



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM S. JOÃO
DE DEUS**

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**A ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA TRANSIÇÃO PARA A
PARENTALIDADE – VISITA DOMICILIÁRIA DE
ENFERMAGEM NO PUERPÉRIO**

Andreia Filipa Pontes Piteira

Orientação: Professora Doutora Ermelinda do Carmo Valente
Caldeira

Mestrado Profissional em Enfermagem Comunitária

Área de Especialização: Enfermagem Comunitária

Relatório de Estágio

Évora, 2016



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM S. JOÃO
DE DEUS**

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**A ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA TRANSIÇÃO PARA A
PARENTALIDADE – VISITA DOMICILIÁRIA DE
ENFERMAGEM NO PUERPÉRIO**

Andreia Filipa Pontes Piteira

Orientação: Professora Doutora Ermelinda do Carmo Valente
Caldeira

Mestrado Profissional em Enfermagem Comunitária

Área de Especialização: Enfermagem Comunitária

Relatório de Estágio

Évora, 2016

RESUMO

Atualmente, com a alta precoce após o nascimento emerge a necessidade de cuidados domiciliários no puerpério. A pertinência deste projeto consubstancia-se na reorganização da visita domiciliária no puerpério na USF Salus, garantindo a continuidade de cuidados após a alta hospitalar.

O desenvolvimento do projeto teve por base as necessidades identificadas pelos enfermeiros da USF Salus. Teve como finalidade promover a parentalidade positiva, contribuindo para a melhoria da saúde e bem-estar das puérperas, recém-nascidos e respectivas famílias, definindo-se como objetivo geral: Reorganizar a Consulta de Enfermagem do Puerpério no Domicílio, de forma a promover a parentalidade positiva nos pais com crianças até 3 meses de idade, utentes da USF Salus, até 2016.

Neste relatório é feita uma análise reflexiva sobre a visita domiciliária no puerpério e apresentada a proposta de protocolo de atuação na mesma.

A avaliação do projeto na perspetiva das puérperas e dos enfermeiros legitima a relevância do mesmo na criação de soluções práticas para um problema concreto.

Descritores: Enfermagem em Saúde Comunitária, Consulta a domicílio, Puerpério.

The Community Nursing in Transition to Parenthood – Visit Nursing Domiciliary the Puerperium

ABSTRACT

Today, with early discharge after birth emerges the need for home care in the postpartum period. The relevance of this project is consolidated in the reorganization of home visitation puerperal at USF Salus, ensuring continuity of care after discharge.

The project development was based on the needs identified by nurses USF Salus. It aimed to promote positive parenting, helping to improve the health and well-being of mothers, newborns and their respective families, defining the general objective: Rearrange the Puerpério of Nursing Consultation at Home, in order to promote positive parenting in parents with children up to 3 months of age, users of USF Salus, 2016.

This report is made a reflective analysis of the home visit puerperal and presented the proposed action protocol in it.

The project evaluation from the perspective of mothers and nurses legitimizes the importance of it in creating practical solutions to a specific problem.

Descriptors: Community Health Nursing, House calls, Postpartum period.

SIGLAS/ ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ARSA – Administração Regional de Saúde do Alentejo

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direcção Geral de Saúde

ESESJD – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

INE – Instituto Nacional de Estatística

MI's – Membros inferiores

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNS – Plano Nacional de Saúde

RN – Recém- nascido

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SWOT - Strengths (Forças), Weaknesses (Fraquezas), Opportunities (Oportunidades) e Threats (Ameaças)

UE – União Europeia

USF – Unidade de Saúde Familiar

VD – Visitação Domiciliária

Dr.^a - Doutora

Enf.^a – Enfermeira

N.^a – Nossa

Pág. - página

Prof.^a – Professora

Sr.^a - Senhora

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	9
2. ANÁLISE DO CONTEXTO	12
2.1 – <i>Caracterização do ambiente</i>	12
2.2 – <i>Caracterização dos recursos materiais e humanos</i>	15
2.3 – <i>Descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências</i>	16
3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES	18
3.1 – <i>Caracterização geral da população/ utentes</i>	18
3.2 – <i>Cuidados e necessidades específicas da população alvo</i>	23
3.3 – <i>Estudos sobre programas de intervenção com a população alvo</i>	24
3.4 – <i>Recrutamento da população alvo</i>	27
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJECTIVOS	28
5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES	31
5.1 – <i>Metodologias</i>	31
5.1.1. - <i>Instrumentos utilizados</i>	31
5.1.2. – <i>Questões éticas</i>	34
5.2 – <i>Fundamentação das intervenções</i>	34
5.3 – <i>Estratégias acionadas</i>	43
5.4 – <i>Recursos materiais e humanos disponíveis</i>	44
5.5 – <i>Contactos a desenvolver e entidades envolvidas</i>	45
5.6 – <i>Descrição do orçamento</i>	45
5.7 – <i>Cronograma</i>	46
6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO	47

<i>6.1 – Avaliação dos objetivos</i>	<i>47</i>
<i>6.2 – Descrição dos momentos de avaliação e medidas corretivas introduzidas</i>	<i>48</i>
<i>6.3 – Avaliação da implementação do programa.....</i>	<i>48</i>
7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS	53
8. CONCLUSÃO.....	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
ANEXOS	63

Índice de Figuras

Figura 1. – Área geográfica do concelho de Évora e respetivas freguesias.....	13
---	----

Índice de Quadros

Quadro 1. – População residente no concelho de Évora.....	21
Quadro 2. – Resultados das respostas fechadas do questionário inicial aplicado aos enfermeiros.....	38
Quadro 3. – Orçamento do projeto.....	45
Quadro 4. – Cronograma.....	46
Quadro 5. – Matriz de análise SWOT.....	51

Índice de Gráficos

Gráfico 1. – Índice sintético da fecundidade no Município de Évora.....	22
---	----

1. INTRODUÇÃO

O nascimento de um filho é marcante no ciclo vital da mulher, sendo determinado por sucessivas transformações psicossociais, estados de desequilíbrio biofísico, desenvolvimento e consolidação da relação mãe/filho, pais/filho e de reorganização do relacionamento familiar e conjugal. (Pereira, 2012)

“A gravidez é um período especial na vida de uma mulher, uma viagem única a um futuro novo e excitante. Mas é também um período de grandes mudanças físicas, emocionais e sociais, um momento para encarar novas responsabilidades (...)” (Davis, 2005: 6).

A gravidez e a parentalidade representam, deste modo, um enorme esforço tanto físico como psicológico e são momentos que se apresentam como crises evolutivas e de extrema vulnerabilidade. (Relvas, 2004)

A necessidade de cuidados domiciliários no pós-parto emerge do facto de, com a alta precoce, as mães podem ir para casa 6 a 48h após o nascimento. (Bobak, 1999)

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2013), a duração do internamento hospitalar pós-parto tem diminuído bastante no decurso dos últimos 50 anos, sem com isto acarretar o aumento na morbilidade materna, na sua generalidade a alta precoce da puérpera é segura. A alta hospitalar ocorre no momento em que a puérpera deixa o hospital com destino ao domicílio ou ao local onde planeou o seu pós-parto. Para que isto ocorra, o hospital e os recursos da comunidade devem articular-se e oferecer um sistema de apoio que assegure os cuidados centrados na puérpera/ casal, contribuindo para a saudável transição para a parentalidade.

A visita domiciliária constitui, assim, uma atividade de excelência na assistência à saúde exercida junto do indivíduo, da família e da comunidade. Os cuidados domiciliários proporcionam um espaço privilegiado para a promoção e educação para a saúde, tendo em conta a relação de proximidade que se estabelece pelo contacto e interação em contexto familiar.

É neste contexto que surge o contributo do enfermeiro. Considerando a sua vasta experiência na área dos cuidados domiciliários e o corpo de conhecimentos científicos que detém, o enfermeiro tem atualmente uma posição consolidada que se determina pela sua aptidão no relacionamento com as famílias e com as redes de apoio social presentes na comunidade.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, fruto do conhecimento adquirido, com base no percurso de formação especializada e na experiência clínica, está habilitado a:

Participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projectos de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades na consecução de projectos de saúde colectiva (Portugal, 2011)

Uma das competências específicas do enfermeiro especialista consiste em estabelecer, “com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”. (Portugal, 2011)

Na trajetória do Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem Comunitária, na Universidade de Évora – ESESJD, foi proposta a elaboração de um Projeto de Intervenção Comunitária.

Um projeto germina de uma inquietação e revela uma intenção, constituindo um guia iluminador para o desenrolar da ação. Assim, pretende-se com esta “inquietude” implementar o Projeto de Intervenção “A Enfermagem Comunitária na Transição para a Parentalidade” na Unidade Funcional USF Salus do ACES Alentejo Central.

Tendo em conta o objetivo do atual Plano Nacional de Saúde (2012 – 2016) “Promover contextos favoráveis à saúde ao longo do ciclo de vida”, o referido projeto foca-se nas duas etapas do ciclo de vida, que são “Nascer com saúde, gravidez e período neonatal” e “Crescer com segurança, pós-natal até 9 anos de idade”.

O projeto vai ao encontro das necessidades sentidas pela equipa multidisciplinar do local de estágio em questão. A sua pertinência consubstancia-se no facto da ausência de visitação domiciliária no puerpério, estruturada, na USF Salus constituir uma lacuna na continuidade de cuidados após a alta hospitalar, contribuindo assim, também, para promover a parentalidade, de forma a melhorar a saúde e bem-estar das puérperas, recém-nascidos e respetivas famílias.

O objetivo geral deste projeto consiste em:

Reorganizar a Consulta de Enfermagem do Puerpério no Domicílio, de forma a promover a parentalidade positiva nos pais com crianças até 3 meses de idade, utentes da USF Salus, até 2016.

Foram também delineados os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer as necessidades da equipa de enfermagem relativamente ao programa de saúde materna e visitação domiciliária no puerpério;

- Implementar um protocolo para o programa de visitação domiciliária no puerpério;
- Aumentar a taxa de visitação domiciliária para 100% até 2020.

O presente relatório reporta-se ao projeto de intervenção comunitária desenvolvido entre Abril de 2015 e Janeiro de 2016 (tendo havido a interrupção letiva entre 3 de Julho e 14 de Setembro) e pretende apresentar uma análise crítico-reflexivo deste, executado em contexto de estágio, desde a sua fundamentação, passando pela execução até à avaliação, descrevendo a respetiva aquisição de competências da Especialização de Enfermagem Comunitária descritas no artigo 4º do regulamento n.º 128/2011 publicado em diário da república, 2.ª série, n.º 35 de 18 Fevereiro de 2011.

Nele será feita uma análise de contexto, da população-alvo, dos objetivos definidos, das intervenções realizadas e do processo de avaliação e controlo. Seguir-se-á uma análise reflexiva das competências mobilizadas e adquiridas como enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e terminará com a conclusão.

O presente relatório encontra-se organizado de acordo com o regulamento do estágio profissional e relatório final do Mestrado Profissional em Enfermagem Comunitária da Universidade de Évora, respeitando as normas da American Psychological Association (APA) para trabalhos escritos.

Este relatório encontra-se redigido de acordo com o novo acordo ortográfico, exceto as citações de autores (prévias a este acordo), por uma questão de fidelidade para com os documentos originais.

2. ANÁLISE DO CONTEXTO

Neste capítulo pretende-se descrever o ambiente de realização de estágio, assim como caracterizar os recursos humanos e materiais necessários e disponíveis para a realização das intervenções. Pretende-se ainda fundamentar o processo de aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

2.1 – Caracterização do ambiente

A USF Salus em Évora foi a Unidade escolhida para a implementação deste projeto de intervenção comunitária.

A USF Salus encontra-se inserida no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Alentejo Central, este é constituído por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde. A sua área de atuação estende-se aos concelhos do Distrito de Évora (Alandroal, Arraiolos, Borba, Estremoz, Évora, Montemor-o-Novo, Mora, Mourão, Portel, Redondo, Reguengos de Monsaraz, Vendas Novas, Viana do Alentejo e Vila Viçosa), numa extensão de 7393 km², abrangendo uma população residente em 2011, de acordo com o último recenseamento da população, que ronda os 166.726 habitantes. Este ACES é constituído por nove Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, nove Unidades de Saúde Familiar, onze Unidades de Cuidados à Comunidade, uma Unidade de Saúde Pública e uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados.

O concelho de Évora, onde se encontra localizada a USF Salus, tinha segundo os últimos dados demográficos disponíveis que dizem respeito ao ano de 2011, um total de 56.596 habitantes (Pordata, 2011). O concelho de Évora, capital do distrito, é o maior concelho em termos de área, ocupando um total de 1306,3 km² e possuindo 19 freguesias. Estas encontram-se divididas em freguesias urbanas e freguesias rurais, sendo 7 as freguesias com um cariz urbano e 12 as freguesias com um cariz rural.

Figura 1: Área Geográfica do Concelho de Évora e respetivas freguesias



Fonte: www.cincotons.com

A USF Salus foi constituída e regulada à luz do Dec-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto (e pelo ACES), e aprovada por despacho do Conselho Diretivo da ARSA, IP.

Esta unidade é responsável pela prestação de cuidados de saúde a toda a população por ela abrangida, garantindo a continuidade desses mesmos cuidados. De acordo com o programa informático *mimuf*, consultado a 30/04/2015, existem nesta unidade um n.º total de 13 935 utentes inscritos. Esta unidade abrange duas extensões do concelho de Évora, N.ª Sr.ª da Graça do Divor e Azaruja. Presta assistência aos utentes inscritos nos ficheiros dos médicos que a constituem. Assim:

- Presta também assistência a familiares dos utentes inscritos na USF que não residam nesta localidade, mas que temporariamente aqui se desloquem.
- Para o programa de cuidados domiciliários são considerados apenas os utentes inscritos e residentes no concelho de Évora.

A USF Salus está sediada na Rua D. Manuel Conceição Santos n.º62 na freguesia de N.ª Sra. Da Saúde.

Nesta Unidade de Cuidados e com o intuito de alcançar um objetivo comum: o bem-estar e qualidade de vida máxima do indivíduo, da família e do grupo na

comunidade, existe uma equipa multidisciplinar que coopera de forma dinâmica entre si. Esta engloba enfermeiros, médicos, assistentes técnicos e assistentes operacionais. Estas Unidades têm autogestão e são constituídas pelo Modelo B. O Modelo B abrange as USF do sector público administrativo com um regime retributivo especial para todos os profissionais, integrando remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho (Ministério da Saúde, 2007). São coordenadas, cada uma, por um médico, e têm na sua constituição um enfermeiro responsável. Sendo a coordenadora a Dr.^a Rosália Rosado, a enfermeira Rosa Relvas com exercício de funções de chefia.

As áreas de intervenção da Unidade de Saúde Familiar, baseiam-se na Carteira Básica de Serviços, que se encontra dividida em:

- Vigilância e promoção da saúde nas diversas fases de vida
- Saúde do recém-nascido, da criança e do adolescente
- Saúde da Mulher
- Vacinação
- Saúde do adulto e do idoso
- Cuidados em situação de doença aguda, Consulta Aberta
- Cuidados prolongados em situações de doença crónica e patologia múltipla
- Cuidados no domicílio/habitação permanente
- Prolongamento de Horário
- Interligação e colaboração com outros serviços e especialidade

Presta serviços em:

- Consultas de Vigilância e Prevenção
 - Saúde Infantil e Juvenil
 - Saúde da Mulher
 - Planeamento Familiar
 - Consulta pré-concepcional
 - Saúde da Grávida
 - Consulta de puerpério
 - Rastreio do cancro do Colo do Útero
 - Rastreio do cancro da Mama
 - Controlo da terapia anticoagulante oral
- Consulta de Doenças Crónicas

- Diabetes
- Hipertensão

- Consultas Médicas e de Enfermagem no Domicílio
- Consultas de Medicina Geral

As USF têm por missão garantir a acessibilidade, continuidade e globalidade da prestação de cuidados de saúde personalizados à população.

“O modelo das USF assenta nos princípios da conciliação, cooperação, solidariedade, autonomia, responsabilidade, articulação, avaliação e gestão participativa. Acreditamos que a sua implementação constitui uma das reformas mais bem sucedidas das últimas décadas em Portugal e que é possível a exportação do modelo para outras áreas sociais, permitindo uma reestruturação generalizada dos serviços públicos em Portugal, com ganhos para a administração pública e para todos os cidadãos.” (Amorim, 2013)

2.2 – Caracterização dos recursos materiais e humanos

A USF Salus foi inaugurada a 30 de Abril de 2009 e é constituída por uma equipa multidisciplinar da qual fazem parte oito médicos de clínica geral e familiar, oito enfermeiros (neste momento apenas sete) e seis assistentes técnicos.

Relativamente à estrutura física, apresenta-se renovada. À entrada encontra-se uma sala de espera de dimensões e número de cadeiras apropriadas. Este compartimento é detentor de plasma (onde é apresentada a chamada dos utentes) e várias revistas, como elementos distrativos, enquanto se aguarda a consulta. De salientar os cartazes e folhetos informativos, abordando as mais diversas temáticas, que constituem uma mais-valia da unidade de saúde. Como tal, há também um balcão administrativo e casa de banho para os utentes. Em seguida, existe um corredor, à esquerda desse, apresenta-se a sala de tratamentos para pensos e a sala de tratamentos para injetáveis. Ao fundo, existem três gabinetes destinados à Saúde infantil, Saúde Materna e Planeamento Familiar. Na ala direita situa-se uma sala para vacinação, o gabinete de apoio a diabéticos e hipertensos, a sala de sujios, vestiários e casa de banho do pessoal do

serviço. Todos os gabinetes possuem um computador onde podem ser registados os cuidados prestados e informações relevantes.

O acesso ao piso superior pode ser feito através de escadas ou elevadores. Neste piso encontram-se oito gabinetes médicos, uma biblioteca, outra casa de banho para utentes e uma copa.

Além de todo o equipamento necessário à prestação de cuidados, esta unidade dispõe ainda de uma viatura automóvel, utilizada maioritariamente para a prestação de cuidados no domicílio.

2.3 – Descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências

A evolução, nomeadamente na área da saúde, determina novos desafios aos profissionais, quer na prestação de cuidados diferenciados, quer na formação contínua destes. De forma a acompanhar esta evolução, a Enfermagem tem contribuído com a formação dos enfermeiros, especialmente do Enfermeiro Especialista.

“Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.” (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

Em Portugal, os cuidados de saúde primários (CSP) constituem-se como a base de acesso do Serviço Nacional de Saúde de que resulta maior equidade e melhor níveis de saúde e satisfação das populações.

A figura do enfermeiro de família tem vindo a ser criada nos sistemas de saúde de vários países da Região Europeia da Organização Mundial de Saúde, reforçando a importância dos contributos da enfermagem para a promoção da saúde e prevenção da doença, nos quais a figura do enfermeiro de família já foi estabelecida, trabalhando em cuidados primários juntamente com os demais profissionais de saúde e baseando-se no conhecimento do paciente no contexto da família e da comunidade. Em Portugal, colocam-se então novos desafios aos enfermeiros dos CSP, pelo reconhecimento da sua contribuição na promoção da saúde individual, familiar e coletiva e pelo seu papel de

referência como gestor de cuidados de enfermagem, potencializando a saúde do indivíduo no contexto familiar.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, fruto do conhecimento adquirido, com base no percurso de formação especializada e na experiência clínica, está habilitado a:

“Participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projectos de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades na consecução de projectos de saúde colectiva.” (Portugal, 2011)

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (OE, 2010), ao profissional de enfermagem são atribuídas competências específicas.

Assim, com a realização deste projeto de intervenção comunitária foram adquiridas e consolidadas as competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária. Tendo como objetivo avaliar o estado de saúde de uma comunidade através do diagnóstico de saúde realizado com todas as intervenções que lhe são inerentes, contribuir para o processo de capacitação de grupos ou comunidades, através das intervenções desenvolvidas, dando resposta às suas necessidades de saúde. Este projeto é também uma mais-valia para a consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

Concluído este projeto consideram-se adquiridas as seguintes competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária:

- Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do plano Nacional de Saúde.

3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

3.1 – Caracterização geral da população/ utentes

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2012-2016, a reorganização dos CSP enfatiza a intervenção local, em rede, com relevância nas Unidades de Saúde Familiar e com particular atenção para os cuidados centrados na família, ao longo das várias fases da vida. A compreensão da estrutura, processos de desenvolvimento e estilo de funcionamento das famílias permitirá a efetivação de uma prática de enfermagem direcionada para a sua capacitação funcional face às exigências e especificidades.

Assistimos, na última década, a um protagonismo crescente da “família” nos estudos, intervenções e políticas de saúde. A problemática da intervenção na família, sendo um objeto privilegiado de investigação em saúde, afirma-se como uma estratégia prioritária de assistência à comunidade, como aliás reconheceu recentemente a OMS.

Os enfermeiros, atores de destaque na prestação de cuidados de saúde, protagonizam na atualidade uma “mudança de patamar” no trabalho com as famílias.

O PNS 2012 – 2016 apela à necessidade de as abordagens de saúde das populações se centrarem no ciclo de vida e na família, principalmente as que visam a promoção da saúde no contexto comunitário. Assim, um dos objetivos delineados para o sistema de saúde é “Promover contextos saudáveis ao longo da vida”, aplicando-se a este projeto as seguintes etapas do ciclo de vida: “Nascer com saúde, gravidez e período neonatal” e “Crescer com segurança, pós-natal até 9 anos”.

“Nascer com Saúde, engloba a saúde da grávida desde a concepção até ao puerpério e a saúde do embrião, feto e recém-nascido até aos 28 dias de vida. A gravidez na adolescência (<20 anos) ou tardia (> 35 anos), está relacionada com nascimentos pré-termo, má progressão ponderal e mortalidade perinatal. Os nascimentos em jovens associam-se a fatores sociais e cuidados de saúde não adequados. As mães com mais idade têm maior prevalência de complicações durante a gravidez como hipertensão e diabetes e, os fetos, maior frequência de anomalias congénitas. As anomalias e os nascimentos pré-termo são as principais causas de morte perinatal na UE. O baixo peso à nascença mantém-se como um dos mais importantes fatores de risco com impacto na saúde a longo termo (EUGLOREH, 2007). Há

evidência de benefícios para a saúde a longo prazo através de intervenções a nível de: Planeamento e acompanhamento da gravidez; Preparação para a parentalidade; Estilos de vida saudáveis da grávida (incluindo prevenção do consumo de álcool e tabaco); Preparação para o parto; Amamentação; Imunização.” (Portugal, 2012)

“Crescer com Segurança, dos 28 dias de vida aos 10 anos, respeita vários períodos críticos: primeiro ano de vida; idade pré-escolar, até aos 6 anos; idade escolar, dos 6 aos 10 anos. A morbilidade e mortalidade nas crianças e jovens é prevenível através de ambientes adequados, habitação segura, nutrição, água potável e estilos de vida saudáveis, bem como serviços acessíveis. Existem sinais de alerta que preveem o reaparecimento de infeções como a tuberculose; o aumento de doenças não transmissíveis, como a asma e as alergias; e uma nova morbilidade devido ao abuso de substâncias ilícitas, lesões e distúrbios mentais. Também o aumento das desigualdades socioeconómicas provoca efeitos adversos na saúde das crianças (OMS/Europa, website, 2011). A morte perinatal é a principal causa da mortalidade infantil e decorre da prematuridade e das malformações congénitas. Os acidentes são a causa de morte mais frequente entre 1 e 14 anos de idade (EUGLOREH, 2007), nomeadamente os rodoviários (39%) e afogamento (14%) (EurReportonChildInjuryPrevention, OMS/Euro, 2008). Há evidência de benefício para a saúde, a longo prazo, através de intervenções a nível de: Promoção das relações parentais; Estilos de vida saudáveis; Prevenção de comportamentos de risco, abuso e violência; Diagnóstico e intervenção precoce; Serviços de saúde adequados à criança. Desenvolve-se no contexto familiar, nas creches e escolas, nos locais de lazer e desporto, nas comunidades e nas instituições de acolhimento.” (Portugal, 2012)

A OMS e a UNICEF recomendam visitas domiciliárias na primeira semana de vida para diminuir a mortalidade e morbilidade dos recém-nascidos. “Esses atendimentos devem ser prestados na forma de um continuum de cuidados que liguem as famílias e as comunidades aos sistemas de saúde”. (OMS/UNICEF, 2009)

No âmbito da vigilância de saúde no pós-parto, salienta-se a importância das consultas de revisão do puerpério e seguintes, com vista à prevenção de doença ginecológica (DGS, 2002). A adaptação sexual no pós-parto é, frequentemente, motivo de preocupação no casal. A “educação” para a maternidade/paternidade consciente passa pelo aconselhamento de métodos contraceptivos seguros, atendendo aos recursos económicos, características socioculturais, bem como ao perfil psicológico do casal. Os cuidados materno-infantis dirigem-se à puérpera e ao recém-nascido e visam a

promoção da saúde e a prevenção da doença, de acordo com orientações da DGS. Tais cuidados tornam-se imprescindíveis para assegurar uma adaptação a esta nova etapa da vida do casal, frequentemente, geradora de stress, sobretudo se se tratar do primeiro filho. As necessidades das famílias que acabaram de ter um filho podem ser colmatadas com recurso a um programa abrangente de cuidados domiciliários no puerpério. (Bobak 1999)

O concelho de Évora, onde se encontra localizada a USF Salus, tinha segundo os últimos dados demográficos disponíveis que dizem respeito ao ano de 2011, um total de 56.596 habitantes (Pordata, 2011). Em seguida encontra-se um quadro referente à população residente no concelho de Évora.

Quadro 1. - População residente no concelho de Évora

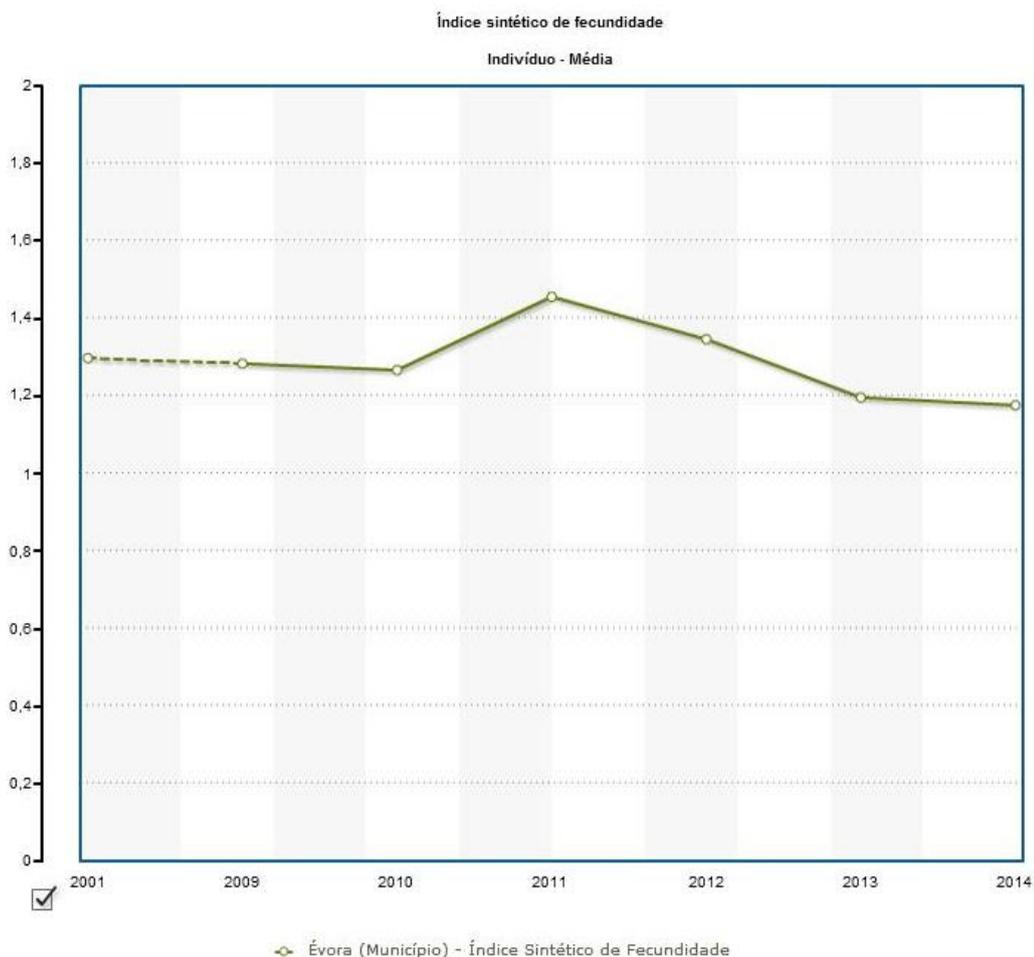
Zona Geográfica	População residente		
	Total	H	M
Évora	56596	26831	29765
Nossa Senhora da Boa Fé	322	156	166
Nossa Senhora da Graça do Divor	486	228	258
Nossa Senhora de Machede	1123	556	567
Nossa Senhora da Tourega	686	342	344
Évora (Santo Antão)	1323	585	738
São Bento do Mato	1151	564	587
Évora (São Mamede)	1724	695	1029
São Manços	938	462	476
São Miguel de Machede	794	394	400
São Vicente do Pigeiro	364	181	183
Torre de Coelheiros	715	353	362
São Sebastião da Giesteira	760	381	379
Canaviais	3442	1692	1750
Nossa Senhora de Guadalupe	465	219	246
Bacelo	9309	4536	4773
Horta das Figueiras	10006	4799	5207
Malagueira	12373	5833	6540
Sé e São Pedro	1691	710	981
Senhora da Saúde	8924	4145	4779

Fonte: Censos 2011 em www.ine.pt

O concelho de Évora, capital do distrito, é o maior concelho em termos de área, ocupando um total de 1306,3 km² e possuindo 19 freguesias. Estas encontram-se divididas em freguesias urbanas e freguesias rurais, sendo 7 as freguesias com um cariz urbano e 12 as freguesias com um cariz rural (Figura representativa da área geográfica do concelho de Évora no capítulo anterior).

Segundo dados do instituto nacional de estatística (INE) e PORDATA, última atualização a 26-06-2015, o índice sintético da fecundidade no Município de Évora encontra-se no gráfico seguinte:

Gráfico 1. - Índice sintético da fecundidade no Município de Évora



Fonte: www.pordata.pt

A USF Salus é responsável pela prestação de cuidados de saúde a toda a população por ela abrangida, garantindo a continuidade desses mesmos cuidados. De acordo com o programa informático *mimuf*, consultado a 30/04/2015, existem nesta unidade um n.º total de 13 935 utentes inscritos. Esta unidade abrange duas extensões do concelho de Évora, N.ª Sr.ª da Graça do Divor e Azaruja. No momento de implementação do projeto, a USF tinha cerca de 40 grávidas inscritas no programa de Saúde Materna.

Durante o desenvolvimento do projeto, na consulta de vigilância de saúde materna, foram acompanhadas o maior número de grávidas inscritas na USF, tendo a visita domiciliária, realizada pela mestranda, incidido sobre 5 puérperas.

As 5 puérperas, alvo da VD, tinham idades compreendidas entre os 21 e os 37 anos, todas de nacionalidade portuguesa, 3 são casadas, 2 vivem em união de facto, sendo que uma delas além do companheiro mora também com a sua mãe. A data do parto ocorreu entre 30/10 e 17/11, 4 são primíparas (1.^a gravidez) e apenas uma múltipara (6.^a gravidez, 5.º filho), todas gravidezes planeadas, exceto 1 que não foi planeada. Os partos foram 3 cesarianas, 1 eutócico e 1 distócico.

As gravidezes variaram entre as 38 e as 41 semanas e todas elas sem complicações.

A população-alvo deste projeto foram as grávidas e puérperas, no entanto, como a necessidade foi referida pelos enfermeiros, também eles foram envolvidos em todo o processo.

3.2 – Cuidados e necessidades específicas da população alvo

Um elemento essencial na promoção da saúde é a educação para a saúde que consiste numa intervenção dirigida aos indivíduos, com o intuito de modificar os seus comportamentos, para que estes adquiram e mantenham hábitos saudáveis, que os capacitem para tomar decisões, tendo em vista a melhoria do seu estado de saúde. (Carta de Ottawa, 1986)

“A educação para a saúde é um componente vital da enfermagem porque a promoção, manutenção e recuperação da saúde assentam na compreensão, por parte do cliente, dos temas relacionados com os cuidados de saúde.” (Stanhope, 2008: 328)

Com base no inquérito aplicado aos enfermeiros foi possível identificar alguns problemas, nomeadamente:

- Receção demorada da “Notícia de Nascimento”;
- Grávidas não vigiadas na USF, apenas no privado;
- Ausência de protocolo/guião orientador para a Visita Domiciliária no Puerpério

Perante os problemas evidenciados e, não sendo possível dar resposta a todos, foram definidas prioridades e seleccionado um dos problemas – ausência de protocolo/guião orientador para a Visita Domiciliária no Puerpério. Na seleção deste problema foram tidas em conta as orientações da DGS que apontam para a importância de “*desenvolver os meios que possibilitem a **visitação domiciliária**, essencialmente pelo enfermeiro, pois esse é um elemento fundamental da vigilância e da promoção de saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade*” (DGS, 2002)

Considerando as puérperas visitadas, pela mestranda, a sua vigilância de gravidez foi feita quer na USF Salus, quer no privado, exceto uma que unicamente foi seguida na USF. Em relação à preparação para o parto, apenas 2 tiveram este tipo de apoio no privado. A USF não dispõe deste programa, pois na equipa de enfermagem nenhum dos elementos possui especialidade de Saúde Materna. Além do apoio prestado pela USF, durante esta nova fase, consideraram que quem lhes prestou mais apoio foi a família, nomeadamente o marido/companheiro.

O nascimento do bebé acarreta sempre um processo de mudança na família, no entanto, nesta nova fase, todas as puérperas afirmaram ser um momento muito feliz.

Relativamente a complicações pós-parto, apenas duas (2) mulheres o referiram, estando estas relacionadas com a episiorrafia.

Destas puérperas, quatro (4) amamentam, sendo para três (3) a alimentação do RN leite materno exclusivo e para uma (1) leite materno e suplemento. Duas puérperas afirmaram ter sentido dificuldades neste processo.

Nenhuma das puérperas (5) havia sido alvo de visitação domiciliária no puerpério.

3.3 – Estudos sobre programas de intervenção com a população alvo

O nascimento de um filho é uma etapa importante na vida de um casal, e na maioria das situações, um acontecimento esperado e desejado, sendo ímpar no seu percurso existencial. A gravidez é, não só, a gestação biológica de um ser, mas também um período de enormes transformações físicas e emocionais dos futuros pais. Sendo o processo de parentalidade, um desafio num período de mudança e dúvidas na vida do

casal, este necessita do apoio de profissionais de saúde, de forma a poder vivenciá-lo de maneira plena e salutar.

Neste contexto surge reforçado o papel dos profissionais de enfermagem dadas as suas competências específicas enquanto agentes na promoção e educação para a saúde em contexto comunitário.

Através da pesquisa em base de dados constatou-se que a produção de conhecimento sobre a temática é ainda escassa o que é comprovado por Bernardi et al, (2011) que ao desenvolverem uma revisão integrativa sobre o tema identificaram a falta de produção científica.

Durante a conceção deste projeto, foram analisados outros Projetos de Intervenção Comunitária aplicados em todo o país, acerca desta temática, evidenciando a importância das visitas domiciliárias nos cuidados de saúde primários, humanizando a prestação de cuidados à puérpera, RN e/ou família. Os projetos consultados foram os seguintes: *Visita domiciliária à puérpera e ao RN do concelho de Tavira*, Maria José Nunes Santos Marcelino Mendes Pacheco, Beja 2012; *Bem nascer, melhor crescer*, Anabela Monteiro Simões, Beja 2012; *A arte da enfermagem comunitária na transição para a parentalidade*, Vanda Isabel Moreirinha Zacarias, Lisboa 2011; *A necessidade da visita domiciliária de enfermagem no puerpério precoce*, Mónica Isabel farinha Lopes Pereira, Coimbra 2012; *Visita Domiciliária no puerpério*, Maria Ângela Baleizão Serranito, Évora 2013.

O projeto de intervenção comunitária, *Visita domiciliária à puérpera e ao RN do concelho de Tavira*, surge para dar resposta a uma lacuna que emergiu do diagnóstico de saúde das grávidas residentes no concelho de Tavira. Ao implementar a visita domiciliária às puérperas e aos recém-nascidos residentes neste concelho, teve como finalidade promover a parentalidade e o desenvolvimento de competências para a autonomia nos cuidados ao recém-nascido, contribuindo para a melhoria da saúde e bem-estar das puérperas, recém-nascidos e respetivas famílias.

Bem nascer, melhor crescer, é um projeto de intervenção comunitária desenvolvido também no Algarve, neste caso em Porches (Lagoa), e que surgiu do diagnóstico de situação efetuado à população de Porches, bem como da solicitação da educadora do jardim-de-infância que apelou a intervenção. Foram identificados cuidados deficitários às crianças do grupo etário dos 0 aos 6 anos de idade, constituindo este um problema de iliteracia em saúde, nomeadamente em cuidados parentais. Assim, este projeto assentou, essencialmente, na educação para a saúde na área da educação

parental, e teve como objetivo promover a literacia em saúde em cuidados parentais e assim obter ganhos em saúde na área da saúde infantil. Foram realizadas várias sessões de educação parental, dirigidas aos pais / responsáveis legais de crianças dos 0 aos 6 anos de idade, contando com a participação valiosa de várias entidades da comunidade, o que potenciou o envolvimento de todos.

A arte da enfermagem comunitária na transição para a parentalidade, foi um projeto de intervenção comunitária implementado no ACES de Odivelas. Considerando uma etapa importante da vida, que é o nascimento de um filho, e toda a problemática da transição para a parentalidade, constatou-se que seria pertinente a implementação de um projeto de intervenção no pós-parto, em contexto domiciliário, bem como a articulação entre os cuidados de saúde primários e a maternidade.

A necessidade da visita domiciliária de enfermagem no puerpério precoce, foi um estudo qualitativo, desenvolvido entre Agosto e Novembro de 2011, que teve como pergunta orientadora: “Qual a necessidade de cuidados de enfermagem no domicílio das puérperas no puerpério precoce?”. Pretendeu-se conhecer a necessidade de cuidados de enfermagem no domicílio das puérperas no puerpério precoce bem como compreender a importância atribuída pela puérpera a estes cuidados. Participaram quarenta e três puérperas, que após alta hospitalar (do Centro Hospitalar Leiria- Pombal) disponibilizaram-se a relatar a sua experiência no domicílio no puerpério precoce através de uma entrevista semiestruturada. Os resultados evidenciaram que as puérperas sentem necessidade de visita domiciliária de enfermagem devido aos desconfortos físicos do puerpério; às necessidades do recém-nascido e à complexa experiência emocional de adaptação à maternidade, destacando a importância da segurança atribuída a esta visita domiciliária. Assim, concluiu-se que a visita domiciliária de enfermagem, uma vez que permite adequar os cuidados prestados às necessidades da mulher no seu ambiente natural, deve ser uma prática essencial no puerpério precoce.

O projeto *Visita Domiciliária no puerpério*, de Maria Ângela Serranito, foi desenvolvido em Évora no ano de 2013, contextualizado no Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do Hospital do Espírito Santo de Évora, surgiu ao constatar a existência de procura da instituição em dias posteriores à alta. Os grupos-alvo definidos foram as enfermeiras deste serviço e as puérperas, tendo sido elaborada uma Norma de Atuação, uma *Check List* e um documento para comunicação Interinstitucional entre os Cuidados de Saúde Diferenciados e os Cuidados de Saúde Primários, e também foi realizada a visita domiciliária a vinte puérperas. Assim, registaram-se ganhos para as

utentes beneficiárias da intervenção e na presumida aplicação real deste projecto, prevêem-se ganhos tanto para os prestadores em termos individuais como para a instituição, na representatividade que tem para a população da área de abrangência.

3.4 – Recrutamento da população alvo

O nosso projeto incide sobre as grávidas e puérperas da USF Salus, que frequentam as consultas de Saúde Materna na USF, durante os 2., 3.º e 4.º trimestres de 2015, residentes na cidade de Évora, com a data de parto nos meses de Outubro e Novembro de 2015 e que a notícia de nascimento ou a solicitação da visita tenha sido feita atempadamente.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJECTIVOS

O objetivo é um enunciado que aponta claramente para o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo. (Fortin, 1999)

A pertinência deste projeto consubstancia-se no facto de a ausência de visitação domiciliária no puerpério estruturada, constituir uma lacuna na continuidade de cuidados após a alta hospitalar. Tem como finalidade contribuir para a melhoria da saúde e bem-estar das puérperas, recém-nascidos e respetivas famílias, promovendo assim a parentalidade positiva.

Partindo do objetivo geral deste projeto: *“Reorganizar a Consulta de Enfermagem no Puerpério no Domicílio, de forma a promover a parentalidade positiva nos pais com crianças até aos 3 meses de idade, utentes da USF SALUS de  vora, até 2016.”*, foi necessário definir objetivos específicos que se enunciam de seguida.

Com base no diagnóstico de situa o (Junho 2015) foi possível identificar alguns problemas, na popula o em estudo, nomeadamente:

- Rece o demorada da “Notícia de Nascimento”;
- Grávidas não vigiadas na USF, apenas no privado;
- Ausência de protocolo/guião orientador para a Visita Domiciliária no Puerpério

Perante os problemas evidenciados e, não sendo possível dar resposta a todos, foram definidas prioridades e selecionado um dos problemas – ausência de protocolo/guião orientador para a Visita Domiciliária no Puerpério. Na sele o deste problema foram tidas em conta as orienta es da DGS que afirmam ser importante *“desenvolver os meios que possibilitem a **visita o domiciliária**, essencialmente pelo enfermeiro, pois esse   um elemento fundamental da vigilância e da promo o de saúde, em particular nos dias seguintes   alta da maternidade”* (DGS, 2002).

A articula o com os cuidados de saúde diferenciados também   um aspeto a melhorar muito importante neste processo. Como o espaço de tempo   muito limitado para melhorar esta articula o, tem sido importante sensibilizar as grávidas/ pais para que informem, logo que possível, a USF do nascimento do novo elemento familiar.

No processo de Planeamento em Saúde, a sele o de estratégias, constitui uma das etapas mais importantes. Assim sendo, para este projeto foram delineadas e realizadas as seguintes estratégias:

- Promover o envolvimento da equipa de Enfermagem no projeto.

- Participação nas consultas de Saúde Materna, de forma a preparar a visita domiciliária, garantindo aproximação junto da comunidade em transição para a parentalidade.
- Estabelecer um contacto com a grávida, com o intuito de ter um enfermeiro de referência.

Após a elaboração do diagnóstico da situação e eleito o problema sobre o qual é necessário intervir, é então necessário definir objetivos a alcançar, num determinado intervalo de tempo. Os objetivos específicos delineados são os seguintes:

- Conhecer as necessidades da equipa de enfermagem relativamente ao programa de saúde materna e visitação domiciliária no puerpério.
- Implementar um protocolo para o programa de visitação domiciliária no puerpério.
- Aumentar a taxa de visitação domiciliária para 100% até 2020.

O facto de conhecer as necessidades da equipa de enfermagem relativamente ao programa de saúde materna e visitação domiciliária no puerpério foi muito importante para desenhar e desenvolver este projeto, pois “*os objetivos devem ser explicitados em função das transformações previstas*” (Capucha, 2008: 53). Este objetivo foi de extrema importância para a consecução deste projeto na medida em que permitiu conhecer as necessidades específicas, de forma a intervir nas áreas problemáticas.

Assim, após a auscultação das necessidades e intervindo junto da população alvo tornou-se possível a realização e implementação de um protocolo para orientação da referida VD. Na USF Salus o protocolo existente reportava-se apenas à visita domiciliária de um modo geral, pelo que era necessário elaborar um direcionado para a visita domiciliária à puérpera e RN, reorganizando este programa. Um protocolo, ou um guião orientador, quando devidamente elaborado e utilizado, pode ser uma base para sistematizar as intervenções de Enfermagem, adequando a eficiência e segurança da ação à eficácia do resultado. Em Enfermagem é essencial analisar as práticas, refletir sobre elas e indicar os melhores caminhos, assegurando o seu papel nos cuidados de saúde.

Ao definir estes objetivos pretendeu-se melhorar o programa de visitação domiciliária, de forma a prestar cuidados de saúde de qualidade e obtendo um bom nível de satisfação dos utentes abrangidos. Através da monitorização do processo de

contratualização da USF, em que o indicador “Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida” em Outubro de 2015 foi atingido, acreditamos que o objetivo de atingir 100% das VD até 2020 seja alcançado.

Ao longo deste percurso ambicionamos promover a parentalidade responsável junto das famílias.

Nos últimos tempos, o termo Parentalidade tem surgido na nossa sociedade. Ana Paula Relvas (2004) deu ao conceito de parentalidade o significado de relativo à função parental, ou seja “qualidade parental, maternidade ou paternidade”. Assim, o envolvimento parental e a co-parentalidade como as duas principais dimensões na operacionalização do conceito de parentalidade. Os pais devem promover o desenvolvimento dos seus filhos a nível físico, biológico, psicológico e social, desempenhando um conjunto de ações cuidadoras e educativas. Isto designa-se por Parentalidade e é aqui que nós, enquanto profissionais de saúde, temos um papel crucial, na preparação e no apoio prestado às famílias, nesta nova etapa das suas vidas. A promoção da Parentalidade responsável deve iniciar-se logo no Planeamento Familiar, tendo a sua continuidade no acompanhamento da gravidez, sendo aqui muito importante também a preparação para a parentalidade e, posteriormente, após o nascimento ajudando o casal na adaptação à nova etapa.

Neste sentido teria sido de extrema importância que, a USF em questão, pudesse oferecer às grávidas e /ou casais um curso de preparação para a parentalidade, no entanto tal ainda não é possível devido à inexistência de um Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia. Esta lacuna será colmatada mais tarde, aquando a contratação de um novo elemento para a equipa de Enfermagem.

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

5.1 – Metodologias

A metodologia que se utilizou, neste percurso de investigação foi a metodologia do planeamento em saúde, permitindo a identificação criteriosa dos problemas e a intervenção dirigida às necessidades da população.

A metodologia do projeto define o rumo a seguir, através da organização e distribuição das tarefas, ao longo do horizonte temporal em que o projeto decorre.

“O planeamento feito nos Serviços de Saúde pode contribuir para a promoção de um bem, cujo custo é estimável, mas com um valor sem preço.” (Correia de Campos, 1983)

O projeto desenvolvido teve por base as seguintes etapas do planeamento em saúde:

- Diagnóstico da situação;
- Determinação de prioridades;
- Fixação de objetivos;
- Seleção de estratégias;
- Preparação operacional;
- Avaliação

Assim, foram então elaborados e aplicados instrumentos de colheita de dados, que serão apresentados em seguida.

5.1.1. - Instrumentos Utilizados

Tendo em conta os objetivos deste projeto, optou-se pelo questionário como instrumento de colheita de dados. Foram assim elaborados três instrumentos para recolher a informação pertinente, de forma precisa, rápida e sistematizada.

a) Instrumentos de diagnóstico

Questionário - Avaliação da Percepção dos Enfermeiros da USF Salus sobre a Consulta de Enfermagem do Puerpério no Domicílio

Inicialmente foi elaborado um instrumento de colheita de dados, sob a forma de questionário, constituído por 16 questões das quais 5 são de caracterização (questões 1, 2, 3, 4 e 5) e 11 de avaliação acerca da percepção dos Enfermeiros da USF Salus sobre a Consulta de Enfermagem do Puerpério no Domicílio, destas últimas, sete são dicotómicas (questões 6, 9, 10, 11, 13, 14 e 16), uma de escolha múltipla (questão 12), uma tipo likert (questão 7) e duas abertas (questões 8 e 15) (Anexo I).

Perante a unanimidade, dos enfermeiros, acerca da necessidade de organização da visita domiciliária no puerpério, e ainda pelo facto de estes serem os principais intervenientes na prestação de cuidados no domicílio, decidiu-se desenvolver o diagnóstico de situação no qual estes fossem diretamente envolvidos.

Dos 8 enfermeiros da unidade, responderam 7 ao inquérito. Um dos elementos não respondeu porque coincidiu com a sua aposentação de funções de enfermeiro.

Os questionários foram aplicados em Junho de 2015. A sua distribuição foi feita pessoalmente pela mestranda. O preenchimento foi efetuado individualmente, tendo sido os respondentes informados da confidencialidade das respostas.

Para o tratamento e interpretação dos dados recolhidos através das questões abertas procedeu-se à análise de conteúdo.

Para Bardin, (2006) citado por Silva et al (2013), a análise de conteúdo, enquanto método, representa um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens.

Segundo o mesmo autor, esta é organizada pelas seguintes fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A primeira etapa, a pré-análise, é a fase que compreende a organização do material a ser analisado tornando-o operacional, sistematizando as ideias iniciais. Na segunda etapa, a exploração do material é feita a codificação do material, definição de categorias de análise, identificação das unidades de registro e das unidades de contexto nos documentos. A terceira etapa consiste no tratamento dos resultados, inferência e interpretação. (Bardin, 2006 citado por Silva et al, 2013).

b) Instrumentos de avaliação

Questionário às puérperas

No final do projeto e focando-me na avaliação deste, foi construída uma ferramenta que foi aplicada às puérperas sujeitas a VD, como forma de obter a sua opinião sobre a mesma e auscultando assim as suas necessidades, para eventuais ajustamentos na mesma. Assim sendo, elaborámos um questionário de perguntas abertas e fechadas (Anexo II). Este questionário é constituído por questões de caracterização sociodemográfica, questões relativas à gravidez e ao parto e por três dimensões:

- Apoios da Família e recursos da comunidade;
- Alterações das rotinas após o nascimento;
- Perceção da necessidade de cuidados.

Questionário de Pontos Fortes e Fracos do Projeto

Como forma de avaliar globalmente o projeto, após a sua implementação, foi aplicado um questionário aos enfermeiros que participaram na sua operacionalização (Anexo III).

As questões definidas foram de natureza aberta que, como referem Bogdan e Bicklen (1994: 209), capazes de *“revelar maior preocupação pelo processo e significado, e não pelas suas causas e efeitos”*. O instrumento foi composto por 11 questões das quais cinco são de caracterização (questões, 1, 2, 3, 4, e 5), uma questão sobre a motivação relativamente à participação no projeto (questão 6), uma sobre a forma como considera a visita domiciliária no puerpério enquanto estratégia de intervenção (questão 7) e as últimas quatro questões (questões 8, 9, 10 e 11) no sentido de perceber quais as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças ao projeto, com o objetivo final de reajustá-lo, o mais possível, às necessidades da população alvo.

O número de questionários entregues foi o mesmo dos questionários recebidos, o que na relação de questionários entregues para os questionários previstos, corresponde a 100%. A partir dos dados do questionário foi elaborada a matriz SWOT e procedeu-se à sua análise.

5.1.2. – Questões éticas

Para a realização deste trabalho foram tidos em consideração princípios éticos, respeitando e garantindo os direitos daqueles que participaram voluntariamente neste trabalho. Inicialmente foi solicitado um parecer à Comissão de Ética para a Investigação na Área de Saúde Humana e Bem-estar da Universidade de Évora, a sua aprovação encontra-se no Anexo IV. Previamente à recolha dos dados os participantes foram informados do que se pretendia, tendo sido elaborada a descrição sumária do que pretendemos efetuar, dos objetivos, bem como de quem o iria desenvolver. Foi solicitado o consentimento para a sua participação, bem como a aceitação em caso de recusa, garantindo a sua confidencialidade. Foi também solicitada a autorização da Coordenadora da USF onde o projecto foi implementado (Anexo V).

5.2 – Fundamentação das intervenções

Tendo em conta a área de intervenção do projeto, foi definida como estratégia globalizante, a Promoção da Saúde, delineando intervenções ao nível da prevenção da doença e da educação para a saúde, com vista a alcançar os objetivos fixados anteriormente.

A Promoção da Saúde consiste no *“processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar”*. (Carta de Ottawa, 1986)

A saúde deve ser encarada como um *“conceito positivo, que acentua os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas”* (Carta de Ottawa, 1986), logo a promoção da saúde não pode ser encarada como uma responsabilidade única e exclusiva do sector da saúde, dado que exige a colaboração dos indivíduos na adoção de estilos de vida saudáveis. A saúde deve ser *“entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida.”* (Carta de Ottawa, 1986)

A promoção da saúde *“desenvolve-se através da intervenção concreta e efetiva na comunidade, estabelecendo prioridades, tomando decisões, planeando estratégias e implementando-as com vista a atingir melhor saúde”*. (Carta de Ottawa, 1986)

Um elemento essencial na promoção da saúde é a educação para a saúde que consiste numa intervenção dirigida aos indivíduos, com o intuito de modificar os seus comportamentos, para que estes adquiram e mantenham hábitos saudáveis, que os capacitem para tomar decisões, tendo em vista a melhoria do seu estado de saúde. (Carta de Ottawa, 1986)

Em cuidados de saúde primários, a intervenção de enfermagem é determinada pela relação que se estabelece com a comunidade e as suas estruturas básicas, das quais se destaca a família. É na família que se inter-relacionam os ambientes físico, sociocultural e afetivo que vão determinar o bem-estar do indivíduo. Assim, para obtermos ganhos em saúde não podemos considerar o indivíduo isoladamente, mas dentro do contexto em que o mesmo se insere.

Para se realizar a visita domiciliária no pós-parto é necessário fazer um planeamento eficaz da mesma, responsabilidade que cabe a um enfermeiro competente que tenha uma perspetiva completa da família, para além da puérpera e do recém-nascido como foco de atenção. *“Planear consiste em projectar uma mudança, antecipar conceptualmente uma realidade desejável, prever as etapas necessárias de transformação dessa realidade e os caminhos a percorrer pelos agentes, identificar os factores que afectam o processo e os modos como se pode intervir sobre eles, escolher as acções correspondentes e mobilizar os meios necessários para que a mudança desejada ocorra de facto no sentido projectado.”* (Capucha, 2008: 13)

Com vista à conceção do projeto de visitação domiciliária à puérpera e recém-nascido foram desenvolvidas, pela enfermeira gestora do projeto, várias atividades. Perante as várias fases do projeto foi necessário delinear quais as intervenções que deveriam ser aplicadas para que os objetivos traçados fossem alcançados.

1ª Fase – Fase de Diagnóstico

Para a resolução ou minimização de problemas de saúde ou para o aumento da eficiência dos serviços, num projeto é fundamental a concordância entre o diagnóstico e necessidades, determinando a sua pertinência.

➤ Consulta de normas, protocolos e outros instrumentos de informação pertinentes existentes na USF Salus

Para a implementação deste projeto foi primordial o conhecimento da USF onde iria ser aplicado, nomeadamente através da consulta de normas, protocolos e outros instrumentos de informação pertinentes existentes. Na minha opinião, uma boa integração é muito importante para uma boa prestação de cuidados, pois quando estamos bem integrados num serviço e numa equipa sentimo-nos mais confiantes e mais autónomos.

➤ Realização de reunião com a equipa para exposição do projeto e pedido de colaboração

Considerando que uma das etapas de elaboração de um projeto é a análise das necessidades (Menezes, 2007), numa fase inicial realizaram-se reuniões com os elementos da coordenação da unidade e enfermeiros. Emergiu, destas reuniões, a grande necessidade existente na USF, a reorganização do programa de visitação domiciliária à puérpera.

No sentido de possibilitar a reflexão e discussão alargada acerca do tema, foi realizada uma reunião prévia na qual participaram a Dr.^a Rosália Rosado, Coordenadora da USF Salus e a Enf.^a Rosa Relvas, Enfermeira responsável da mesma unidade e supervisora clínica, cujo intuito foi para elucidar acerca do projeto, os objetivos da sua implementação e os resultados esperados relativamente ao programa de VD. Esta reunião decorreu na USF, no gabinete da Dr.^a Rosália, de forma a existirem condições para a discussão do projeto, obtendo-se a sua aprovação.

De modo a criar um ponto de partida e envolver os enfermeiros na tomada de decisão sobre o projeto a desenvolver, após a autorização para o desenvolvimento do mesmo, foi realizada uma reunião com a restante equipa, na sala de reuniões da USF. Nesta reunião participaram todos os elementos da equipa de enfermagem. A realização de uma reunião com a equipa para exposição do projeto foi essencial para obter a sua colaboração e posteriormente conhecermos as necessidades da equipa acerca da temática. Para alcançar o sucesso do projeto foi muito importante envolver e motivar toda a equipa. Assim, posteriormente foi-lhes pedido que respondessem a um inquérito para conhecer a sua opinião sobre o programa de VD no puerpério.

➤ Auscultação das necessidades dos enfermeiros da USF Salus

Sendo a reorganização da visita domiciliária à puérpera uma necessidade inicialmente identificada pelos enfermeiros, tornou-se imperativo conhecer a sua opinião relativamente aos meios disponíveis para a sua realização assim como à forma de operacionalização da mesma.

Como já referido anteriormente, para a auscultação das necessidades foi elaborado e aplicado um inquérito individual. A importância de conhecer a opinião dos enfermeiros prendeu-se com o facto de estes serem os principais intervenientes na prestação de cuidados no domicílio.

Relativamente à caracterização dos sete enfermeiros que responderam aos questionários podemos afirmar que tem uma média de idades de 45 anos, sendo que seis são do sexo feminino e um do sexo masculino. Relativamente às habilitações profissionais, a equipa integra quatro especialistas, dois em enfermagem comunitária.

Quanto às estratégias utilizadas na VD, os sete enfermeiros inquiridos consideram-nas eficazes, uma vez que estas estratégias vão ao encontro das necessidades dos utentes, esclarecendo as suas dúvidas e procurando dar resposta sempre que solicitados.

Como limitações para atingir os objetivos relativos à VD, os enfermeiros enumeraram as seguintes: Receção demorada da “Notícia de Nascimento” e Grávidas não vigiadas na USF, apenas no privado.

Quando questionados se a VD atende às necessidades dos utentes, todos os inquiridos respondem que sim, pela satisfação das utentes da USF que tomam conhecimento do programa.

Na questão acerca dos recursos humanos, seis em sete consideram que estes são suficientes, pois sempre que necessário a visita é realizada por dois enfermeiros da equipa. Um em sete afirma que não se revelam suficientes, pois considera que mais recursos humanos seria facilitador de uma informação mais completa, o processo terapêutico seria mais completo. Também nos recursos materiais, a maioria dos inquiridos (6 em 7) afirma que, até ao momento, estes têm sido suficientes para a realização da visita.

No que diz respeito aos registos disponíveis, os enfermeiros (7 em 7) consideram que os métodos informáticos (S-Clinic) disponíveis permitem dar continuidade à prestação de cuidados. No entanto, nos registos em suporte papel, a maioria (6 em 7) atenta que estes não são suficientes, porque não existe qualquer documento de apoio

para esta visita. O registo em papel é realizado aleatoriamente o que dificulta a recolha de informação.

Na questão “De que forma considera que a visita domiciliária à puérpera e RN pode ser melhorada, na USF Salus?”, os inquiridos mencionaram os seguintes aspetos: melhorar a articulação com os cuidados de saúde diferenciados, de forma a receber a notícia de nascimento atempadamente; que as grávidas, utentes da USF, fossem vigiadas nesta unidade; e por último, tendo um guião para recolha de dados durante a visita.

Por fim, na última questão, apenas um dos sete enfermeiros considerou ter uma sugestão a referir, sugestão esta que consiste na realização de um guião para a recolha de dados à puérpera no domicílio.

Em seguida será apresentada uma tabela resumo com as respostas às questões fechadas do questionário aplicado.

Quadro 2. – Resultado das respostas fechadas do questionário inicial aplicado aos enfermeiros

Pergunta	Sim	Não	Não Responde
Atualmente existe em funcionamento o programa de visita domiciliar no puerpério?	7	0	0
Considera que a Consulta de Enfermagem do Puerpério no domicílio atende às necessidades dos utentes?	7	0	0
Na sua opinião, os recursos humanos necessários para a VD são suficientes?	6	1	0
Considera os recursos materiais disponíveis suficientes para a prestação de cuidados neste programa?	6	1	0
Na sua opinião, os métodos de registo, no S-Clinic, permitem registar os cuidados prestados e dar continuidade aos mesmos?	7	0	0
Na sua opinião, os métodos de registo, em papel, permitem registar os cuidados prestados e dar continuidade aos mesmos?	1	6	0
Tem alguma sugestão que gostaria de referir?	1	5	1

2ª Fase – Fase de Preparação

Após a recolha do máximo de informação possível, a elaboração do diagnóstico da situação e eleito o problema sobre o qual seria necessário intervir, foi então necessário definir os objetivos a alcançar. Uma vez fixados os objetivos, foram selecionadas as estratégias para os alcançar, considerando as estratégias como o *“Conjunto de técnicas específicas, cuja finalidade é permitir alcançar os objetivos definidos, de modo a reduzir o problema e/ou necessidade identificada.”* (Tavares, 1990).

Todas as intervenções foram sendo discutidas ao longo do projeto, com a Orientadora, a Enfermeira responsável e restante equipa de enfermagem de forma a obter os ajustes necessários e a sua aprovação.

Delineadas as estratégias, seguiu-se a especificação detalhada das atividades a realizar, que consiste essencialmente em definir mais pormenorizadamente os resultados a obter com o projeto; preparar uma lista das atividades do projeto e precisar como cada uma dessas atividades deve ser executada; determinar detalhadamente as necessidades em recursos ao longo do tempo e estabelecer um calendário detalhado da execução do projeto (Imperatori & Giraldes). As atividades específicas foram delineadas em função dos objetivos, de forma a evitar o desperdício de recursos e discutidas entre todos os intervenientes.

➤ Discussão e Consensualização do plano de intervenção com a equipa de enfermagem

Na sequência do diagnóstico, os resultados deste foram apresentados, em reunião, aos enfermeiros. Estes reviram-se nos resultados e foram unânimes relativamente à necessidade da VD no puerpério.

Foram ainda validados os problemas principais e aberta a reflexão sobre o plano de ação a implementar.

Como esperado, a apresentação e a validação dos resultados obtidos potenciaram a reflexão sobre o tema, confirmando com os enfermeiros da unidade a intenção e necessidade de mudança das práticas no que concerne à VD. Foram ainda discutidos os

aspectos a serem inovados e as estratégias a implementar no sentido da efetivação da mudança.

Posteriormente deu-se início à 3ª fase do projeto, referente à implementação das ações planejadas.

3ª Fase – Fase de Intervenção

➤ Participação nas consultas de enfermagem de Saúde Materna

Durante a gravidez, o enfermeiro assume também um papel essencial na prestação de cuidados à mulher neste período pré-natal “*de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.*” (Ordem dos Enfermeiros, 2015:13)

A Saúde da Mulher e a Saúde do Recém-nascido estão previstas no compromisso assistencial da carteira básica de serviços para a USF. Assim, esta unidade estabelece um programa de vigilância pré-natal, considerando a nova função de pais e oferecendo um aconselhamento direcionado para aspetos que condicionem o estado de saúde e o desenvolvimento do binómio família/recém-nascido (RN) tranquilo.

De acordo com o guião orientador das consultas de Saúde Materna, existente na USF Salus, os cuidados de saúde prestados à utente grávida e puérpera têm como objetivo:

- *Avaliar o bem-estar materno e fetal através de parâmetros clínicos e laboratoriais criteriosos;*
- *Detetar precocemente fatores de risco que possam afetar a evolução da gravidez e o bem-estar fetal e orientar corretamente cada situação;*
- *Detetar e tratar complicações decorrentes da gravidez e do parto;*
- *Orientar e estabelecer uma contraceção eficaz e adequada;*
- *Orientar, apoiar e reforçar o processo de adaptação à parentalidade e o retorno à sexualidade ativa;*
- *Promover a educação para a saúde.*

Considerando ainda este guião, o plano de vigilância pré-natal engloba: consulta pré conceção; primeira consulta de gravidez o mais precoce possível; consultas seguintes com intervalos de 4 a 6 semanas (até à 38.ª); referenciação hospitalar

conforme protocolo HESE-EPE; consulta de revisão de puerpério (até 42 dias após o parto).

O papel do enfermeiro neste programa consiste na avaliação periódica da utente grávida, educação para a saúde tendo em consideração a idade gestacional e puerpério e, finalmente, efetuar os devidos registos, nomeadamente no programa informático S'Clínico.

Neste período de mudança, incertezas, dúvidas, receios e desejo de que tudo corra o mais linearmente possível para o novo membro da família, o acompanhamento e cuidados prestados por profissionais de saúde é fundamental.

Ao longo de todo este percurso, a meu ver, foi sempre muito importante a minha participação nas consultas de enfermagem de saúde materna, estabelecendo e mantendo uma relação com as grávidas e família, sensibilizando-as para a visita domiciliária no puerpério.

➤ Divulgação da VD

Além da participação nas consultas de enfermagem de saúde materna, como forma de divulgação da Visita Domiciliária no puerpério, elaborei um panfleto sobre a visita do qual constam todas as informações pertinentes, para que após o seu regresso a casa, pudessem agendar a VD. Esta divulgação torna-se importante, na medida em que, a receção tardia das notícias de nascimento é um dos problemas deste programa de VD (Anexo VI).

➤ Elaboração de um guião para avaliação da puérpera no domicílio

Tendo sido identificada a inexistência de um guião para a recolha de dados à puérpera no domicílio era necessário dar resposta a esta necessidade.

Elaborei assim um guião, em suporte de papel, como instrumento de apoio à prática dos cuidados de enfermagem à puérpera no domicílio (Anexo VII). Este instrumento permite a avaliação da puérpera no domicílio, o que para além de nos facilitar a abordagem das várias temáticas na VD, posteriormente facilita-nos os registos no programa informático.

O guião foi elaborado apenas para a puérpera, pois para o RN já existe um elaborado por uma colega que se encontrava a frequentar a Especialidade de Saúde

Infantil. Este guião foi apresentado a toda a equipa de forma a obter consensualização do mesmo.

O guião encontra-se dividido essencialmente em Identificação da puérpera; História obstétrica; Avaliação física e Avaliação psicológica.

Na identificação da puérpera constam os seguintes tópicos: nome, data de nascimento, idade, estado civil, profissão, morada e morada de visita (se diferente), contactos telefónicos e qual o médico de família.

Quanto à história obstétrica foi dividida em gravidez, parto e pós-parto. É importante conhecer o índice obstétrico, se a gravidez foi vigiada e/ou planeada, se frequentou algum curso de preparação para o nascimento e outras observações que sejam necessárias. No que diz respeito ao parto pretendemos registar a data, local, tipo, idade gestacional, bem como se existiram ou não complicações. No pós-parto, além da data da alta hospitalar, também registamos as complicações. Consideramos também importante registar se o plano de vacinação se encontra cumprido.

Para avaliação física englobámos sinais vitais, aspeto geral, pele e mucosas, mamas, útero e sutura, eliminação intestinal e vesical, bem como avaliação de edemas ou varizes nos MI's, data e local da revisão do parto e a contraceção.

Por fim, a avaliação psicológica engloba o estado psicológico, existência de apoio da psicologia, vinculação com o RN, autonomia face ao RN e o apoio familiar.

➤ Elaboração do protocolo da visita domiciliária à puérpera/RN/família

No decorrer no ensino clínico, e sempre que possível, participei com a restante equipa de enfermagem no agendamento, planeamento e realização de visitas domiciliárias. Esta atividade era de extrema importância para alcançar os objetivos inicialmente definidos, com o objetivo de promover uma maior e melhor monitorização do programa e incentivar todos os profissionais para uma adequada prestação de cuidados e a uniformização de registos da mesma.

Após a realização de algumas destas visitas foi possível a elaboração de um protocolo/norma sobre a VD no Puerpério, de forma a colmatar uma lacuna existente na USF. Este protocolo foi apresentado e discutido com toda a equipa, de forma a obter sugestões de aperfeiçoamento e posterior aprovação (anexo VIII).

➤ Educação para a Saúde à puérpera

O atual modelo de assistência à puérpera, desde o internamento em ambiente hospitalar após o parto até à permanência no domicílio, enfatiza, como fundamental, os aspetos educativos voltados para o desenvolvimento das habilidades maternas com a finalidade de preparar a mulher para cuidar do seu filho, responsabilizando-a por esse cuidado.

De acordo com Redman (2003), neste novo sistema de saúde, espera-se que os indivíduos cuidem mais de si próprios, contudo, os recursos de ensino para assegurar que eles e as suas famílias sejam competentes e tenham confiança para o fazer, não têm sido assegurados.

Pelo exposto, como atividade promotora de saúde, ao longo do projeto, quer nas consultas de enfermagem de saúde materna, quer posteriormente na visita domiciliária foram realizados ensinamentos adequados às necessidades de cada utente.

Inicialmente havia sido delineada também uma atividade que passaria pela “Elaboração de panfletos sobre as temáticas: Vigilância de saúde Infantil, Promoção do aleitamento materno, Vacinação, Planeamento familiar e Contraceção no pós-parto”. No entanto, dado o curto espaço de tempo para aplicação do projeto, houve também a necessidade de estabelecer prioridades, tendo esta atividade sido eliminada, uma vez que existem na USF panfletos sobre as várias temáticas.

4ª Fase – Fase de avaliação

As atividades de avaliação encontram-se descritas no ponto 6.3 (avaliação da implementação do programa).

5.3 – Estratégias acionadas

É fundamental um bom planeamento, para assim definir quais as melhores estratégias de intervenção, de modo a atingir os resultados pretendidos. Como tal, a seleção de estratégias corresponde a uma das etapas do planeamento em saúde. Segundo Tavares (1990) esta fase é crucial, uma vez que permite escolher um conjunto de técnicas com o fim de atingir determinado objetivo.

Para a consecução deste projeto e com a finalidade de alcançar os objetivos definidos, foram estabelecidas as seguintes estratégias:

- Promover o envolvimento da equipa de Enfermagem no projeto.
- Participação nas consultas de Saúde Materna, de forma a preparar a visita domiciliária, garantindo aproximação junto da comunidade em transição para a parentalidade.
- Estabelecer um contacto com a grávida, com o intuito de ter um enfermeiro de referência.

5.4 – Recursos materiais e humanos disponíveis

Para a concretização deste projeto foi necessário fazer uma estimativa e optimização dos recursos necessários para a sua implementação. De facto, no planeamento em saúde é extremamente importante definir e combinar os recursos humanos, materiais e financeiros (Imperatori & Giraldes, 1982).

Em seguida, procede-se à descrição dos recursos considerados necessários à consecução deste projeto.

Como recursos humanos são consideradas entidades/pessoas envolvidas de um projeto, as pessoas ou organizações que estão activamente envolvidas no projeto, ou que podem ser afetados pela execução do mesmo. Neste projeto as pessoas envolvidas foram as seguintes:

- Elementos da equipa de enfermagem da USF Salus.
- Elementos da equipa multidisciplinar da USF Salus que intervêm na prestação de cuidados da grávida, puérpera, RN e família.
- Coordenador da USF Salus.
- Utentes inscritos na USF Salus em situação de transição para a parentalidade.
- Mestranda.

Temos como recursos materiais:

- Computador, impressora, toner, papel, canetas;
- Balança para adulto e para bebé, lancetas, máquina para BMT, tiras para avaliação de glicémia capilar, esfigmomanómetro, estetoscópio, compressas, luvas descartáveis, pensos rápidos;

- Viatura automóvel;
- Gabinete de enfermagem;
- Sala de reuniões da USF Salus.

5.5 – Contactos a desenvolver e entidades envolvidas

Foram realizadas reuniões com a equipa de Enfermagem da USF e com a Coordenadora da USF, a Dr.^a Rosália, para obter autorização para a implementação do projeto e a sua colaboração.

Para a realização deste projeto, foi sendo feito apelo aos delegados de informação médica para a cedência de material, nomeadamente para construir os nossos kits de oferta na primeira visita.

5.6 – Descrição do orçamento

Em qualquer projeto é fundamental a existência de uma equipa de trabalho, de equipamento, de apoio logístico e administrativo.

O orçamento deste projeto encontra-se no quadro seguinte.

Quadro 3. – Orçamento do projeto

Recurso	Especificação	Custo
Material de Apoio	Fotocopias	116.6€
	Toner para Impressora	39.99€
	Papel A4	7.18€
Material de Consumo	Electricidade, Internet	50€
Humanos	Enfermeiros	2 653.56
Combustível	Deslocações	250,00€
	Custo Total:	5 770.89

5.7 – Cronograma

De forma a facilitar a organização das atividades anteriormente descritas foi elaborado um cronograma de atividades.

Os cronogramas de atividades são gráficos bidimensionais que relacionam o horizonte temporal em que decorre o projeto com as atividades que o integram. Permitem “visualizar conjuntamente as diferentes tarefas ou actividades que integram o projecto, informando-nos na fase preparativa, da acumulação ou distribuição de tarefas em determinados períodos, e durante a execução, do atraso e do avanço existente na realização”. (Imperatori& Giraldes, 1982, p.121)

Quadro 4. – Cronograma

Atividades/ Intervenções planeadas	Abril	Maio	Junho	Julho	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan. 2016
Meses 2015/2016									
Pesquisa Bibliográfica									
Consulta de normas, protocolos e outros instrumentos de informação pertinentes existentes na USF Salus									
Realização de uma reunião com a equipa para exposição do projeto e pedido de colaboração									
Auscultação das necessidades dos enfermeiros da USF Salus									
Planeamento das intervenções									
Discussão do plano de intervenção com a equipa multidisciplinar									
Consensualização do plano de intervenção com a equipa									
Elaboração do protocolo da visita									
Execução das actividades propostas									
Inquérito de opinião da púérpera									
Análise dos resultados									
Elaboração do Relatório final									

6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

A avaliação é uma etapa fundamental dos projetos, permitindo-nos refletir sobre a viabilidade e os ganhos alcançados por este, nomeadamente em intervenção comunitária para que possamos determinar o impacto das intervenções realizadas.

“(...) a avaliação é o principal instrumento de apoio à replicação e reprodução alargada das boas práticas, porque permite compreender tanto os sucessos como os insucessos das acções desenvolvidas.” (Capucha, 2008: 45)

6.1 – Avaliação dos objetivos

O processo de avaliação será conduzido ao longo de todo o projeto, através de um acompanhamento sistemático das ações desenvolvidas nas diferentes fases de implementação do mesmo.

Para avaliar o primeiro objetivo traçado, **Conhecer as necessidades da equipa de enfermagem relativamente ao programa de visitação domiciliária no puerpério**, foi tido em consideração o número de questionários respondidos/ número de enfermeiros da unidade. A avaliação das intervenções foi positiva, dos 8 questionários aplicados, foram respondidos 7, faltou apenas um devido à aposentação de um elemento da equipa de enfermagem. O objetivo foi atingido na medida em que se conseguiu identificar as necessidades sentidas pelos enfermeiros.

O segundo objetivo, **Implementar um protocolo para o programa de visitação domiciliária no puerpério**, também foi atingido, tendo o protocolo sido discutido e aprovado com a equipa.

Por fim, considerando o último objectivo, **Aumentar a taxa de visitação domiciliária para 100% até 2020**, acredita-se que também será alcançado. Até ao momento, observou-se um aumento, sendo este facto comprovado através da monitorização do processo de contratualização da USF, em que o indicador “Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida” em Outubro de 2015 foi atingido. Para tal, contribuiu bastante a participação nas consultas de saúde materna.

6.2 – Descrição dos momentos de avaliação e medidas corretivas introduzidas

Na implementação de um projecto é essencial a existência de momentos de avaliação e a aplicação de medidas corretivas, para assim alcançar os objetivos estabelecidos.

Ao longo deste projeto surgiu a necessidade de efetuar alterações e reajustes ao que foi delineado inicialmente, devido aos vários momentos de reflexão sobre as intervenções realizadas e a forma mais eficaz de as realizar de modo a obter uma maior participação da população-alvo. Assim, para obter a opinião das puérperas sobre este projeto e o programa de visitação domiciliária no puerpério, inicialmente havia sido proposto a realiza o de entrevistas às puérperas visitadas. Contudo, tendo em conta a sua disponibilidade, principalmente nesta nova fase da sua vida, houve necessidade de aplicar um questionário de resposta aberta e fechada, uma vez que implicaria que despendessem de menos tempo.

“A utiliza o de questionários para aferir a opinião dos intervenientes e dos destinatários acerca dos efeitos e contributos dos projectos para a resolu o dos problemas identificados   um contributo para uma aproxima o   eficácia.” (Capucha, 2008: 44)

6.3 – Avalia o da implementa o do programa

Este projecto foi ao encontro das necessidades sentidas pela equipa multidisciplinar da USF Salus. Ao apresentar o projeto, este foi aceite e privilegiado pela equipa, uma vez que a sua pertinência consubstanciou-se no facto da ausência de visita o domiciliária no puerpério na USF Salus constituir uma lacuna na continuidade de cuidados após a alta hospitalar. Teve ainda como finalidade promover e contribuir para a melhoria da saúde e bem-estar das puérperas, recém-nascidos e respetivas famílias.

Das várias fases que compõem o projeto, a avalia o   a que leva a concluir se os objetivos foram ou não alcançados. Como referido anteriormente, para esta avalia o

foram elaborados dois instrumentos. Considerando que, quem “levantou” esta necessidade de projeto foi a equipa de enfermagem da USF Salus, concluímos que também seria importante obter a sua opinião sobre a aplicação do mesmo. Deste modo, elaborámos um inquérito de perguntas abertas e fechadas que foi entregue pela mestranda a todos os sete elementos da equipa.

Finalmente, e focando-me na avaliação deste projeto, foi construído um inquérito para ser aplicado às puérperas sujeitas a VD, como forma de obter a sua opinião sobre a mesma e auscultando assim as suas necessidades, para eventuais ajustamentos na mesma.

Avaliação da VD na perspetiva da puérpera

Neste aspecto tivemos em consideração essencialmente dois pontos do inquérito: percepção das necessidades de cuidados e sugestões.

Aquando da visita domiciliária às puérperas, os RN tinham entre 5 a 8 dias de vida, tendo elas afirmado que a visita domiciliária deveria ser realizada logo durante a primeira semana de regresso a casa, o mais cedo possível. Todas afirmaram que, tendo em conta a nova fase da sua vida, a visita foi importante. Quanto ao número de visitas, 3 assinalaram que deveria ser apenas uma, tendo as restantes considerado que deveriam ser 2, 3 ou mais. No que diz respeito ao grau de satisfação com as orientações (esclarecimentos) que lhe foram dados pelos enfermeiros, todos consideraram “*Muito Satisfeita*”.

Quando questionadas se numa próxima gravidez continuariam a recorrer à USF Salus para a vigilância da gravidez todas afirmaram que sim, ficaram satisfeitas com o apoio e prestação de cuidados oferecidos pela USF.

Numa próxima gravidez também responderam que continuariam a desejar esta VD e consideraram como importantes a abordar, os seguintes temas: amamentação/alimentação do RN, cuidados com as mamas, cuidados com o períneo e sutura, cuidados ao bebé.

Por fim, nas sugestões apenas uma mencionou o facto de se realizar mais do que uma VD.

Avaliação do projeto na perspectiva dos enfermeiros

Para a auscultação da opinião da equipa de enfermagem foram elaborados questionários, maioritariamente de resposta aberta. Estes foram entregues pessoalmente pela mestranda. O número de questionários entregues, foi o mesmo dos questionários recebidos, o que na relação de questionários entregues para os questionários previstos, corresponde a 100%. Para a análise das respostas recorreu-se a uma grelha de análise SWOT (Strengths (pontos fortes), Weaknesses (pontos fracos), Oportunities (oportunidades) e Treats (ameaças)). A matriz, em termos de análise e interpretação de dados, é passível de traçar indicadores de avaliação e definir estratégias para projetos futuros (Caldeira, 2015).

Relativamente à caracterização dos sete enfermeiros que responderam aos questionários podemos afirmar que tem uma média de idades de 45 anos, sendo que seis são do sexo feminino e um do sexo masculino. Relativamente às habilitações profissionais, a equipa integra quatro especialistas, dois em enfermagem comunitária, um em saúde mental e psiquiatria e outro em enfermagem médico-cirúrgica. Toda a equipa exerce funções na USF desde o seu início, há 7 anos.

Quando questionados acerca da sua participação no projecto, todos confirmaram que se sentiram motivados para participar.

Todos consideraram que a visita domiciliária no puerpério é uma estratégia vantajosa na área da promoção da saúde do recém-nascido, puérpera/família sendo muito eficaz.

Relativamente aos pontos fortes do projeto, centram-se essencialmente na satisfação dos utentes; melhor conhecimento da família e ambiente familiar, possibilitando um tratamento personalizado à família, envolvendo-a, sendo mais fácil avaliar o apego ao RN; comodidade para a puérpera, RN e família e a aceitação do projecto, estando este bem estruturado.

Nenhum enfermeiro mencionou fraquezas ou aspetos negativos no projecto.

Na análise das dinâmicas externas foram identificadas as oportunidades, aspetos da envolvente que podem ser aproveitados e potenciados, e as ameaças, aspetos da envolvente que podem vir a dificultar a prossecução dos objetivos.

Em relação aos aspectos da envolvente que podem ser aproveitados e potenciados mencionaram a divulgação do projecto, considerar parceiros-chave e essencialmente a integração de um Enf.º Especialista em Saúde Materna na USF.

A recepção tardia das notícias de nascimento e falta de ligação entre o Serviço de Obstetrícia e a USF foram os aspectos que todos reconheceram que puderam dificultar a prossecução dos objectivos.

A análise SWOT feita aos inquéritos aplicados apresenta-se no quadro seguinte.

Quadro 5. - Matriz de Análise SWOT

	Forças (aspetos positivos no contexto, objetivos e resultados alcançados)	Fraquezas (aspetos negativos, objetivos não atingidos, bloqueios e dinâmicas de resistência à mudança)
Dinâmicas internas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Satisfação dos utentes ✓ Tratamento personalizado à família ✓ Envolvimento da família ✓ Monitorização/Avaliação de apego ao RN ✓ Aceitação do projeto ✓ Comodidade para a puérpera, RN e família ✓ Conhecer a família e o ambiente familiar ✓ Projeto bem estruturado 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Não foram mencionadas
	Oportunidades (aspetos da envolvente que podem ser aproveitados e potenciados)	Ameaças (aspetos da envolvente que podem vir a dificultar a prossecução dos objetivos)
Dinâmicas externas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Divulgação do projeto ✓ Considerar parceiros-chave ✓ Integração de um Enf.º Especialista em Saúde Materna na USF 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Receção tardia das notícias de nascimento ✓ Falta de ligação entre o Serviço de Obstetrícia e a USF

Em seguida, foram inquiridos sobre a importância deste projeto, sendo que todos o consideraram importante, justificando-o:

- *“Porque era uma área que precisava ser valorizada.”;*
- *“Melhora a relação terapêutica entre Enfermeiro e Família.”;*
- *“Veio colmatar uma lacuna no serviço.”;*
- *“Ajudou a organizar a VD, a recolher os dados e assim os registos e atingir os indicadores contratualizados.”;*
- *“Particulariza e fomenta um envolvimento relacional com o enfermeiro e a família.”*
- *“Atingir os indicadores.”*

Finalmente, foi solicitado que todos mencionassem sugestões, tendo apenas 6 dos 7 respondido. A sugestão foi comum, nomeadamente melhorar a articulação entre o Hospital e os Cuidados de Saúde Primários.

7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, fruto do conhecimento adquirido, com base no percurso de formação especializada e na experiência clínica, está habilitado a:

“Participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projectos de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades na consecução de projectos de saúde colectiva.” (Portugal, 2011)

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (OE, 2010), ao profissional de enfermagem são atribuídas competências específicas.

Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade:

- Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade;
- Estabelece prioridades em saúde de uma comunidade;
- Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas;
- Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados;
- Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.

De acordo com esta competência, definida pela Ordem dos Enfermeiros, a sua consecução envolve todo o processo de planeamento nas suas variadas etapas.

A metodologia seguida foi a de projeto, que define o rumo a seguir, através da organização e distribuição das tarefas, ao longo do horizonte temporal em que o projeto decorre.

Para a implementação deste projeto foram mobilizados os conhecimentos em planeamento em saúde, utilizaram-se técnicas de diagnóstico de situação de forma a estabelecer prioridades e definir as intervenções.

Foram definidos os objetivos e posteriormente delineadas as intervenções.

Uma vez fixados os objetivos, delineadas as estratégias, surge a fase de execução do projeto que consiste na especificação detalhada das atividades. A elaboração do plano de atividades permitir congrega de forma sintética todas as tarefas essenciais para a execução do projeto.

A etapa final consistiu na avaliação das atividades desenvolvidas bem como da implementação deste projeto.

Perante o anteriormente descrito, considera-se que esta competência foi alcançada.

Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades:

- Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania;
- Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação, e ciências humanas e sociais;
- Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade.

Ao longo dos tempos, tem-se verificado uma reflexão sobre a autonomia da pessoa alvo de cuidados, integrando-a no planeamento dos cuidados que lhe são prestados. Surge assim a mudança de “poder”, que até aqui havia sido centrado nos profissionais de saúde. Assim, surge o conceito de “empowerment”, em Português empoderamento, que nos remete ao estabelecimento de uma parceria para planeamento e prestação de cuidados, por parte dos profissionais de saúde.

Também neste projeto este aspeto foi tido em consideração, tentou-se criar uma parceria quer com os utentes quer com a equipa de enfermagem, para alcançar o objetivo comum, considerando assim que foi adquirida a unidade de competência “*Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projectos de saúde e ao exercício da cidadania*” (Diário da República, 2.ª série, N.º 35, 2011).

A participação nas consultas de Saúde Materna e posteriormente a visita domiciliária permitiu a proteção e promoção da saúde, tendo em consideração os diagnósticos realizados anteriormente.

As reuniões realizadas com a equipa de enfermagem foram uma mais-valia, possibilitando a discussão, avaliação e redefinição das estratégias e intervenções a implementar para o alcance dos objetivos propostos. Um contributo importante na aquisição de competências, no processo de capacitação da população alvo, foi a mobilização de conhecimentos da formação académica e profissional.

A criação de um folheto informativo, sobre a realização desta visita domiciliária, e a sua distribuição nas consultas de Saúde Materna, disponibilizando-os também na sala de espera da USF, foi relevante para a propagação da informação. Compete, também, ao profissional de saúde a deteção das necessidades informativas e determinar qual a forma mais adequada de disponibilizá-la e fazer a sua gestão.

Assim, com a implementação deste projeto, mais uma competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária foi adquirida.

Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do plano Nacional de Saúde:

- Participa na coordenação, promoção implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2012-2016, a reorganização dos CSP enfatiza a intervenção local, em rede, com relevância nas Unidades de Saúde Familiar (USF) e com particular atenção para os cuidados centrados na família, ao longo das várias fases da vida.

O PNS 2012 – 2016 faz também um apelo à necessidade de as abordagens de saúde das populações se centrarem no ciclo de vida e na família, principalmente as que visam a promoção da saúde no contexto comunitário. Assim, um dos objetivos delineados para o sistema de saúde é “Promover contextos saudáveis ao longo da vida”, aplicando-se a este projeto as seguintes etapas do ciclo de vida: “Nascer com saúde, gravidez e período neonatal” e “Crescer com segurança, pós-natal até 9 anos”.

Assim, no desenvolvimento deste projeto procurou-se ir ao encontro dos objetivos e orientações do Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016. Considera-se que esta foi também uma competência mobilizada, respondendo diretamente a um dos programas definidos.

8. CONCLUSÃO

Este projeto constituiu um “mundo” cheio de experiências novas, diversas e enriquecedoras. Facultou-me a experiência de identificar as necessidades de saúde, planejar, executar e avaliar intervenções de saúde na comunidade. Todas estas experiências proporcionadas e as oportunidades de aprendizagem foram sem dúvida uma mais-valia para a minha formação pessoal e profissional.

Senti, que em todo este processo, foi indispensável a prestação de cuidados holísticos e individualizados. Apesar de ter prestado os mesmos cuidados a vários indivíduos, cada caso era um caso, e era necessário adequar os cuidados às diferentes necessidades de cada um.

Tal como era de esperar, constatei que a prática clínica é bastante mais complexa e com realidades mais diversificadas e profundas do que aquelas que podemos captar só pela teoria, tendo conta que, profissionalmente, presto cuidados numa instituição de cuidados de saúde diferenciados. Uma vez que, nos últimos tempos a minha aprendizagem e desenvolvimento de competências tem-se focado na atenção secundária e terciária, a atenção primária exigiu um maior esforço da minha parte, principalmente quando esta tem evoluído bastante ao longo do tempo. Neste sentido, a orientação por parte de um profissional de saúde, foi de extrema importância, e por sua vez o adequado.

Considero ter tido uma ótima orientação por parte da Enf.^a Rosa Relvas e da Prof.^a Doutora Ermelinda Caldeira, pois sempre me senti apoiada e livre para expressar as minhas dúvidas, receios e sentimentos, sem medo, o que fez com que a minha forma de estar e de agir fosse livre e espontânea e ao mesmo tempo, que eu não encarasse cada dia como um fardo, o que facilitou muito a minha integração e aprendizagem.

Ao longo do processo, como seria esperado, surgiram algumas limitações e obstáculos. As limitações prendem-se com os obstáculos que surgiram no decurso das diferentes etapas de elaboração do projeto e, perante os quais, a gestora do projeto teve de agir de modo a encontrar alternativas que permitissem a sua viabilização.

O primeiro obstáculo prende-se com o facto de apenas se conseguir estabelecer poucos contactos com a grávida, devido ao curto espaço de tempo do estágio e do intervalo existente entre as consultas. Uma vez que a consulta de enfermagem de saúde

materna se realiza no mesmo dia e anteriormente à consulta de vigilância médica também acaba por nos limitar em tempo com a grávida.

Outra das dificuldades encontradas relacionou-se com a disponibilidade das puérperas, no que diz respeito à aplicação de instrumentos de avaliação deste projeto.

No entanto, a maior de todas as limitações, centrou-se no factor tempo, dado que todos os trabalhos que têm definido um horizonte temporal para sua execução, implicam a determinação de limites, de modo a cumprir os prazos estipulados. O presente trabalho não é exceção, acabando o factor tempo por condicionar algumas etapas do projeto.

De qualquer forma, convém salientar que as limitações devem ser encaradas como oportunidades de corrigir e melhorar o trabalho realizado e constituir o ponto de partida para futuros projetos.

Durante todo este percurso procurei que o meu desempenho e a minha postura fossem ao encontro da fase académica em que me encontro. Este percurso em direção à identidade profissional faz crescer responsabilidades, receios e inseguranças, que se contrapõem ao desejo e à motivação de enfrentar um novo desafio de crescimento profissional e pessoal.

Desta forma considero esta experiência muito enriquecedora e promotora do desenvolvimento das minhas capacidades de gestão do trabalho, do estabelecimento de prioridades, da minha autoconfiança, contribuindo assim para a concretização dos objetivos estipulados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Capucha, Luís (2008). *Planeamento e Avaliação de Projectos, Guião prático*. Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Lisboa.

Carmo, Hermano; Ferreira, Manuela (1998). *Metodologia da Investigação, Guia para Auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

Davis, Dame (2005). Prefácio In *Manual da Gravidez Semana a Semana*. Porto: Porto Editora.

Duarte, Susana (2007) *O Papel do Enfermeiro em Contexto dos Cuidados Domiciliários: Revisão Sistemática da Literatura*. Revista Investigação em Enfermagem. Coimbra: Edições Sinais Vitais.

Fortin, Marie-Fabienne (1999) *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Imperatori, Emillio; Giraldes, Maria do Rosário (1993) *Metodologia do Planeamento da Saúde*. 3ª ed. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Instituto Nacional de ESTATÍSTICA – *Census 2001*. Retirado em www.ine.pt.

Lopes, M. (2005) *Os utentes e os enfermeiros: construção de uma relação*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto.

LOWDERMILK, Deitra L. (1999) *Cuidados Domiciliários*. In Bobak, Jensen e Lowdermilk, *Enfermagem na Maternidade*. 4ª ed. Loures: Lusociência, 1999.

Loveland-Cherry, C. (1999). *Risco de saúde familiar*. In M. Stanhope & J. Lencaster (Ed), *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, famílias e indivíduos*. (4ª ed.).

Omizzolo, J. (2006). *O Princípio da Integralidade na Visita Domiciliar: um Desafio ao Enfermeiro do Programa de Saúde da Família*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós - Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

Ordem dos Enfermeiros (2013). *15 Propostas para melhorar a eficiência no Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Livro de bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/ Parteiras*. Lisboa.

Organização Mundial de Saúde. (2008). *Home Care in Europe*. Regional Office for Europe.

Organização Mundial de Saúde, Bureau Regional para a Europa (1998). *Saúde 21. Uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na Região europeia da OMS* (Sofia Abecassis, trad.). Loures: Lusociência. (Obra original publicada em 1998)

Pacheco, Maria José (2012). *Visita domiciliária à puérpera e ao RN do concelho de Tavira*. Relatório. Instituto Politécnico de Beja, Beja.

Pereira, Mónica (2012). *A necessidade da visita domiciliária de enfermagem no puerpério precoce*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.

Pordata. (2011). *População residente segundo os Censos: total e por grandes grupos etários*. Base de Dados Portugal Contemporâneo.

Portugal, Ministério da Saúde (2000). Decreto-Lei n.º70/2000, de 4 de Maio. *Diário da República, I Série* (103).

Portugal, Ministério da Saúde (2011, Fevereiro 18). Regulamento n.º 128/2011, de 18 de Fevereiro. *Diário da República, II Série* (35).

Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde - Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Lisboa: DGS, 2012.

Portugal, Ministério da Saúde (2014). Decreto-Lei n.º118/2014, de 5 de Agosto. *Diário da República, I Série* (149).

Redman, B. (2003). *A Prática da Educação para a Saúde*. 9ª Edição. Michigan.

Relvas, Ana Paula (2004) *O Ciclo Vital da Família: Perspectiva Sistémica*. 3ª ed. Porto: Edições Afrontamento, 2004.

Rice, R. (2006). *Home Care Nursing Practice: Concepts and Application*. Philadelphia. Mosby.

Serranito, Maria Ângela (2013). *Visita Domiciliária no puerpério*. Relatório de estágio. Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus. Évora.

Simões, Anabela. (2012). *Bem nascer, melhor crescer*. Relatório. Instituto Politécnico de Beja, Beja.

Stanhope, M.; Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária - Promoção da Saúde de Grupos, famílias e Indivíduos*. Loures: Lusociência.

Stanhope, M.; Lancaster, J. (2008). *Enfermagem de Saúde Pública – Cuidados de Saúde na Comunidade centrados na população*. 7.ª edição. Loures: Lusociência.

Tavares, A (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Turato, E. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes.

WHO (1986) - *Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion, Ottawa, Nov1986*. Disponível em:

http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf

Zacarias, Vanda (2011). *A arte da enfermagem comunitária na transição para a parentalidade*. Relatório. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.

ANEXOS

**ANEXO I – Questionário de Avaliação da Percepção dos Enfermeiros da
USF Salus sobre a Consulta de Enfermagem do Puerpério no Domicílio**

Questionário

Avaliação da Percepção dos Enfermeiros da USF Salus sobre a Consulta de Enfermagem do Puerpério no Domicílio

Este questionário insere-se no projeto a enfermagem comunitária na transição para a parentalidade – visita domiciliária de enfermagem no puerpério, no âmbito do Mestrado Profissional em Enfermagem Comunitária.

A sua colaboração é essencial para o sucesso do projeto.

Solicitamos que responda com sinceridade às questões colocadas, assinalando a alternativa que melhor corresponde à sua opinião. Os dados recolhidos são rigorosamente confidenciais e anónimos.

Obrigada pela colaboração.

1 - Idade _____

2 – Sexo: Masculino Feminino

3 - Categoria Profissional _____

4 - Anos de Profissão _____

5 - Tempo na USF _____

6 - Atualmente existe em funcionamento o programa de visita domiciliar no puerpério?

Sim

Não

7- Na sua opinião, as estratégias utilizadas na Consulta de Enfermagem do Puerpério no Domicílio são:

Nada Eficazes	Pouco Eficazes	Eficazes	Muito Eficazes

Justifique a sua resposta

8 – O que considera como limitação para atingir os objetivos relativos à Visita Domiciliária no puerpério?

9 – Considera que a Consulta de Enfermagem do Puerpério no Domicílio atende às necessidades dos utentes?

Sim

Não

Justifique a sua resposta

10 – Na sua opinião, os recursos humanos necessários para a visita domiciliária são suficientes?

Sim

Não

Justifique a sua resposta

11 – Considera os recursos materiais disponíveis suficientes para a prestação de cuidados neste programa?

Sim

Não

Justifique a sua resposta

12 – Qual o método de registos de enfermagem usado?

S-Clínico

Papel

Ambos

13 – Na sua opinião, os métodos de registo, no S-Clínico, permitem registar os cuidados prestados e dar continuidade aos mesmos?

Sim

Não

Justifique a sua resposta

14 – Na sua opinião, os métodos de registo, em papel, permitem registar os cuidados prestados e dar continuidade aos mesmos?

Sim

Não

Justifique a sua resposta

15 – De que forma considera que a Visita Domiciliária à puérpera e Recém-nascido pode ser melhorada, na USF Salus?

16 – Tem alguma sugestão que gostaria de referir?

Sim

Não

Qual?

Por favor, antes de entregar, confirme se respondeu a todas as questões.

Obrigada pela disponibilidade.

Anexo II – Questionário às Puérperas

Questionário

Exma. Senhora,

No âmbito do Projeto de Mestrado Profissional em Enfermagem Comunitária que estou a frequentar na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus – Universidade de Évora, enquadra-se um Projeto de Intervenção Comunitária sobre o tema *A Enfermagem Comunitária na Transição para a Parentalidade – Visita Domiciliária de Enfermagem no Puerpério*.

Para a aplicação deste projeto importa auscultar a opinião das Puérperas/ Famílias da USF Salus. O presente inquérito destina-se a auscultar a sua opinião sobre a prestação de cuidados pelos enfermeiros, durante a Visita Domiciliária no Puerpério. Pretende-se também conhecer quais as necessidades, sentidas por si, nesta fase e qual a importância desta visita.

O presente inquérito tem carácter confidencial.

Agradecemos desde já a sua preciosa colaboração.

Por favor, dê o seu Consentimento, assinalando um X neste retângulo
se concorda com o seguinte:

Eu, sendo responsável por mim e pelo meu filho, declaro que compreendi as intenções deste estudo, permito o uso dos meus dados para este estudo e disponho-me a participar.

I - Identificação, dados da gravidez e parto

1. Idade _____
2. Sexo _____
3. Nacionalidade _____
4. Estado Civil _____
5. Data do Parto _____

Por favor assinale com um **X** ou escreva a resposta às seguintes questões.

1. Quantas vezes esteve grávida? _____
2. Quantos filhos tem? _____
3. A sua gravidez foi planeada?
Sim
Não
4. O Parto deste filho foi:
Vaginal (normal)
Vaginal com ventosa ou ferros
Cesariana
5. Quanto pesava o Bebê ao nascer? _____
6. De quantas semanas foi a sua gravidez? _____
7. Teve algumas complicações durante a gravidez?
Sim
Não

II – Apoios da Família e Recursos da Comunidade

1. Onde foi feita a vigilância da sua gravidez?
USF Salus
Hospital
Privado
2. Fez Preparação para o Parto?
Sim
Não

2.1 Se sim, onde? _____

3. Durante a gravidez e após o parto sentem que têm tido algum tipo de apoio/suporte?

Sim

Não

4. Quem mais lhe prestou apoio?

5. Com quem mora?

III – Alterações das rotinas após o nascimento

1. O nascimento do bebé acarreta sempre um processo de mudança na família, o que é para si ser mãe recentemente?

2. Surgiram alguns desconfortos ou complicações no pós-parto? (mamas, períneo, etc...)

3. Amamenta?

Sim

Não

4. Qual a alimentação do RN?

Leite materno exclusivo

Leite materno + suplemento

Leite artificial

5. Relativamente à amamentação, ou outros cuidados ao RN teve alguma dificuldade?

Sim

Não

5.1. Que dificuldades foram essas?

IV – Percepção das necessidades de cuidados

1. Em relação à Visita Domiciliária no puerpério, que idade tinha o RN quando foi visitado? _____ dias

2. Quando considera que a Visita Domiciliária deve ser efetuada? _____

3. Acha que esta visita foi importante para si, tendo em conta a nova fase da sua vida?

Sim

Não

4. Quantas visitas acha que deveria ter?

1

2

3 ou mais

5. Qual o seu grau de satisfação com as orientações (esclarecimentos) que lhe foram dados pelo enfermeiro?

Nada Satisfeita	Pouco Satisfeita	Sem opinião	Satisfeita	Muito Satisfeita

6. Em gravidezes anteriores, se for o caso, teve a visita domiciliária do Enfermeiro?

Sim

Não

6.1. Se Sim, foi útil esta visita?

Sim

Não

Porquê?

7. Numa próxima gravidez, continuaria a recorrer à Unidade de Saúde Familiar Salus (centro de saúde) para a vigilância da sua gravidez?

Sim

Não

Porquê?

8. Numa próxima gravidez, continuaria a desejar esta visita domiciliária?

Sim

Não

Porquê?

9. Qual ou quais os aspetos (ou temas) que acha importantes abordar na Visita Domiciliária?

V – Sugestões

Tem alguma sugestão que nos possa dar, de forma a melhorar a Visita Domiciliária no pós-parto?

Por favor, antes de entregar, confirme se respondeu a todas as questões.

Obrigada pela disponibilidade.

Anexo III – Questionário Pontos Fortes e Fracos do Projeto

Questionário

Exmo.(a). Sr.(a) Enfermeiro(a),

No âmbito do Projeto de Mestrado Profissional em Enfermagem Comunitária que estou a frequentar na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus – Universidade de Évora, enquadra-se um Projeto de Intervenção Comunitária sobre o tema *A Enfermagem Comunitária na Transição para a Parentalidade – Visita Domiciliária de Enfermagem no Puerpério*.

Para a apreciação deste projeto importa auscultar a opinião da equipa de Enfermagem da USF Salus.

O presente inquérito tem caráter confidencial.

Agradecemos desde já a sua preciosa colaboração.

1. Idade _____

2. Sexo:

Feminino

Masculino

3. Habilitações:

Licenciatura em Enfermagem

Especialidade. Qual? _____

Mestrado. Qual? _____

Doutoramento. Qual? _____

4. Anos de Profissão _____

5. Tempo na USF _____

6. Relativamente à sua participação no projeto de VD no puerpério, sentiu-se motivado para participar?

Sim

Não

7. A VD no Puerpério é uma estratégia vantajosa na área da promoção da saúde do recém-nascido, puérpera/família?

Nada Eficaz	Pouco Eficaz	Sem opinião	Eficaz	Muito Eficaz

8. Forças e fraquezas do projeto VD no puerpério

**a) Como enfermeiro(a), encontra forças no projeto de VD no puerpério?
Qual ou quais?**

b) Como enfermeiro(a), reconhece fraquezas no projeto de VD no puerpério? Qual ou quais?

9. Oportunidades e ameaças

a) Na sua opinião, que aspetos da envolvente externa podem ser aproveitados e potenciados em prol do projeto de VD no puerpério?

b) Que aspetos considera que podem vir a dificultar a prossecução dos objetivos do projeto?

10. Na sua opinião, e tendo em atenção a monitorização do processo de contratualização, considera que o desenvolvimento deste projecto foi importante?

Sim

Não

Porquê?

11. Sugestões

Indique algumas sugestões que considera importantes para melhoria do projeto de VD no puerpério

Por favor, antes de entregar, confirme se respondeu a todas as questões.

Obrigada pela disponibilidade.

Anexo IV – Parecer da Comissão de Ética



**Comissão de Ética para a Investigação nas Área de
Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação nas Área de Saúde Humana e Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Professora Doutora Constança Pinto, Professora Doutora Felismina Mendes e Professor Doutor Carlos Silva deliberaram dar, na reunião do dia 12 de Janeiro de 2016, o Parecer Positivo para a realização do Projeto "A Enfermagem Comunitária na Transição para a Parentalidade – Visita Domiciliária de Enfermagem no Puerpério" dos investigadores Andreia Filipa Pontes Piteira e Ermelinda do Carmo Valente Caldeira.

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Armando Manuel de Mendonça Raimundo)

Anexo V - Autorização para implementação do Projeto na USF

Exma Sra. Coordenadora da Unidade de Saúde Familiar Salus

Dr.ª Rosália Rosado

Andreia Filipa Pontes Piteira, enfermeira no serviço de Bloco Operatório do HESE - EPE, a frequentar o Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem Comunitária, vem por este meio informar que no âmbito dos ensinamentos clínicos a realizar na USF Salus, pretende implementar um projecto de intervenção comunitária – A Enfermagem Comunitária na Transição para a Parentalidade (Visita Domiciliária à puérpera, RN e família).

Para a sua implementação será necessário realizar um diagnóstico de saúde que justifique a sua importância na referida unidade de saúde.

Assim, na sequência da investigação que pretendo desenvolver, venho solicitar a autorização para a recolha de dados e participação junto da população que recorre a esta unidade de saúde, nomeadamente nas consultas de saúde materna, visita à puérpera no domicílio e provavelmente também nas consultas de saúde infantil.

O presente trabalho irá ser desenvolvido de Maio a Dezembro de 2015, havendo a interrupção lectiva durante os meses de Julho e Agosto.

O presente trabalho e as suas conclusões irão porventura ser úteis no desenvolvimento de actividades dirigidas para a comunidade abrangida por esta USF.

Sem outro assunto, agradeço a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos.

Évora, 14 de Maio de 2015.

Andreia Filipa Pontes Piteira
Andreia Filipa Pontes Piteira

Dr.ª Rosália Rosado
Coordenadora da USF SALUS

Anexo VI – Folheto de divulgação da Visita Domiciliária no Puerpério

Após regressar a casa, logo que possível, contacte-nos ou faça chegar até nós a notícia de que o seu bebé já nasceu, para que possamos agendar a nossa visita.



Para mais informações contactar:
Unidade de Saúde Familiar Salus
Rua D. Manuel Conceição Santos, n.º
62
7005-451 ÉVORA

Telefones: 266748910
266704006
Fax: 266781561

E-mail:
USF.Salus@alentejocentral.min-
saude.pt

Elaborado por:
Enf.ª Andreia Piteira
Enf.ª Rosa Relvas

Família.... Cheguei!



Programa de Visita

Domiciliária no

Puerpério



Nas primeiras duas semanas após o parto, se os pais assim o desejarem, será realizada uma visita domiciliária por profissionais de saúde com o objectivo de apoiar a família e solucionar eventuais problemas e dúvidas que tendem a surgir nos primeiros dias de contacto com o bebé.



Para além de esclarecer acerca das várias temáticas relacionadas com o bebé, mãe e família, podemos também efectuar o Diagnóstico Precoce (Teste do pezinho), bem como avaliar o desenvolvimento do bebé.



O Projecto “A Enfermagem Comunitária na transição para a parentalidade—Visitação domiciliária do Puerpério” é uma iniciativa da equipa de enfermagem da USF Salus e de uma aluna de Mestrado da Universidade de Évora (ESESJD).

Anexo VII – Guião de Avaliação da Puérpera no Domicílio



Visita Domiciliária
Guião orientador de avaliação da Puérpera

Identificação da Puérpera

Nome: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: ___ Anos

Estado Civil: _____

Profissão: _____

Morada: _____

Morada de Visita (Se diferente): _____

Contactos Telefónicos: _____

Médico de Família: _____

História Obstétrica

Gravidez:

Vigiada () Planeada () Aceite () Não Vigiada () Não Planeada ()

Não Aceite () Normal () Risco ()

Fez Preparação Para o Nascimento: Sim () Não ()

ÍO ___ ___ ___

Observações: _____

Parto

Local do Parto _____

Data do Parto ___/___/___

Idade Gestacional ___ Semanas

Tipo de Parto _____

Observações/Complicações: _____

Pós-Parto

Normal () Complicações _____

Data da Alta Hospitalar ___/___/___

Observações: _____

Plano Nacional de Vacinação

Cumprido: Sim () Não ()

Observações: _____

Avaliação Física

Sinais Vitais

TA ____/____

FC ____

FR ____

T ____

Dor ____

Aspecto Geral: Cuidado () Descuidado ()

Pele e Mucosas: Coradas () Descoradas () Hidratadas () Desidratadas ()

Ictéricas ()

Mamas

Mamas: Flácidas () Cheias () Ingurgitadas () Edemaciadas () Mastite ()

Mamilos: Íntegros () Fissurados () Proeminentes () Rasos () Invertidos ()

Amamentação: LM Exclusivo () Misto () LA exclusivo ()

Observações: _____

Útero

Lóquios: Hemáticos () Serohemáticos () Serosos ()

Quantidade: Grande () Moderada () Escassa ()

Involução Uterina: Sim () Não ()

Episiotomia: Sim () Não () Cicatrização _____ Sinais Inflamatórios ()

Sutura Operatória: Retirados Ponto/Agrafos ____/____/20____ Cicatrização _____

Sinais Inflamatórios ()

Eliminação Vesical

Sem Alterações () Com Alterações ()

Observações: _____

Eliminação Intestinal

Sem Alterações () Com Alterações ()

Obstipação () Hemorróidas ()

Observações: _____

Membros inferiores

Edema: Sim () Não ()

Varizes: Sim () Não ()

REVISÃO DO PARTO

Data de Revisão do Parto ___ / ___ / ___

Local: Centro de Saúde () Hospital () Privado ()

Contraceção

Demonstra Conhecimentos: Sim () Não ()

Observações: _____

Avaliação Psicológica

Estado Psicológico:

Tranquila () Ansiosa () Labilidade Emocional () Deprimida () Cansada ()

Observações: _____

Apoio da Psicologia: Sim () Não ()

Vinculação com o RN

Mãe: Sim () Não ()

Observações: _____

Pai: Sim () Não ()

Observações: _____

Autonomia da Mãe face ao RN

Autonomia nos Cuidados: Sim () Não ()

Dificuldades/Preocupações Manifestadas: _____

Apoio Familiar

Pai: Ausente () Presente ()

Relação Conjugal: _____

Apoio nas Tarefas Domésticas: Sim () Não () Quem: _____

Observações: _____

Apoio no Cuidado dos Outros Filhos: Sim () Não () Quem: _____

Observações: _____

Notas:

Enfermeiro: _____

Data: _____

Anexo VIII – Protocolo de Visita Domiciliária no Puerpério

PROTOCOLO: **Visita Domiciliária no Puerpério**

O nascimento de um filho é uma etapa importante no ciclo vital da mulher caracterizada por sucessivas transformações psicossociais, estados de desequilíbrio biofísico, consolidação da relação mãe/filho, pais/filho e de reorganização do relacionamento familiar e conjugal (Pereira,2012).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2013), a duração do internamento hospitalar pós-parto tem diminuído bastante no decurso dos últimos 50 anos, sem com isto acarretar o aumento na morbilidade materna, na sua generalidade a alta precoce da puérpera é segura. A alta hospitalar ocorre no momento em que a puérpera deixa o hospital com destino ao domicílio ou ao local onde planeou o seu pós-parto. Para que isto ocorra, o hospital e os recursos da comunidade devem articular-se e oferecer um sistema de apoio que assegure os cuidados centrados na puérpera/ casal, contribuindo para a saudável transição para a parentalidade.

A visita domiciliária constitui, assim, uma actividade de excelência na assistência à saúde exercida junto do indivíduo, da família e da comunidade. Os cuidados domiciliários proporcionam um espaço privilegiado para a promoção e educação para a saúde, tendo em conta a relação de proximidade que se estabelece pelo contacto e interação em contexto familiar.

É neste contexto que surge o contributo do enfermeiro. Considerando a sua vasta experiência na área dos cuidados domiciliários e o corpo de conhecimentos científicos que detém, o enfermeiro tem actualmente uma posição consolidada que se determina pela sua aptidão no relacionamento com as famílias e com as redes de apoio social presentes na comunidade.

A visita domiciliária no puerpério é um instrumento que nos permite analisar e prestar cuidados à tríade no seu meio natural.

Quadro n.º 1 – Programa de Visitação Domiciliária no Puerpério

Objetivo	Assegurar as ações de vigilância e promoção da saúde, bem como a prevenção ou gestão da doença e acidentes, na população-alvo.
----------	--

População	Puérperas/Família e Recém Nascidos inscritos na USF e cuja residência se encontre na área geográfica de atuação.
Quem	Enfermeiros (preferencialmente pelo Enfermeiro de Família) e Alunos em estágio na USF Salus.
Como	Marcação através da solicitação da puérpera/família à USF e/ou por iniciativa do profissional.
Onde	Domicílio do utente
Quando	Todo o ano, exceto nos períodos de ausência programada.
Duração	Variável.

➤ **Recursos Materiais e Equipamentos**

- Mala provida de material necessário á visitação domiciliária
- Balança para avaliação de peso do RN
- Boletim para “teste do pezinho”
- Kit de oferta, na primeira visita
- Veículo automóvel

➤ **Procedimentos**

Preparação da visita

- Combinar com a família a visita domiciliária;
- Informar sobre a finalidade da visita;
- Recolher informação, disponível na USF, da família a visitar;
- Definir objetivos para planeamento da visita;
- Reunir o material necessário.

No domicílio

- Apresentação e identificação do profissional e/ou profissionais;
- Estabelecer uma relação de confiança;
- Observar e avaliar a dinâmica familiar
 - Avaliação da puérpera
 - Avaliação do RN
 - Identificar necessidades
- Capacitar através da realização de ensinios específicos adequados às necessidades individuais;
- Proporcionar apoio psicológico.

Final da visita

- Recapitular a visita com a família;
- Incentivar a recorrer à equipa de enfermagem, sempre que necessário;
- Agendar Consulta de Revisão do Puerpério, Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e, caso seja necessário, futuras VD.

Registo

- Preencher o guião orientador da VD;
- Registar todos os dados considerados relevantes no programa informático (SClínico).

➤ **Anexos**

- Guião orientador de avaliação da puérpera;
- Guião orientador de avaliação do recém-nascido.