos, o fortalecimento das redes de suporte e a integração social.

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica da amostra (n=32)

Variável	Categoria	N	%
Nacionalidade	Angolana	5	15.6
	Brasileira	11	34.4
	Cabo-verdiana	2	6.3
	Portuguesa	9	28.1
	São-Tomense	4	12.5
	Venezuelana	1	3.1
Estado civil	Solteira	9	28.1
	Casada/vive com o marido/companheiro	16	50.0
	Não responderam	7	21.9
Com quem vive atualmente	Marido/companheiro	18	56.3
	Pais	1	3.1
	Filho/a(s)	2	6.3
	Irmão/ã(s)	2	6.3
	Não responderam	9	28.1
Nível de escolaridade	Ensino básico 1.º ciclo	2	6.3
	Ensino básico 2.º ciclo	1	3.1

	Ensino básico 3.º ciclo	4	12.5
	Ensino secundário	11	34.4
	Ensino profissional	1	3.1
	Ensino superior	6	18.8
	Não responderam	7	21.9
Situação laboral	Desempregada	11	34.4
	Empregada a tempo inteiro	5	15.6
	Empregada a tempo parcial	7	21.9
	Estudante	1	3.1
	Trabalhadora-estudante	1	3.1
	Não responderam	7	21.9

Nota. n = frequência; % = percentagem. As percentagens foram calculadas relativamente ao total da amostra (N = 32).

Quanto às características sociodemográficas, incluíram-se também os dados relativos à rede social de apoio, dada a sua relevância no contexto da gravidez e da transição para a parentalidade, nomeadamente no que respeita à perceção das participantes sobre o suporte social percebido. O suporte social é amplamente reconhecido como um fator protetor, estando associado a uma melhor adaptação à gravidez e à parentalidade, bem como a melhores resultados em saúde materna e infantil (Dennis & Letourneau, 2007). Considerámos a Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS) e comparámos os resultados obtidos na presente amostra com os da amostra de validação portuguesa do instrumento (Carvalho, Pinto-Gouveia, & Pimentel, 2011), apresentados na Tabela 2.

Tabela 2

Resultados da aplicação do instrumento MSPSS para a amostra em estudo (n=25) em comparação com a amostra de validação

Escala/ subescala	Amostra de validação M (DP)	Amostra MP M (DP)	Z
MSPSS			
Família	5.98 (1.28)	4.03 (2.26)	-7.62***
Amigos	5.49 (1.36)	3.64 (2.13)	-6.80***
Outros Significativos	6.16 (1.17)	4.77 (2.18)	-5.94***

***p < .001

Os resultados evidenciaram diferenças estatisticamente altamente significativas em todas as subescalas da MSPSS. Em comparação com a amostra de validação do instrumento, as participantes deste estudo apresentaram níveis significativamente inferiores de suporte social percebido proveniente da família, de amigos e de outros significativos. Ou seja, verificou-se uma percepção de suporte social significativamente inferior à da população normativa, revelando uma clara fragilidade no que a este aspeto diz respeito.

Estes resultados sugerem que as participantes apresentam fatores de vulnerabilidade psicossocial que justificam a pertinência de intervenções precoces e individualizadas, como as das VD. Esta caracterização é consistente com a literatura que identifica a gravidez como um período particularmente sensível às condições sociais e emocionais das mulheres, sendo o baixo suporte social um importante fator de risco para dificuldades de saúde mental perinatal (Howard & Khalifeh, 2020; WHO, 2023).

Estudos longitudinais demonstram igualmente que redes de apoio social mais frágeis estão associadas a piores indicadores de adaptação materna e desenvolvimento socioemocional infantil (Schuijers et al., 2024). A existência de apoio do companheiro constitui um reconhecido fator protetor durante a transição para a parentalidade, favorecendo o ajustamento psicológico e a confiança parental (Canavarro, 2001) e na nossa amostra tal não parece acontecer. Não tendo explorado elementos justificativos, temos de considerar que, potencialmente, a situação de imigrante, por vezes sem trabalhar, traz múltiplos desafios a ambos os membros do casal. O enfoque na questão laboral de modo a haver suporte financeiro, está muitas vezes dependente do elemento masculino do casal, que aí investirá grande parte do seu tempo e dedicação.

Quanto à gravidez, no presente estudo, foi também considerado se foi planeada ou não, sendo que mais de metade das participantes referiu que a gravidez não foi planeada (56,2%), enquanto apenas 21,9% indicou que a gravidez foi planeada pelo casal (tabela

3). Embora os dados obtidos não permitam estabelecer uma relação entre o planeamento da gravidez e o percurso migratório das participantes, estes resultados podem ser enquadrados à luz da evidência disponível sobre a saúde materna das mulheres migrantes. Em Portugal, os movimentos migratórios femininos são marcados por uma grande diversidade de trajetórias e motivações, incluindo oportunidades de emprego, reagrupamento familiar, acesso à educação, procura de melhores condições de vida ou proteção internacional (Oliveira, 2023). Neste contexto, algumas mulheres estabelecem-se no país antes de engravidar, enquanto outras migram durante a gravidez ou após a conceção, circunstâncias que podem influenciar a experiência da maternidade e o acesso aos cuidados de saúde (Almeida et al., 2013; Oliveira, 2023).

A literatura demonstra que as mulheres migrantes podem enfrentar desafios acrescidos durante a gravidez e o período pós-parto, nomeadamente barreiras linguísticas e culturais, reduzidas redes de suporte social e familiar, dificuldades socioeconómicas e menor literacia em saúde, fatores que podem comprometer o acesso atempado aos cuidados de saúde materna e reprodutiva (Almeida et al., 2013; Gagnon et al., 2009). Simultaneamente, quando a migração ocorre no âmbito do reagrupamento familiar, a presença do companheiro e de outros familiares constitui um importante fator protetor, favorecendo a adaptação à parentalidade e o bem-estar materno (Small et al., 2014). Contudo, muitas mulheres vivenciam a gravidez e o pós-parto com redes de apoio limitadas, consequência da separação da família alargada e das dificuldades inerentes ao processo de integração no país de acolhimento (Gagnon et al., 2009).

Neste contexto, a proporção de gravidezes não planeadas observada na presente amostra reforça a importância de intervenções precoces e culturalmente sensíveis, como os programas de VD, que permitem identificar necessidades específicas das famílias migrantes, promover o acesso aos recursos disponíveis e fortalecer as redes de suporte durante a transição para a parentalidade. Este tipo de intervenção encontra-se alinhado com as recomendações internacionais para a redução das desigualdades em saúde materna e infantil em populações migrantes, privilegiando uma abordagem centrada na família e adaptada às características socioculturais de cada contexto (WHO, 2018; Olds et al., 2019).

Explorámos também a forma como as participantes vivenciam a gravidez, comparando os resultados obtidos na presente amostra com os da amostra de validação da Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade (EAGM) (Xavier & Paúl, 1996), apresentados na Tabela 4.

Tabela 3*Resultados acerca do planeamento da gravidez*

A sua gravidez foi planeada	N (%)
Sim, pelos dois	7 (21.9)
Sim, apenas por mim	0 (0)
Sim, apenas pelo meu marido/companheiro	0 (0)
Não	18 (56.2)
Não respondeu	7 (21.9)

Tabela 4

Resultados da aplicação do instrumento EAGM para a amostra em estudo (n=25) em comparação com a amostra de validação

Escala/ subescala	Amostra de validação M (DP)	Amostra MP M (DP)	Z
EAGM			
O Filho Imaginado	11.56 (2.93)	11.36 (3.09)	-0.34
Boa Mãe	20.09 (3.87)	16.12 (3.86)	-5.13***
Gravidez como fator de mudança/crescimento pessoal	12.32 (3.47)	9.28 (1.81)	-4.38***
Aspetos difíceis da gravidez/maternidade	23.9 (3.72)	16.48 (3.15)	-8.88***
Relação com a própria mãe	6.48 (2.03)	6.08 (1.73)	-0.99
Apoio do marido/companheiro	5.79 (1.70)	8.72 (1.90)	8.62***
Imagem corporal e necessidade de dependência	8.71 (2.34)	7.84 (2.19)	-1.86

***p < .001

Relativamente à EAGM, não se observaram diferenças estatisticamente significativas nas subescalas **O Filho Imaginado**, **Relação com a própria mãe** e **Imagem corporal e necessidade de dependência**, indicando que as participantes apresentaram valores semelhantes aos da população de referência nestas dimensões.

Em contrapartida, verificaram-se diferenças estatisticamente altamente significativas nas subescalas **Boa Mãe**, **Gravidez como fator de mudança/crescimento pessoal**, **Aspetos difíceis da gravidez/maternidade** e **Apoio do marido/companheiro**. Nas subescalas **Boa Mãe** e **Gravidez como fator de mudança/crescimento pessoal**, as participantes apresentaram pontuações significativamente inferiores às da população normativa. Atendendo ao conteúdo dos itens destas subescalas, as pontuações significativamente inferiores observadas na presente amostra parecem refletir uma maior focalização nas transformações inerentes à gravidez e à transição para a parentalidade. Estes resultados sugerem que as participantes se encontram particularmente envolvidas na construção da identidade materna, questionando o seu futuro papel enquanto cuidadoras e protetoras e refletindo sobre as mudanças pessoais e familiares associadas à maternidade. Esta interpretação é consistente com a gravidez enquanto período de reorganização psicológica e de reconstrução das representações parentais, durante o qual é expectável um aumento da reflexão acerca das responsabilidades e desafios inerentes ao exercício da parentalidade. Na subescala **Aspetos difíceis da gravidez/maternidade**, as pontuações significativamente inferiores sugerem uma representação menos adaptativa, traduzindo uma maior valorização ou saliência das dificuldades associadas à gravidez e à maternidade. Por sua vez, na subescala **Apoio do marido/companheiro**, as participantes apresentaram pontuações significativamente superiores às da população normativa. Dado que valores mais elevados nesta dimensão correspondem a uma perceção de menor apoio por parte do companheiro, este resultado sugere que as participantes percecionam um menor suporte conjugal. A perceção de menor apoio do marido/companheiro identificada na EAGM deverá ser analisada em conjunto com os resultados obtidos na medida de suporte social percebido. Caso ambas as medidas apontem para níveis inferiores de apoio conjugal, estes resultados reforçam-se mutuamente, sugerindo que a menor perceção de suporte por parte do companheiro constitui uma característica consistente da amostra.

Os resultados obtidos são congruentes com a literatura, que descreve a gravidez como um período de reorganização psicológica, no qual ocorre a reconstrução da identidade materna e a adaptação às exigências da parentalidade (Stern, 1995).

Simultaneamente, o apoio do companheiro é reconhecido como um importante fator protetor da adaptação materna, estando associado a um melhor ajustamento psicológico durante a gravidez e o pós-parto (Belsky, 1984; Cohen & Wills, 1985).

QI 2. Qual é o grau de satisfação das grávidas e das profissionais relativamente à estrutura e organização das VD?

Tabela 5

Respostas à questão “A duração da visita foi” do QSPV

A duração da visita foi:	N (%)
Demasiado curta	0 (0)
Adequada	23 (71.9)
Demasiado longa	0 (0)
Não respondeu	9 (28.1)

Os resultados quantitativos revelam uma avaliação positiva da duração das VD, uma vez que a maioria das participantes que respondeu à questão (71,9%) considerou que a duração das visitas foi adequada, não tendo sido registadas respostas que as classificassem como demasiado curtas ou demasiado longas. Embora se verifique uma proporção considerável de não respostas (28,1%), os dados disponíveis sugerem que a duração prevista para as visitas foi, de um modo geral, ajustada às expectativas e necessidades das participantes.

Para responder a esta questão recorreu-se, nas entrevistas às profissionais, às categorias de primeira geração ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DO PROJETO e MODELO TOUCHPOINTS E GUIÕES, bem como às respetivas categorias de segunda geração *Duração e timing das visitas*, *Trabalho multidisciplinar*, *Desafios organizacionais*, *Estruturação da intervenção e Estrutura da VD*. Nas respostas das participantes ao QSPV foram analisadas as categorias SATISFAÇÃO GLOBAL e SUGESTÕES DE MELHORIA.

As entrevistas evidenciam um elevado grau de satisfação das profissionais relativamente à estrutura das VD. As quatro profissionais referiram a **Adequação da duração** (4/6), considerando que o tempo previsto para cada visita é, de um modo geral, suficiente para abordar os temas relevantes e responder às necessidades das famílias. Uma das entrevistadas afirmou que “Eu acho que os timings, pelo menos o tempo da visita, são

adequados...” (E1), ilustrando a percepção positiva relativamente à duração da intervenção.

A organização das visitas ao longo do período perinatal foi igualmente valorizada. Todas as profissionais destacaram a **Importância da visita pré-natal** (4/9) e a **Importância da visita pós-parto** (4/7), reconhecendo que a estrutura do programa permite responder a necessidades distintas em momentos diferentes da transição para a parentalidade. A este propósito, uma profissional referiu que “faz total diferença haver a visita A, para estabelecimento da relação e aliança terapêutica” (E2), enquanto outra salientou que “é na altura em que as coisas começam a orientar-se, mas agora surgem outro tipo de situações” (E4).

No âmbito do *Trabalho multidisciplinar*, três profissionais identificaram a **Complementaridade de competências** (3/4) como um elemento estruturante da intervenção, considerando que a articulação entre Psicologia e Enfermagem enriquece o acompanhamento prestado às famílias. Foram ainda referidos **Benefícios para as famílias** (3/4), pela diversidade de perspetivas disponibilizadas, e **Benefícios para as técnicas** (3/4), associados à aprendizagem mútua e ao enriquecimento profissional.

Apesar da avaliação globalmente positiva, surgiram algumas referências aos *Desafios organizacionais*. Uma profissional mencionou dificuldades de **Gestão de horários** (1/1), enquanto três entrevistadas referiram constrangimentos relacionados com o **Cumprimento dos timings** (3/3), sobretudo na tentativa de realizar as visitas no período ideal para cada família. Como exemplifica o discurso de E3, “nem sempre conseguimos estar com a mãe na fase que queremos”.

Relativamente ao **MODELO TOUCHPOINTS E GUIÕES**, as profissionais demonstraram uma avaliação favorável da *Estrutura da intervenção*. Três entrevistadas salientaram a **Utilização dos guiões como suporte à visita** (3/5), considerando-os úteis para organizar os conteúdos abordados e garantir a abrangência temática das visitas. A **Estrutura da visita** (3/3) foi descrita como suficientemente flexível para se adaptar às características de cada família, sem perder a consistência da intervenção.

Do ponto de vista das participantes, a satisfação com a organização das visitas revelou-se igualmente muito elevada. Na categoria **SATISFAÇÃO GLOBAL**, foram registadas oito referências à **Avaliação muito positiva** (8/8) e sete referências à **Ausência de aspetos negativos** (7/7), não tendo sido identificadas críticas relevantes à estrutura ou organização da intervenção. As poucas sugestões apresentadas centraram-se no **Aumento do número de visitas** (2/2) e na **Continuidade do programa** (1/1), o que sugere que a

principal expectativa das participantes não era alterar a organização existente, mas sim prolongar ou intensificar o acompanhamento.

Os resultados obtidos sugerem um elevado grau de satisfação relativamente à estrutura e organização das VD, tanto por parte das profissionais como das participantes. A valorização da existência de uma visita durante a gravidez e outra no período pós-parto vai ao encontro da evidência científica que recomenda intervenções contínuas ao longo do período perinatal, uma vez que as necessidades das famílias evoluem significativamente entre a preparação para o nascimento e a adaptação aos primeiros meses de vida do bebé (World Health Organization, 2022). A literatura demonstra igualmente que a continuidade dos cuidados favorece a construção de uma relação de confiança entre profissionais e famílias e permite responder de forma mais eficaz às necessidades emergentes (Leahy-Warren et al., 2012).

A perceção positiva relativamente ao trabalho multidisciplinar corrobora igualmente estudos que defendem que a integração de diferentes áreas profissionais potencia uma abordagem mais abrangente e centrada na família, permitindo responder simultaneamente às dimensões físicas, psicológicas e sociais da transição para a parentalidade (UNICEF, 2021; WHO, 2022). Embora tenham sido identificados alguns desafios organizacionais, nomeadamente ao nível da gestão dos horários e do cumprimento dos timings previstos, estes aspetos parecem não comprometer a perceção globalmente positiva da estrutura do programa, surgindo antes como desafios inerentes à implementação de intervenções domiciliárias em contexto comunitário (Olds et al., 2007).

QI 3. Quais são as perspetivas das grávidas e das profissionais sobre a utilidade das VD durante a gravidez e o período pós-parto?

Para responder a esta QI, consideramos a resposta à questão “A visita foi útil para si?” do QSPV. Como é visível na Tabela 6, mais de metade das participantes do MP descreveu a VD como “muito útil”, não havendo qualquer resposta nas escolhas menos positivas.

Tabela 6

Respostas à questão “a visita foi útil para si?” do QSPV

A visita foi útil para si?	N (%)
Muito útil	20 (62.5)
Útil	3 (9.4)
Pouco útil	0 (0)
Nada útil	0 (0)
Não respondeu	9 (28.1)

Quanto aos dados qualitativos, para responder a esta questão de investigação, recorreu-se, nas entrevistas às profissionais, às categorias BENEFÍCIOS PERCEBIDOS ACERCA DAS VD e RELAÇÃO PROFISSIONAIS-PARTICIPANTES, integrando as categorias de segunda geração *Benefícios para as famílias*, *Impacto nas famílias* e *A especificidade das visitas domiciliárias*. Nas respostas das participantes foram analisadas as categorias BENEFÍCIOS IDENTIFICADOS e UTILIDADE DA VISITA.

As profissionais atribuíram uma utilidade significativa às VD, destacando sobretudo o **Apoio emocional** (2/2), o **Apoio prático** (1/1) e o **Acompanhamento individualizado** (2/3). Estes elementos foram descritos como fundamentais para reduzir a ansiedade das grávidas, responder a dúvidas concretas do quotidiano e adaptar a intervenção às necessidades específicas de cada família. Como referiu E2, as visitas permitem “um olhar individualizado e atento sobre aquela família”.

No âmbito do *Impacto nas famílias*, as profissionais salientaram que a intervenção favorece o desenvolvimento de uma **Relação colaborativa e participante** (3/7), contribuindo para o **Aumento da confiança** (2/6) e para o **Desenvolvimento da autonomia** (2/3) parental. Os discursos sugerem que a utilidade das visitas ultrapassa a transmissão de informação, promovendo também sentimentos de segurança e competência nos futuros pais.

A especificidade do contexto domiciliário foi igualmente considerada relevante. A categoria **Ambiente natural** (2/8) evidencia que as profissionais valorizam a possibilidade de observar a família no seu contexto habitual, o que facilita a compreensão das dinâmicas familiares e a adequação das estratégias de intervenção.

As participantes corroboraram esta percepção positiva. Na categoria BENEFÍCIOS IDENTIFICADOS, surgiram referências à *Tranquilidade* (2/2), aos *Benefícios para o pós-parto* (2/2), ao *Sentimento de apoio* (3/3) e à *Gratidão* (6/6). Uma participante referiu ter ficado “muito mais tranquila e acolhida” após a visita, enquanto outra destacou que os conhecimentos recebidos fariam “toda a diferença no meu pós parto”.

Na categoria UTILIDADE DA VISITA, as participantes valorizaram sobretudo a *Informação e aprendizagem* (3/3), a *Importância da visita* (3/3) e o *Esclarecimento de dúvidas* (1/1). As respostas indicam que as visitas foram percebidas como uma fonte relevante de informação sobre parentalidade, cuidados ao bebê e preparação para o pós-parto, sendo descritas como “Visita super necessária”.

Estes resultados evidenciam sintonia entre os dois grupos de participantes e encontram-se alinhados com a literatura que evidencia os benefícios das VD na promoção da saúde materno-infantil e da parentalidade, sobretudo em contextos de vulnerabilidade.

Por exemplo, evidência científica que demonstra que os programas de VD promovem melhorias na saúde mental materna, na preparação para a parentalidade e na utilização adequada dos recursos de saúde, particularmente em populações vulneráveis (Olds et al., 2019; Rossiter et al., 2022). Da mesma forma, estudos qualitativos mostram que as famílias valorizam especialmente o acompanhamento realizado no seu próprio contexto de vida, referindo sentimentos de maior proximidade, confiança e apoio emocional (Dahlberg & Aune, 2016; Høgmo et al., 2025; Shrestha et al., 2023).

Os resultados evidenciam também uma elevada concordância entre profissionais e participantes quanto à utilidade das VD, particularmente no que respeita ao apoio emocional, esclarecimento de dúvidas, preparação para a parentalidade e fortalecimento da confiança parental. Estes resultados encontram suporte no MTP, segundo o qual a intervenção durante os períodos de transição do desenvolvimento constitui uma oportunidade privilegiada para fortalecer as competências parentais e promover relações precoces positivas entre pais e filhos (Brazelton & Sparrow, 2006).

A importância atribuída pelas participantes ao apoio emocional e ao sentimento de acolhimento encontra igualmente suporte no conceito de Saúde Relacional Precoce, que enfatiza a qualidade das relações estabelecidas desde o período pré-natal como um determinante essencial do desenvolvimento infantil e do bem-estar familiar (Burke Foundation, 2024). Rosen et al. (2023) referem que as intervenções iniciadas durante a gravidez apresentam um potencial preventivo particularmente elevado, uma vez que atuam num momento em que as representações parentais ainda se encontram em construção e são mais suscetíveis de serem influenciadas por experiências positivas de apoio e capacitação.

Por outro lado, a valorização do contexto domiciliário pelas profissionais está em consonância com a literatura sobre programas de VD, que demonstra que a intervenção realizada no ambiente natural da família facilita a compreensão do contexto de vida,

promove uma relação mais próxima entre profissionais e cuidadores e favorece intervenções individualizadas e culturalmente sensíveis (Leahy-Warren et al., 2012; Small et al., 2014; WHO, 2022).

QI 4. Qual é o grau de satisfação das grávidas e das profissionais relativamente à relação estabelecida durante as VD?

Tabela 7

Respostas à questão “Como se sentiu na relação com as profissionais que a visitaram?” do QSPV

Como se sentiu na relação com as profissionais que a visitou?	N (%)
Muito à vontade e acolhida	19 (59.4)
À vontade	4 (12.5)
Um pouco desconfortável	0 (0)
Desconfortável	0 (0)
Não respondeu	9 (28.1)

Os resultados obtidos evidenciam um elevado grau de satisfação das participantes relativamente à relação estabelecida com as profissionais durante as VD. Entre as participantes que responderam à questão, 59,4% referiram ter-se sentido "muito à vontade e acolhidas" e 12,5% "à vontade", não se registando respostas indicativas de desconforto. Apesar da existência de 28,1% de não respostas, os dados disponíveis sugerem que a relação interpessoal construída ao longo da intervenção constituiu um dos principais pontos fortes do programa (tabela 7).

Esta perceção é corroborada pelos dados qualitativos, sendo que, para responder a esta questão recorreu-se, nas entrevistas às profissionais, à categoria de primeira geração **RELAÇÃO PROFISSIONAIS-PARTICIPANTES**, integrando as categorias de segunda geração *Impacto nas famílias* e *A especificidade das visitas domiciliárias*. Nas respostas das participantes foram analisadas as categorias **ACOLHIMENTO E RELAÇÃO COM A EQUIPA** e **RELAÇÃO ENTRE PARTICIPANTES E PROFISSIONAIS**.

As profissionais descreveram a relação estabelecida durante as visitas como próxima, colaborativa e baseada na confiança. Três entrevistadas referiram a **Relação colaborativa e participante** (3/7), salientando que a proximidade proporcionada pelas

visitas facilita a criação de vínculo e a identificação das necessidades das famílias. Duas profissionais destacaram ainda que “**é uma relação próxima**” (2/3), marcada pela disponibilidade e pela continuidade do acompanhamento ao longo do período perinatal.

As participantes apresentaram um nível de satisfação igualmente elevado com a relação estabelecida com a equipa. Na categoria ACOLHIMENTO E RELAÇÃO COM A EQUIPA, foram identificadas referências ao *Sentimento de acolhimento* (5/5) e à *Empatia e compreensão* (3/3). As respostas evidenciam que as grávidas se sentiram acompanhadas, respeitadas e emocionalmente apoiadas durante as visitas. Uma participante afirmou: “Me senti muito acolhida. Senti que não estou sozinha” (P5).

Na categoria RELAÇÃO ENTRE PARTICIPANTES E PROFISSIONAIS, destacaram-se a *Competência e profissionalismo* (4/4), o *Reconhecimento individual* (3/3) e a *Forma de receção* (1/1). As participantes valorizaram não apenas a competência técnica das profissionais, mas também a forma como foram recebidas e acompanhadas ao longo do processo.

A relação estabelecida entre profissionais e participantes constituiu um dos aspetos mais valorizados por ambos os grupos. Os resultados evidenciam que características como a empatia, o acolhimento, a disponibilidade e a confiança foram percecionadas como elementos centrais da intervenção, corroborando a literatura que identifica a qualidade da relação terapêutica como um dos principais mecanismos de eficácia das VD (Leahy-Warren et al., 2012).

Estes resultados encontram igualmente suporte nos princípios do MTP, que privilegia uma abordagem colaborativa, baseada no respeito pelas competências da família, na escuta ativa e na construção de uma relação de parceria entre profissionais e cuidadores (Brazelton & Sparrow, 2006). Segundo este modelo, a qualidade da relação estabelecida constitui um fator determinante para a adesão das famílias à intervenção e para a promoção da confiança parental.

A elevada satisfação expressa pelas participantes relativamente ao acolhimento e ao profissionalismo da equipa está ainda em consonância com as recomendações da Organização Mundial da Saúde, que defendem a importância de cuidados centrados na pessoa, culturalmente sensíveis e assentes em relações respeitadoras e não julgadoras, particularmente durante a gravidez e o período pós-parto (WHO, 2022).

QI 5. Quais são as perceções das psicólogas e das enfermeiras sobre as potencialidades e os desafios da implementação das VD, no âmbito do projeto MP?

Para responder à presente questão de investigação, recorreu-se às categorias de primeira geração ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DO PROJETO, BENEFÍCIOS PERCEBIDOS ACERCA DAS VD, DESAFIOS E ÁREAS DE MELHORIA, MODELO TOUCHPOINTS E GUIÕES e REDE DE APOIO E SISTEMA FAMILIAR, bem como às respetivas categorias de segunda geração. Estas categorias orientaram a análise das entrevistas realizadas às profissionais de saúde, permitindo uma compreensão sistemática e aprofundada das suas perceções e experiências relativamente ao fenómeno em estudo.

As potencialidades da implementação das VD foram sobretudo associadas ao *Trabalho multidisciplinar*. Três profissionais salientaram a **Complementaridade de competências** (3/4), considerando que a articulação entre Psicologia e Enfermagem enriquece a intervenção e amplia as respostas disponíveis para as famílias. Foram igualmente identificados **Benefícios para as famílias** (3/4), pela diversidade de ferramentas disponibilizadas, e **Benefícios para as técnicas** (3/4), associados à aprendizagem profissional decorrente da colaboração interdisciplinar.

Outra potencialidade relevante relaciona-se com o MODELO TOUCHPOINTS E GUIÕES. As profissionais valorizaram a **Utilização dos guiões como suporte à visita** (3/5), as **Diferenças da utilização dos guiões** (3/5) relativamente às práticas anteriores e a **Estrutura da visita** (3/3), que permite abordar sistematicamente diferentes temas, sem perder flexibilidade. O *Modelo Touchpoints* (3/5) foi identificado como um referencial importante para orientar uma intervenção centrada nas forças das famílias e na construção da relação com os cuidadores, como referiu a entrevistada “Com flexibilidade, mas que passa pelos pontos todos, ajuda realmente que tu saibas com todas as mães falar sobre cuidados antecipatórios, e informação científica atualizada”.

No que respeita aos desafios, destacaram-se os *Desafios organizacionais*, nomeadamente a **Gestão de horários** (1/1) e o **Cumprimento dos timings** (3/3), associados à dificuldade de compatibilizar as agendas da equipa e das famílias e de realizar as visitas no momento considerado ideal.

Foram ainda identificadas dificuldades relacionadas com os *Questionários* (2/3), percecionados como potencialmente sobrecarregantes para as mães, e com os *Registos das VD* (1/1), sobretudo no que se refere ao preenchimento e sistematização da informação recolhida durante as visitas.

Por fim, as profissionais reconheceram que a implementação das VD exige uma atenção particular à REDE DE APOIO E SISTEMA FAMILIAR, destacando o **Papel do companheiro** (1/3), a **Família alargada** (1/1) e o **Contexto migratório** (1/4) como

elementos que podem influenciar a experiência da gravidez e da parentalidade e condicionar as necessidades de apoio das famílias acompanhadas pelo projeto.

Em síntese, as psicólogas e as enfermeiras percebem as VD do projeto MP como uma intervenção com elevado potencial preventivo, relacional e interdisciplinar, embora reconheçam desafios organizacionais e operacionais que deverão ser considerados no desenvolvimento futuro do programa.

As profissionais reconheceram diversas potencialidades associadas à implementação das VD, destacando particularmente a complementaridade do trabalho interdisciplinar, a flexibilidade proporcionada pelo MTP e a possibilidade de desenvolver uma intervenção centrada nas necessidades específicas de cada família. Estes resultados corroboram a literatura, que tem demonstrado que programas domiciliários baseados em equipas multidisciplinares apresentam melhores resultados ao nível do bem-estar materno, da parentalidade positiva e da ligação das famílias aos recursos comunitários (WHO, 2022; UNICEF, 2021).

Paralelamente, os desafios identificados pelas profissionais, nomeadamente ao nível da gestão dos horários, do cumprimento dos timings previstos e da carga associada aos instrumentos de avaliação, são consistentes com estudos que descrevem as dificuldades inerentes à implementação de programas domiciliários em contexto real, particularmente quando dirigidos a populações em situação de vulnerabilidade social (Olds et al., 2007; Peacock et al., 2013).

Importa ainda considerar que uma parte significativa das famílias acompanhadas pelo projeto apresenta contexto migratório e redes de suporte limitadas, circunstâncias que podem aumentar a complexidade da intervenção e exigir uma maior articulação entre serviços de saúde, recursos comunitários e respostas sociais. Neste sentido, a literatura portuguesa tem salientado que os processos de integração de pessoas migrantes são frequentemente condicionados por dificuldades económicas, reconhecimento de qualificações e fragilidade das redes de apoio, fatores que reforçam a importância de intervenções comunitárias precoces e culturalmente competentes (Oliveira, 2023; Patrício et al., 2025).

Conclusões

O presente estudo permitiu compreender as perceções das grávidas acompanhadas pelo projeto MP, bem como das profissionais envolvidas na sua implementação,

relativamente à utilidade, organização e experiência das VD realizadas durante a gravidez e o período perinatal. A integração de dados quantitativos e qualitativos possibilitou uma compreensão mais abrangente da intervenção, evidenciando que as VD foram globalmente percebidas como uma resposta útil, pertinente e ajustada às necessidades das participantes, particularmente num contexto marcado por fatores de vulnerabilidade psicossocial, como o reduzido suporte social percebido e a elevada representatividade de mulheres migrantes.

Os resultados demonstraram elevados níveis de satisfação relativamente à estrutura e duração das visitas, à utilidade da intervenção e, sobretudo, à relação estabelecida entre as participantes e as profissionais. A confiança, a empatia, a disponibilidade, o acolhimento e a ausência de julgamento emergiram como elementos centrais da experiência das participantes, sendo igualmente valorizados pelas profissionais como fatores facilitadores da construção de uma aliança terapêutica promotora da capacitação parental.

Paralelamente, foi reconhecida a importância do trabalho interdisciplinar entre psicólogas e enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica, bem como da utilização dos guiões estruturados e do MTP, que favoreceram uma intervenção consistente, mas suficientemente flexível para responder às necessidades específicas de cada família.

Estes resultados corroboram algumas das ideias centrais do MTP, segundo o qual a construção de relações de confiança, o reconhecimento das competências parentais e a adaptação da intervenção às características de cada família constituem elementos essenciais para promover a Saúde Relacional Precoce e o desenvolvimento infantil (Brazelton & Sparrow, 2007; Sparrow, 2016; Gomes et al., 2023). Os resultados assumem ainda particular relevância considerando a elevada proporção de mulheres migrantes na amostra, população que frequentemente enfrenta desafios acrescidos relacionados com o suporte social, a integração e o acesso aos recursos de saúde, reforçando a importância de intervenções comunitárias precoces, culturalmente sensíveis e centradas nas necessidades específicas das famílias (World Health Organization, 2018; Higginbottom et al., 2015).

Do ponto de vista metodológico, importa salientar que este estudo constitui um contributo relevante pela adoção de uma abordagem de metodologia mista, permitindo integrar diferentes fontes e perspetivas na compreensão do fenómeno em estudo. A utilização de triangulação de participantes /informantes, através da recolha das perceções das grávidas e das profissionais de diferentes áreas disciplinares; de triangulação

metodológica, combinando abordagens quantitativa e qualitativa; de triangulação de instrumentos, recorrendo a questionários padronizados, questionários de satisfação e entrevistas semiestruturadas; e de triangulação de investigadores na análise dos dados qualitativos, contribuiu para reforçar a credibilidade, a profundidade interpretativa e a robustez dos resultados obtidos (Denzin, 1978; Creswell & Plano Clark, 2018).

Apesar do carácter exploratório e da reduzida dimensão da amostra, os resultados obtidos sugerem que as VD integradas no MP constituem uma estratégia promissora de promoção da saúde materno-infantil e da parentalidade em contextos de vulnerabilidade. A valorização consistente da utilidade das visitas, da relação terapêutica e da proximidade proporcionada pelo contexto domiciliário reforça o potencial deste tipo de intervenção para responder às necessidades biopsicossociais das famílias durante a transição para a parentalidade.

Em termos de implicações para a prática, estes resultados reforçam a importância da integração de programas de VD nos cuidados de saúde e na intervenção comunitária, particularmente junto de famílias em situação de maior vulnerabilidade psicossocial e social. A aposta em intervenções precoces, individualizadas e baseadas na construção de relações de confiança poderá contribuir para fortalecer as competências parentais, promover a Saúde Relacional Precoce, facilitar a ligação aos recursos comunitários e apoiar uma transição mais positiva para a parentalidade.

Futuras investigações sobre o projeto MP permitirão integrar uma amostra de maior dimensão. Sugere-se ainda incluir grupos de comparação e realizar avaliações longitudinais, permitindo analisar o impacto das VD na saúde mental materna, na qualidade da relação pais-bebé, na vinculação, no desenvolvimento infantil e na utilização dos recursos de saúde e comunitários. Estes estudos contribuirão para consolidar a evidência científica sobre a eficácia deste modelo de intervenção e para fundamentar a sua eventual implementação em maior escala.

Referências

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). *Optimizing postpartum care* (Committee Opinion No. 736). *Obstetrics & Gynecology*, 131(5), e140–e150.

Almeida, L. M., Caldas, J., Ayres-de-Campos, D., Salcedo-Barrientos, D., & Dias, S. (2013). Maternal healthcare in migrants: A systematic review. *Maternal and Child Health Journal*, 17(8), 1346–1354. <https://doi.org/10.1007/s10995-012-1149-x>

Balaam, M.-C., Akerjordet, K., Lyberg, A., Kaiser, B., Schoening, E., Fredriksen, A. M., Ensel, A., Gouni, O., & Severinsson, E. (2013). A qualitative review of migrant women's perceptions of their needs and experiences related to pregnancy and childbirth. *Journal of Advanced Nursing*, 69(9), 1919–1930. <https://doi.org/10.1111/jan.12139>

Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129(2), 195–215. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.195>

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.

Brazelton, T. B. (1992). *Touchpoints: Your child's emotional and behavioral development*. Addison-Wesley.

Brazelton, T. B., & Sparrow, J. D. (2004). *Feeding your child the Brazelton way*. Da Capo Press.

Brazelton, T. B., & Sparrow, J. D. (2007). *Touchpoints: Birth to three* (2nd ed.). Da Capo Press.

Brazelton Touchpoints Center. (2024). *Evidence base for Touchpoints in early intervention and home visitation*. Boston Children's Hospital.

Canavarro, M. C. (2001). Psicologia da gravidez e da parentalidade. In M. C. Canavarro (Ed.), *Gravidez e parentalidade: Novas perspectivas da qualidade de vida* (pp. 13–42). Quarteto.

Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3rd ed.). SAGE Publications.

Dahlberg, U., & Aune, I. (2016). Women's experiences of home visits by midwives in the early postnatal period. *Midwifery*, 39, 57–62. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.05.003>

Dennis, C.-L., & Shiri, R. (2019). Breastfeeding rates in immigrant and non-immigrant women: A systematic review and meta-analysis. *Maternal & Child Nutrition*, 15(4), e12809. <https://doi.org/10.1111/mcn.12809>

Dozier, M., Lindhiem, O., & Ackerman, J. (2005). Attachment and biobehavioral catch-up: An intervention targeting empirically identified needs of foster infants. *Attachment & Human Development*, 7(3), 263–276. <https://doi.org/10.1080/14616730500194486>

Fuertes, M., Santos, P. L., Beeghly, M., & Tronick, E. (2014). More than maternal sensitivity shapes attachment: Infant coping and temperament. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1308(1), 47–58. <https://doi.org/10.1111/nyas.12310>

Gagnon, A. J., Zimbeck, M., & Zeitlin, J. (2009). Migration to western industrialised countries and perinatal health: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 69(6), 934–946. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.06.027>

Gomes, A. I., Castanheira, L., & Silva, J. (2023). Home-visiting programs based on the Brazelton approach: A scoping review. *European Journal of Pediatrics*, 182(8), 3393–3403.

Higginbottom, G. M. A., Evans, C., Morgan, M., Bharj, K. K., Eldridge, J., Hussain, B., Salt, G., & Storey, M. (2015). Experience of and access to maternity care in the UK by immigrant women: A narrative synthesis systematic review. *BMJ Open*, 5(8), e008188. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008188>

Høgmo, S., Senneseth, M., & Glavin, K. (2025). Parental experiences from home visits in the New Families research program: A qualitative study. *BMC Nursing*, 24, Article 373.

Howard, L. M., & Khalifeh, H. (2020). Perinatal mental health: A review of progress and challenges. *World Psychiatry*, 19(3), 313–327. <https://doi.org/10.1002/wps.20769>

Instituto Nacional de Estatística. (2025). *Estatísticas demográficas 2024*. INE. <https://www.ine.pt>

Kleinman, R., Del Grosso, P., Harding, J. F., Hsu, R., Kalb, M., O'Brien, J., & Rosen, E. (2023). *Understanding family engagement in home visiting: Literature synthesis* (OPRE Report No. 2023-004). Office of Planning, Research and Evaluation.

Moret-Tatay, A., Benlloch-Navarro, S., & Senent-Capuz, N. (2025). Multifactorial barriers related to breastfeeding: A systematic review. *Women's Health Reports*, 6(2), 157–169. <https://doi.org/10.1089/whr.2025.0012>

National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance* (NICE Guideline CG192).

Olds, D. L., Kitzman, H., Cole, R., Anson, E., Smith, J. A., Knudtson, M. D., Miller, T., & Holmberg, J. (2019). Long-term effects of home visiting on maternal life course and child development. *JAMA Pediatrics*, 173(6), 564–572.

Oliveira, C. R. (2023). *Relatório Estatístico Anual 2023 – Indicadores de Integração de Imigrantes*. Observatório das Migrações.

Percy, M. S. (2001). Using Touchpoints to promote parental self-competence. *Pediatric Nursing*, 27(1), 37–41.

PORDATA. (2026). *População estrangeira com estatuto legal de residente: total e por algumas nacionalidades*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.pordata.pt>

Rosen, B. L., McCormick, M. C., Simon, T. D., & Feinberg, E. (2023). Early relational health: Foundations, opportunities and future directions. *Pediatrics*, 151(Suppl. 2), e2022057267H.

Rosen, E., Kleinman, R., Del Grosso, P., Ayoub, C., Chapman, A., Mondi-Rago, C., & Roberts, J. (2023). *A conceptual framework for family engagement in early childhood home visiting* (OPRE Brief No. 2023-299).

Rossiter, C., Sheehan, A., Schmied, V., & Denney-Wilson, E. (2022). Home visiting as an equitable intervention for perinatal depression: A qualitative analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 13, Article 809227. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.809227>

Schuijers, M., Greenwood, C. J., McIntosh, J. E., Youssef, G., Letcher, P., Macdonald, J. A., Spry, E., Le Bas, G., Teague, S., Biden, E., Elliott, E., Allsop, S., Burns, L., Olsson, C. A., & Hutchinson, D. M. (2024). Maternal perinatal social support and infant social-emotional problems and competencies: A longitudinal cross-cohort replication study. *Development and Psychopathology*, 36(2), 645–658.

Sears, M. L., & Wright, J. A. (2016). The roadmap to breastfeeding success: Teaching child development to promote breastfeeding duration. *Journal of Human Lactation*, 32(1), 162–171. <https://doi.org/10.1177/0890334415619436>

Shonkoff, J. P., & Phillips, D. A. (Eds.). (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. National Academy Press.

Shrestha, S., de la Rosa, M., & Karki, S. (2023). *Mothers' experiences in and perspectives on evidence-based home visiting programs: A qualitative study report*. Office of Planning, Research and Evaluation.

Silva, M. F. (2022). *Empoderamento parental para a manutenção do aleitamento materno: O contributo do Modelo Relacional Touchpoints nos Cuidados de Saúde Primários* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Small, R., Roth, C., Raval, M., et al. (2014). Immigrant and non-immigrant women's experiences of maternity care: A systematic and comparative review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 152. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-152>

Sosse, S. A. L., Touray, M. M., & Ceesay, M. (2023). Cultural beliefs and exclusive breastfeeding in The Gambia. *BMC Women's Health*, 23, 18. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02163-z>

Sparrow, J. (2013). Newborn behavior and developmental change processes. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 26(3), 180–185. <https://doi.org/10.1111/jcap.12047>

Sparrow, J. (2016). Reflective practice in organizational learning. *Infant Mental Health Journal*, 37(6), 605–616. <https://doi.org/10.1002/imhj.21602>

Tronick, E., Beeghly, M., & Rosenblum, K. (2011). The neurobehavioral and social-emotional development of infants and children. *Development and Psychopathology*, 23(1), 1–6.

UNICEF. (2021). *The state of the world's children 2021: On my mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health*. UNICEF. <https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2021>

Vicente, J. B., Silva, F. C., & Oliveira, A. M. (2023). Interventions for child development based on the Touchpoints approach: An integrative review. *Journal of Child Health Care*, 27(3), 345–360.

World Health Organization. (2018). *Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: No public health without refugee and migrant health*. WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization. (2022). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>

World Health Organization. (2023). *Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services*. World Health Organization.

ANEXOS

Anexo 1 - Guião de entrevista semiestruturada às profissionais de saúde

Tópicos gerais	Aspetos específicos a explorar	Notas
Organização e estrutura	- Duração de cada visita; - Desafios do contexto; - 2 visitas (<i>timing</i> das visitas); - 2 técnicas de áreas diferentes.	- Explorar perspetivas das técnicas e das participantes.
Conteúdos da sessão	- Os temas abordados – considerando a organização em função do MTP.	- Considerar a organização e dinamização baseada no MTP; - Explorar quanto aos participantes.
Aspetos relacionais	- Relação entre participantes e técnicas; - Relação entre mães/grávidas e bebés; - Relação - considerando o formato específico das visitas baseado no MTP.	- Explorar como é viver a relação com as participantes do MP – possíveis características específicas.
Utilidade	- Aspetos a destacar enquanto contributos para o MP; - Aspetos a destacar enquanto contributos para as participantes; - Aspetos a destacar enquanto contributos para a própria.	- Explorar perspetiva própria (Em que aspetos as VD beneficiam as grávidas/mães + famílias que integram o projeto?) - Perspetiva sobre as participantes (o que pensa que as participantes sentem como contributos/aspetos positivos/utilidade?)
Satisfação (aspetos positivos/ desafios)	-Aspetos positivos; -Aspetos desafiantes.	- Explorar perspetivas das técnicas e das participantes.

Comentário final	Comentário final	
------------------	------------------	--

Anexo 2 - Questionário de satisfação pós visita (QSPV)



Nº de processo: _____

Data: ____/____/____

Após a visita domiciliária agradecemos que preencha as seguintes questões:

Questões:

1. A duração da visita foi:

- ☐ Demasiado curta
- ☐ Adequada
- ☐ Demasiado longa

2. Como se sentiu na relação com as profissionais que a visitaram?

- ☐ Muito à vontade e acolhida
- ☐ À vontade

☐ Um pouco desconfortável

☐ Desconfortável

3. A visita foi útil para si?

☐ Muito útil

☐ Útil

☐ Pouco útil

☐ Nada útil

4. Gostaria de acrescentar algum comentário ou sugestão?

(resposta aberta)

Anexo 3 - Árvore do sistema de categorias resultante da análise das entrevistas às profissionais

1. ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DO PROJETO

1.1 Duração e timing das visitas

1.1.1 Adequação da duração

1.1.2 Importância da visita pré-natal

1.1.3 Importância da visita pós-parto

1.1.4 Diferenças entre visitas

1.2 Trabalho multidisciplinar

1.2.1 Complementaridade de competências

1.2.2 Benefícios para as famílias

1.2.3 Benefícios para as técnicas

1.3 Desafios organizacionais

1.3.1 Gestão de horários

1.3.2 Cumprimento dos *timings*

2. BENEFÍCIOS PERCEBIDOS ACERCA DAS VD

2.1 Benefícios para as famílias

2.1.1 Apoio emocional

2.1.2 Apoio prático

2.1.3 Acompanhamento individualizado

2.2 Benefícios para as profissionais

2.2.1 Aprendizagem interdisciplinar

2.2.2 Satisfação profissional

3. RELAÇÃO PROFISSIONAIS-PARTICIPANTES

3.1 Impacto nas famílias

3.1.1 Relação colaborativa e participante

3.1.2 É uma relação próxima

3.1.3 Aumento da confiança

3.1.4 Desenvolvimento da autonomia

3.2 *A especificidade das visitas domiciliárias*

3.2.1 **Ambiente natural**

3.2.2 **Perceção de intrusão**

3.2.3 **Participação não solicitada**

4. DESAFIOS E ÁREAS DE MELHORIA

4.1 *Questionários*

4.2 *Registos das VD*

5. MODELO TOUCHPOINTS E GUIÕES

5.1 *Estruturação da intervenção*

5.1.1 **Utilização dos guiões como suporte à visita**

5.1.2 **Diferenças da utilização dos guiões**

5.1.3 **Necessidade de adaptação**

5.2 *Estrutura da VD*

5.2.1 **Estrutura da visita**

5.2.2 **Modelo *Touchpoints***

6. REDE DE APOIO E SISTEMA FAMILIAR

6.1 *Papel do companheiro*

6.2 *Família alargada*

6.3 Contexto migratório

Anexo 4 - Sistema de categorias resultante da análise das entrevistas às profissionais

1. ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DO PROJETO				
<i>1.1. Duração e timing das visitas</i>				
CODIFICAÇÃO	DESIGNAÇÃO	Nº DE FONTES/REFERÊNCIAS	DESCRIÇÃO	EXEMPLO
1.1.1	Adequação da duração	4/6	Quando as participantes se referem a avaliações positivas sobre a duração das visitas e a sua capacidade para responder às necessidades das famílias.	“Eu acho que os timings, pelo menos o tempo da visita, são adequados...”
1.1.2	Importância da visita pré-natal	4/9	Quando as participantes se referem à utilidade da visita realizada durante a gravidez.	“Acho que faz total diferença haver a visita A, para estabelecimento da relação e aliança terapêutica...”
1.1.3	Importância da visita pós-parto	4/7	Quando as participantes se referem ao valor da visita realizada após o nascimento, especialmente no apoio à adaptação inicial à parentalidade.	“É na altura em que as coisas começam a orientar-se, mas agora surgem outro tipo de situações...”
1.1.4	Diferenças entre visitas	4/5	Sempre que as participantes referem diferenças entre as visitas.	“Vejo mães no pré parto de uma forma e depois vejo enquanto já na maternidade pessoas completamente diferentes.”
<i>1.2 Trabalho multidisciplinar</i>				
1.2.1	Complementaridade de competências	3/4	Quando as participantes se referem às diferentes áreas de conhecimento e à forma como se complementam.	“Mesmo dirigida entre a enfermagem e psicóloga, porque a gente consegue fazer um trabalho em equipa.”

1.2.2	Benefícios para as famílias	3/4	Quando as participantes referem percepções sobre as vantagens da presença simultânea de profissionais de diferentes áreas para as beneficiárias.	“Eu acho que foi a complementaridade de enfermagem e da psicologia: vai dar às mães muito mais ferramentas.”
1.2.3	Benefícios para as técnicas	3/4	Quando as participantes se referem a aprendizagens, ganhos profissionais e enriquecimento decorrentes da colaboração interdisciplinar.	“Quando tenho uma psicóloga ao meu lado e tenho outras temáticas mais profundas até a nível psicológico que eu não chego lá...”
<i>1.3 Desafios organizacionais</i>				
1.3.1	Gestão de horários	1/1	Quando as participantes se referem a desafios relacionados com agendas, marcações e compatibilização de disponibilidade.	“Maior dificuldade é de conciliação de horários, sem dúvida, ...às vezes é difícil conseguir horários compatíveis.”
1.3.2	Cumprimento dos timings	3/3	Quando as participantes referem dificuldades em realizar as visitas dentro dos períodos definidos.	“O desafio que nem sempre conseguimos estar com a mãe na fase que queremos, nem sempre dá para ser aquele dia com toda a gente da equipa.”
2. BENEFÍCIOS PERCEBIDOS ACERCA DAS VD				
<i>2.1 Benefícios para as famílias</i>				
2.1.1	Apoio emocional	2/2	Quando as participantes se referem à redução da ansiedade, insegurança e sentimento de isolamento das grávidas/mães.	“Estamos a trabalhar muito em prevenção da ansiedade e isso, portanto, acho que é um bom trabalho.”
2.1.2	Apoio prático	1/1	Quando as participantes se referem à ajuda concreta na resolução de dúvidas e dificuldades do quotidiano.	“Todo enxoval, a questão de usar todos os materiais que precisa, da segurança do sono, então a gente tem que entrar dentro do que realmente é uma visita muito íntima.”
2.1.3	Acompanhamento individualizado	2/3	Quando as participantes se referem à intervenção personalizada e ajustada às necessidades específicas da família.	“Um olhar individualizado e atento sobre aquela família, provavelmente elas não têm mais nenhum outro serviço...que faça visitas tão longas e detalhadas.”
<i>2.2 Benefícios para as profissionais</i>				

2.2.1	Aprendizagem interdisciplinar	3/4	Quando as participantes referem aquisição de conhecimentos provenientes de outras áreas profissionais.	“Acho que é espetacular o que acrescenta ter uma psicóloga ao lado...Acho que só nos acrescentamos uns aos outros, é mesmo engraçado ver como se completa muito.”
2.2.2	Satisfação profissional	3/5	Quando as participantes referem sentimentos de realização, utilidade e gratificação associados ao projeto.	“Ires a casa ver a forma como as mães têm as casas preparadas para os bebés, ...acho que é também um privilégio para nós podermos fazer parte das vidas destas mães e destes bebés desta forma tão próxima.”
3. RELAÇÃO PROFISSIONAIS-PARTICIPANTES				
<i>3.1 Impacto nas famílias</i>				
3.1.1	Relação colaborativa e participante	3/7	Quando as participantes se referem ao desenvolvimento de uma relação colaborativa e de confiança entre as técnicas e as beneficiárias.	“Um retorno muito mais rápido da gestante em termos de criar mesmo vínculo e conseguir atingir as necessidades ...”
3.1.2	É uma relação próxima	2/3	Quando as participantes referem um sentimento de proximidade, disponibilidade e acessibilidade na relação com as grávidas/mães.	“É uma relação próxima, com o facto, lá está, de nós irmos mais do que uma vez numa fase mais frágil...”
3.1.3	Aumento da confiança	2/6	Quando as participantes se referem ao desenvolvimento da confiança dos pais nas suas capacidades.	“As mães ficam mais confiantes e autónomas no processo, então com aquelas estruturas que a gente conseguiu fazer para poder passar por cada etapa...”
3.1.4	Desenvolvimento da autonomia	2/3	Quando as participantes se referem à promoção da independência dos pais na tomada de decisões e cuidados ao bebé.	“Eles também se sentem capacitados, também têm outra segurança...”
<i>3.2 A especificidade das visitas domiciliárias</i>				

3.2.1	Ambiente natural	2/8	Quando as participantes se referem aos benefícios decorrentes da observação da família no seu contexto habitual.	“Sim, acho que é muito melhor estar num domicílio, onde estas pessoas se sentem mais seguras na casa delas, nós é que somos estranhos.”
3.2.2	Perceção de intrusão	3/8	Quando as participantes se referem a um possível sentimento de invasão de privacidade associado às visitas domiciliárias.	“Quando a gente chega tem uma certa resistência algo do tipo acho que “eu não precisava, não tem essa necessidade.”
3.2.3	Participação não solicitada	2/3	Referências ao facto de a intervenção não resultar de um pedido espontâneo da família.	“Na verdade são visitas que são impostas, entre aspas, não é uma escolha delas...”
4. DESAFIOS E ÁREAS DE MELHORIA				
4.1	Questionários	2/3	Quando revelam ter perceção de sobrecarga para participantes ou profissionais devido à avaliação.	“Em termos de trabalho e de ruído mental é um bocadinho demais para as mães, acho que estarmos constantemente a pedir questionários...mas percebo que é necessário e é assim.”
4.2	Registos das VD	1/1	Quando são referidos problemas relacionados com o preenchimento e sistematização da informação.	“Depois, os registos, ou seja, eu estou lá estou com uma caneta ou mesmo que seja até um tablet ok, mas onde é que eu vou registar a informação?”
5. MODELO TOUCHPOINTS E GUIÕES				
5.1 Estruturação da intervenção				
5.1.1	Utilização dos guiões como suporte à visita	3/5	Quando as participantes se referem à utilização dos guiões como suporte à condução da visita e organização do trabalho.	“O guião que é utilizado eu acho que está muito bom, está muito bem formulado para todas as visitas...”

5.1.2	Diferenças da utilização dos guiões	3/5	Quando as participantes se referem à importância/suporte que os guiões trazem e a comparam com as VD <i>as usual</i>	“Quando nós não tínhamos estes guiões e não era tão focado no modelo, não havia tanto detalhe...”
5.1.3	Necessidade de adaptação	2/5	Quando as participantes se referem a ajustamentos na sua intervenção, para se adequarem aos objetivos do guião.	“Eu estava muito ligada ainda num trabalho de ir corrigir algo errado e agora nem sempre eu estou lá para corrigir algo errado.”
5.2 Estrutura da VD				
5.2.1	Estrutura da visita	3/3	Quando as participantes se referem ao facto de terem uma estrutura durante as visitas que permite uma maior abrangência de temas e conhecimento.	“Com flexibilidade, mas que passa pelos pontos todos, ajuda realmente que tu saibas com todas as mães falar sobre cuidados antecipatórios, e informação científica atualizada”
5.2.2	Modelo <i>Touchpoints</i>	3/5	Quando as participantes se referem a conceitos relacionados com o Modelo <i>Touchpoints</i> .	“Se calhar uma enfermeira sem, por exemplo, formação em CIT ou com outra visão, poderia criar aqui alguma entropia...”
6. REDE DE APOIO E SISTEMA FAMILIAR				
6.1	<i>Papel do companheiro</i>	1/3	Quando as participantes se referem ao papel do pai ou parceiro no apoio à mãe e ao bebé.	“O nível de relação quando a gente consegue ter ali um pai que está no momento, que não está a trabalhar, que consegue dar uma volta, alguém que está ali na rede de apoio.”
6.2	<i>Família alargada</i>	1/1	Quando as participantes se referem ao contributo de familiares para suporte emocional e instrumental.	“A família perceber que ela tem aí o protagonismo dela e está segura nessas informações, porque tem uma rede de apoio.”
6.3	<i>Contexto migratório</i>	1/4	Quando as participantes se referem ao impacto da imigração, afastamento da família de origem e adaptação cultural.	“Com uma experiência de facto fora do seu país, fora da sua cultura, mas não tem alguém para estar com ela naquele momento do parto, será que ela vai se sentir segura em estar sozinha naquele momento né.”

Anexo 5 - Árvore do sistema de categorias resultante da análise das questões abertas à última pergunta do QSPV

1. ACOLHIMENTO E RELAÇÃO COM A EQUIPA

1.1 Empatia e compreensão

1.2 Sentimento de acolhimento

2. BENEFÍCIOS IDENTIFICADOS

2.1 Tranquilidade

2.2 Benefícios para o pós-parto

2.3 Sentimento de apoio

2.4 Gratidão

3. UTILIDADE DA VISITA

3.1 Esclarecimento de dúvidas

3.2 Informação e aprendizagem

3.3 Importância da visita

4. RELAÇÃO ENTRE PARTICIPANTES E PROFISSIONAIS

4.1 Competência e profissionalismo

4.2 Reconhecimento individual

4.3 Forma de receção

5. SATISFAÇÃO GLOBAL

5.1 Avaliação muito positiva

5.2 Ausência de aspetos negativos

6. SUGESTÕES DE MELHORIA

6.1 Aumento do número de visitas

6.2 Continuidade do programa

6.3 Sem sugestões

Anexo 6 - Sistema de categorias resultante da análise das questões abertas à última pergunta do QSPV

1. ACOLHIMENTO E RELAÇÃO COM A EQUIPA				
CODIFICAÇÃO	DESIGNAÇÃO	Nº DE FONTES/REFERÊNCIAS	DESCRIÇÃO	EXEMPLO
1.1	<i>Empatia e compreensão</i>	3/3	Expressões relacionadas com a compreensão das necessidades, sentimentos ou preocupações das participantes.	“Gostei imenso da visita, cuidado e atenção, me senti acolhida e compreendida.”
1.2	<i>Sentimento de acolhimento</i>	5/5	Referências à sensação de ser bem recebida, acompanhada, confortável ou respeitada durante a visita.	“Gostei muito da visita. Me senti muito acolhida. Senti que não estou sozinha e se pudesse receberia essa visita todos os dias. Muito obrigada por estarem do meu lado durante esse processo.”
2. BENEFÍCIOS IDENTIFICADOS				
2.1	<i>Tranquilidade</i>	2/2	Referências à redução da ansiedade, aumento da calma ou sentimento de segurança após a visita.	“Amei a visita, fiquei muito mais tranquila e acolhida pela XXX e a enfermeira XXX, são muito ótimas!!!”
2.2	<i>Benefícios para o pós-parto</i>	2/2	Menções à utilidade da visita para a preparação do pós-parto, adaptação	“A visita foi extremamente agradável, me senti muito confortável, e a xxx e a enfermeira me ensinaram muitos detalhes que com certeza vai

			aos cuidados ao recém-nascido ou parentalidade futura.	fazer toda a diferença no meu pós parto, obrigada xxx e toda equipe ❤️”
2.3	<i>Sentimento de apoio</i>	3/3	Percepção de acompanhamento, suporte emocional ou disponibilidade da equipa.	“Me senti muito acolhida.”
2.4	<i>Gratidão</i>	6/6	Expressões de agradecimento ou reconhecimento pelo trabalho desenvolvido pela equipa.	“Muito agradecida.”
3. UTILIDADE DA VISITA				
3.1	<i>Esclarecimento de dúvidas</i>	1/1	Referências ao esclarecimento de questões relacionadas com gravidez, parto, pós-parto ou cuidados ao bebé.	“Esta visita a casa foi muito útil para obter mais informação em relação à parentalidade e esclarecimento de dúvidas.”
3.2	<i>Informação e aprendizagem</i>	3/3	Menções à aquisição de novos conhecimentos, competências ou informação útil.	“Senti-me bem compreendida e bem informada.”
3.3	<i>Importância da visita</i>	3/3	Avaliação da relevância, necessidade ou utilidade global da visita.	“Visita super necessária.”
4. RELAÇÃO ENTRE PARTICIPANTES E PROFISSIONAIS				

4.1	Competência e profissionalismo	4/4	Referências à qualidade técnica, competência, profissionalismo ou excelência dos profissionais.	“Excelentes profissionais.”
4.2	Reconhecimento individual	3/3	Menções específicas a profissionais pelo nome ou reconhecimento dirigido a elementos concretos da equipa.	“Quero agradecer a todo o apoio da Dra. xxx que tem me acompanhado muito bem, e a todas as outras profissionais, muito grata pelo vosso trabalho.”
4.3	Forma de receção	1/1	Referências à forma como foram recebidas ou abordadas durante a visita.	“Tudo perfeito, gostei da forma como fui recebida.”
5. SATISFAÇÃO GLOBAL				
5.1	Avaliação muito positiva	8/8	Comentários de satisfação global ou apreciações muito favoráveis da visita.	“Acompanhamento excelente.”
5.2	Ausência de aspetos negativos	7/7	Respostas que indicam a inexistência de críticas, problemas ou insatisfação.	“Gostaria de acrescentar algum comentário ou sugestão em relação à visita?” “Não.”
6. SUGESTÕES DE MELHORIA				
6.1	Aumento do número de visitas	2/2	Sugestões para aumentar a frequência ou número de visitas domiciliárias.	“Mais visitas.”

6.2	<i>Continuidade do programa</i>	1/1	Desejo de manutenção ou expansão da intervenção.	“Continuem, estão ajudar muito as mamezinhas isso é uma terapia para nós, obrigada e espero que continuem com este tipo de atividades.”
6.3	<i>Sem sugestões</i>	7/7	Respostas explícitas indicando não existirem sugestões de melhoria.	“Nenhuma.”