



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE
ENFERMAGEM S. JOÃO DE DEUS

ALTA PUERPERAL: COMUNICAÇÃO ENTRE
CUIDADOS DIFERENCIADOS E CUIDADOS DE
SAÚDE PRIMÁRIOS

Telma Cristina Ramos Brissos

Orientadora

Professora Doutora Maria Margarida Santana Fialho Sim-Sim

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório

Évora, 2013

Relatório de Estágio

ALTA PUERPERAL: COMUNICAÇÃO ENTRE CUIDADOS DIFERENCIADOS E CUIDADOS DE SAUDE PRIMARIOS

Telma Cristina Ramos Brissos

**Para a Obtenção do Grau de Mestre em
Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**

Orientadora

Professora Doutora Maria Margarida Santana Fialho Sim-Sim

2013

RESUMO

Título: Alta puerperal: comunicação entre cuidados diferenciados e cuidados de saúde primários

Após o parto, o regresso da mulher a casa, agora acompanhada do recém-nascido apresenta-se com novos papéis e desafios. Se apoiada por uma rede de cuidados de saúde, acrescentam-se benefícios imediatos para a própria e sua família e numa visão mais ampla, contributos para mais e melhor saúde da população. Assim, instituições hospitalares e de cuidados de saúde primários necessitam aproximar os seus esforços.

O atual Relatório resulta de uma intervenção que teve por objetivo melhorar a articulação da rede dos cuidados centrados na família em fase procriativa na área de abrangência da sub-região de saúde do Baixo Alentejo-ULSBA. Realizaram-se atividades de avaliação, diagnóstico de situação e intervenção, refira-se entre outras, caracterização dos grupos de participantes, formação em contexto de serviço e produção de documentos. Concluiu-se ser de interesse a aproximação das instituições no sentido de mais e melhor saúde para a mulher/família em expansão, garantindo-se o caminho para boas-práticas.

Palavras-chave: boas práticas, cuidados pós-natais, comunicação entre serviços de saúde, puerpério, cuidados pós-parto.

ABSTRACT

Title: High puerperal: communication between different care and primary health care

The postpartum period is a critical stage in women's lives. There are new challenges and responses that are supported by a network of health care. This can bring immediate benefits. Later, other benefits may be achieved like more time to herself, to her family and also contribute to more and better health. Health care puerperium services and community primary care need to bring their efforts.

The current report is the result of an intervention that aimed to improve the coordination of the network of family-centered care in procreative phase in the area of the Sub-Região de Saude-ULSBA. Many activities had been realized, like evaluation, diagnosis of the situation, health education actions at our service context. It was concluded that exists an interest to close this institutions towards more and better health for women in the period of expanding family.

Key words: best practices, postnatal care, health care communication, puerperium, postpartum maternal care.

INDICE

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. ANÁLISE DO CONTEXTO.....	10
2.1 CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL	10
2.2. CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS.....	13
2.3. DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS .	16
2.3.1. Processo de aquisição de competências SMO	16
2.3.2. Processo de aquisição de competências no Grupo das Beneficiárias de cuidados SMO	18
3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES.....	20
3.1. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/UTENTES	20
3.1.1. Caracterização geral das enfermeiras que exercem no Serviço de Internamento do Puerpério do Hospital José Joaquim Fernandes.....	20
3.1.2. Dados caraterizadores das EESMO que exercem nos Cuidados de Saúde Primários	21
3.1.3 Dados Caraterizadores do Grupo das Beneficiárias de Cuidados participantes	23
3.2. CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO-ALVO.....	26
3.2.1. Caraterização da comunicação entre CSD e CSP quanto à validade dos instrumentos	27
3.2.2 Cuidados e necessidades específicas da população-alvo.....	28
3.2.2.1 Cuidados e necessidades específicas das Puérperas à data da Alta	29
3.2.2.2. Cuidados e necessidades específicas das Puérperas no Domicílio.....	30
3.3. ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM POPULAÇÃO-ALVO	32
3.4. RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO.....	34
3.4.1. Recrutamento do Grupo de Enfermeiras	35
3.4.2. Recrutamento do Grupo de Puérperas	35
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS	36
4.1. OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	36
4.2. OBJETIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO-ALVO.....	37
5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES.....	40
5.1 FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES.....	40
5.2. METODOLOGIAS	42
5.2.1. Metodologias Prévias	42
5.2.2. Metodologias de Implementação.....	42
5.3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS	43

5.4. RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS	46
5.5. CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS	47
5.6. ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL.....	48
5.7. CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA.....	48
6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO	49
6.1. AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS.....	49
6.2. AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA	52
6.3. DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS	52
7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS.....	54
8. CONCLUSÃO	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
APÊNDICES	62
APÊNDICE A: Índice Sintético de Fecundidade por Local de Residência 2012.....	63
APÊNDICE B: Resultados do Questionário aplicado a Enfermeiras do Serviço de Puerpério da ULSBA	65
APÊNDICE C: Resultados do Questionário aplicado às Puérperas no Dia da Alta.....	69
APÊNDICE D: Pedido de Autorização à ULSBA	76
APÊNDICE E: Questionário aplicado às Participantes no Dia da Alta	78
APÊNDICE F: Questionário aplicado às Puérperas 10-15 Dias após o Parto.....	84
APÊNDICE G: Resultados do Questionário aplicado às Puérperas 10-15 Dias após o Parto.....	90
APÊNDICE H: Questionário aplicado a Enfermeiras do Serviço de Puerpério da ULSBA	93
APÊNDICE I: Estudos Estrangeiros	97
APÊNDICE J: Pareceres do Enfermeiro Diretor da ULSBA quanto à aplicação dos Questionários	101
APÊNDICE K: Apresentação do Projeto de Mestrado na Formação em Serviço	106
APÊNDICE L: Resumo de contatos realizados com EESMO dos CSP.....	110
APÊNDICE M: Carta de Alta	112
APÊNDICE N: E-mail enviado às Enfermeiras dos CSP	116
APÊNDICE O: Proposta de Relatório de Mestrado SMO	119
APÊNDICE P: Cartaz da Formação em Serviço.....	124
APÊNDICE Q: Formação em Serviço – Transição para a parentalidade.....	126
APÊNDICE R: Formação em Serviço – Uniformização de ensinamentos no puerpério.....	129
APÊNDICE S: Pedido de Autorização aos Autores do Instrumento Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy [PMP S-E].....	133

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 Região de Influência da ULSBA	11
FIGURA 2- Nados-vivos em 2012 nos Municípios de Acordo com Grupo Etário da Mãe	11
FIGURA 3- Distância das várias localidades até Beja	12
FIGURA 4- Esquema da Maternidade/Puerpério ULSBA	13
FIGURA 5- Competências do EESMO relativas à Fase de Transição para a Maternidade (Ordem dos Enfermeiros, 2010)	18
FIGURA 6 - Formação Contínua das Enfermeiras que exercem no Puerpério	21
FIGURA 7-Distribuição da área de atuação do EESMO conforme o grupo de mulheres em idade fértil (INE, 2008).....	22
FIGURA 8- Primíparas em 2011 de acordo com Grupo Etário da Mãe (Livro de partos da ULSBA, 2011)	24
FIGURA 9- Tipo de habitação das puérperas inquiridas	25
FIGURA 10- Grupo profissional das puérperas inquiridas	25
FIGURA 11- Local da consulta de gravidez.....	26
FIGURA 12- Eficácia da carta de alta	28
FIGURA 13- Questionário à Data da Alta Hospitalar (Apêndice E).....	28
FIGURA 14-Questionário aos 10-15 dias Pós-Alta Hospitalar (Apêndice F).....	28
FIGURA 15-Perceção de Competências nos Cuidados Maternos	29
FIGURA 17- Tipo de alimentação do Recém-nascido no hospital.....	30
FIGURA 16- Intenções das Puérperas relativamente à Amamentação da Criança	30
FIGURA 18 Níveis de Autoeficácia nos cuidados ao RN no Hospital e no Domicílio.....	31
FIGURA 19 Perceção de Necessidade de Ajuda e Ajuda Real	32
FIGURA 20 - Síntese dos Gastos	48

1. INTRODUÇÃO

O nascimento de um filho gera mudanças na vida pessoal e familiar da mulher. Entre vários fatores físicos e psicossociais, a relação dentro da família nuclear pode ser determinante para um desfecho saudável desde período (Leal, 2005). A maior parte das vezes é uma vivência positiva, no entanto, devido à inexperiência ou falta de habilidades iniciais nos cuidados ao bebê, a mulher/casal experienciam sentimentos de perda de controlo nas suas vidas, angústia e insegurança, sobressaindo o medo de não responder às expetativas que toda a família alargada deseja (Centa, Oberhofer & Chammas, 2002). Em termos do exercício dos cuidados de saúde materna, a família inicia-se a partir do desejo de engravidar, mas é na fase puerperal que um considerável conjunto de conhecimentos e práticas é mobilizado no sentido dos cuidados à mulher/família; ou seja, quando neste período de transição a mulher como utente se move entre os Cuidados de Saúde Diferenciados [CSD] e Cuidados de Saúde Primários [CSP].

O puerpério, tal como referem alguns autores é o período que se inicia após a dequitação e termina 6 semanas após o parto (Centa et al., 2002; Graça, 2010). Alguns estudos referem que para determinadas mulheres a adaptação à maternidade e a recuperação do parto podem levar muito mais tempo que o período habitualmente definido entre 6 a 8 semanas (Jackson, 2012). O Department of Health and Families da Austrália (2010) entende a fase pós-natal durante os 40 dias após o parto. O Nursing and Midwives Council (2010) considera esta fase, não inferior a 10 dias, acrescenta a exigência de assistência por enfermeira obstétrica, a qual definirá o seu *terminus*, caso a caso. Ou seja, o puerpério é assim um período sem limites rígidos, definido de acordo com a recuperação de cada mulher, resultante da avaliação de um profissional creditado, no caso, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia [EESMO]. É um espaço de tempo que envolve vários aspetos biopsicossociais que apesar de importante no ciclo reprodutivo da família, é por vezes recebido com menor importância por parte dos cuidados de saúde (WHO, 2010; Strapasson & Nedel, 2010).

É da competência do enfermeiro, conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido, participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detetados, colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade (Portugal, 1998). Ao EESMO

competete cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional, o período pré-natal, o trabalho de parto [TP], o período pós-natal, o climatério, a mulheres em idade fértil e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica (Portugal, 2011a).

Tal como referem Cabral, Medeiros & Santos (2011), a enfermagem tem evoluído no domínio dos conhecimentos técnico-científicos conduzindo os cuidados para a excelência, perante uma sociedade cada vez mais exigente. Segundo os mesmos autores, é justamente o puerpério, uma fase particularmente sensível, para que se mantenha um vínculo entre a mulher e os serviços de saúde da área de residência, inculcando um sentimento de confiança, de apoio, de verdadeiro recurso. A orientação para este ambiente e os sentimentos securizantes por parte da puérpera, não serão estranhos aos esforços anteriores que os próprios EESMO da área dos CSD possam ter realizado no sentido da continuidade dos cuidados.

Durante o internamento hospitalar, vários são os ensinamentos realizados à puérpera. De uma forma convencional e habitual, os Serviços de Obstetrícia oferecem às puerperas um conjunto de informação a que chamam Sessões de Educação para a Saúde [SES], tanto individuais como coletivas. Neste período de internamento, geralmente curto, de aproximadamente 48 a 72h, a puérpera experimenta sentimentos, estados físicos e psíquicos variados, dadas as modificações hormonais abruptas do puerpério (Montenegro & Rezende, 2011). Perante a instabilidade emocional, as exigências imediatas da criança, a vivência de um corpo transformado, entre outros fatores, a aprendizagem que a mulher faz sobre os conteúdos das sessões de educação para a saúde pode ser difícil, algo reduzida ou com lacunas. Aos EESMO surgem então dúvidas sobre o equilíbrio entre o que é transmitido e o que é apreendido pela puérpera. Torna-se necessária uma avaliação, ou seja, um balanço das informações fornecidas pelo EESMO e dos conteúdos apreendidos pela mulher. Sempre que é necessário, os ensinamentos são reforçados, tentando criar a máxima autonomia em todas as puerperas. No sentido de melhorar os cuidados prestados, torna-se relevante investir na continuidade dos cuidados, através de estratégias formais eficazmente estabelecidas entre os CSD e os CSP.

No nosso país, a “Notícia de Nascimento” estabelecida desde há mais de 10 anos (DGS, 2002), constitui uma norma facilitadora do contato. Porém sob o ponto de vista dos profissionais de saúde este instrumento é porventura insuficiente, na medida em que não pormenoriza a experiência da mulher no processo de maternidade, assim como os conhecimentos adquiridos as transformações na família nuclear, na família alargada e na

comunidade em que a própria se insere. Assim, investir em instrumentos como a Carta de Alta, um documento onde se faz a apreciação em contexto hospitalar e onde se registam os ensinamentos realizados, e instituir medidas de informação ou articular formas de seguimento mais próximo pelas instituições de saúde, podem ser vias para um melhor exercício de cuidar em Enfermagem, no que concerne ao seu efeito sobre os papéis maternos da mulher que regressa a casa. Face a estas considerações, constitui Objetivo Geral deste Relatório:

- Promover a melhor articulação da rede dos cuidados centrados na família em fase procriativa na área de abrangência da Sub-região de Saúde do Baixo Alentejo;

O presente Relatório está redigido conforme as normas da American Psychological Association (APA, 2006). Está de acordo com o Novo Acordo Ortográfico por recomendação da circular 4/2011 da Universidade de Évora. O texto organiza-se em secções, respeitando o Regulamento do Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final de Mestrado em Enfermagem e do Regulamento do Ciclo de Estudos conducente ao Grau de Mestre pela Universidade de Évora (i.e. Ordem de Serviço nº18/2010; Ordem de Serviço nº8/2013). Contém ainda Apêndices no sentido de ilustrar ou melhor explicar a narrativa.

2. ANÁLISE DO CONTEXTO

De entre os vários agentes de saúde, o EESMO assume no exercício profissional intervenções autónomas. São da sua responsabilidade todas as situações de baixo risco, cuidando da mulher e família no âmbito do período pré-concepcional, pré-natal, no processo de gravidez e parto, bem como durante o período pós-natal não esquecendo o período do climatério (Portugal, 2011b). Exerce em CSP e CSD, exibindo competências diversas, as quais utiliza para cuidar a mulher/família.

Em toda a fase do período reprodutivo para o melhor interesse e saúde da mulher/família, os CSP e CSD necessitam de estar relacionados, comunicando entre si durante todo o processo. Na fase puerperal em particular, por ser um momento de grande mudança física, emocional e social para a mulher e sua família, a ligação dos dois níveis de cuidados é fundamental. De facto no regresso a casa são várias as adaptações, sendo da competência do EESMO, a promoção de um puerpério saudável. Assim descreve-se seguidamente o contexto envolvente em que decorre este Relatório.

2.1 CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL

O Hospital de Beja foi mandado construir em 1490, no entanto, apenas em 1963 e ao abrigo do Decreto-Lei n.º 45 226/63 de 4 de Setembro, publicado em Diário do Governo (Portugal, 1963) entrou em pleno funcionamento, tal como o conhecemos hoje, dando lugar à Unidade Local de Saúde que conhecemos hoje. Fazem parte desta unidade de saúde, o Hospital José Joaquim Fernandes (Beja), o Hospital de São Paulo (Serpa) juntamente com todos os centros de saúde do distrito de Beja, à exceção do Centro de Saúde de Odemira. A área de influência da ULSBA coincide geograficamente com o Baixo Alentejo, sendo limitada a Norte pelo Distrito de Évora, a Este por Espanha, a Sul pelo Distrito de Faro e a Oeste pelo Concelho de Odemira, conforme documenta a página eletrónica (ULSBA, 2013). A figura 1 ilustra graficamente a área de influência.



Figura 1 Região de Influência da ULSBA

No que respeita a aspetos sobre a reprodução e nascimentos, o Índice Sintético de Fecundidade [ISF] que enuncia o número de filhos por mulher em idade reprodutiva para que exista renovação de gerações (i.e. 2,1 filhos por mulher em idade fértil) era no Baixo Alentejo de 1,48 em 2012, ligeiramente superior ao valor médio nacional (i.e. 1,28) conforme os dados que se trabalharam para este Relatório a partir da informação colhida no Instituto Nacional de Estatística [INE] apresentados em 2013 (Apêndice A). A natalidade na região de influência da ULSBA é baixa, documentando-se na figura 2, os dados brutos de nados-vivos de acordo com os grupos etários da mãe no ano 2012, sendo mais representativo o grupo dos 30 aos 34 anos.

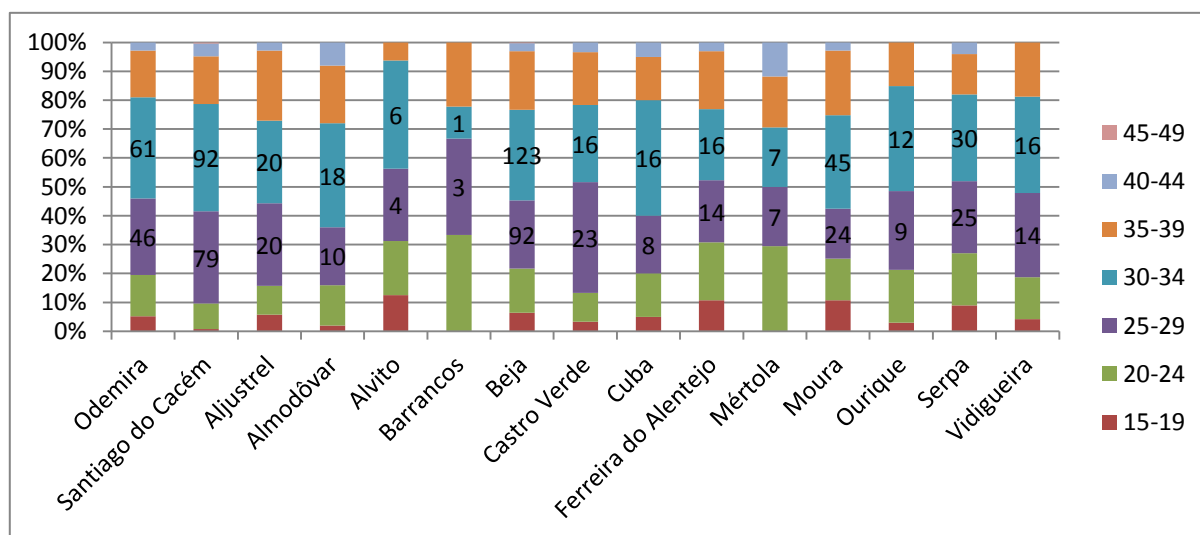


Figura 2- Nados-vivos em 2012 nos Municípios de Acordo com Grupo Etário da Mãe

A existência de uma maternidade na área da ULSBA e a maior concentração populacional na cidade de Beja, capital de Distrito, leva à sua maior representação como local onde ocorrem mais nascimentos. Contudo de acordo com o INE (1994) este número de nascimentos quando referido à Taxa Bruta de Natalidade (i.e. número de nados vivos ocorridos durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido à população média desse período [habitualmente expressa em número de nados vivos por 1000 (10^3) habitantes]) mostra algo curioso: a maior densidade de nascimentos no enquadramento da população de pertença não tem ocorrido em Beja, mas tem tido ao longo dos anos uma representação significativa sobretudo no Município de Cuba alternando com o Município de Moura (Pordata, 2013).

Dados obtidos localmente nos registos da ULSBA, ano de 2011, referem a realização de 1190 partos, sendo o total de nascimentos de 1201. O número de nascimentos tem vindo a oscilar sem grande diferença, sendo no Ano 2012 de 1251 e no 1º Semestre de 2013 de 412, dados inferiores ao semestre correspondente no ano anterior (i.e. 521 nascimentos no 1º semestre de 2012). A única maternidade da ULSBA tem atualmente menos de 1500 partos, situando-se abaixo dos critérios relativos a continuidade/encerramento, definidos em 2011 pelo Ministro da Saúde (Ministério da Saúde, 2006), aspeto algo controverso dada a região territorial que serve e a reduzida acessibilidade da população mais afastada.

Como é possível ver na figura 3, onde se representa a distância simples, sem volta, os percursos rodoviários entre Beja e o centro das restantes localidades varia entre 21,6 e 102 Km. Além disso os transportes públicos são somente diurnos e escassos.

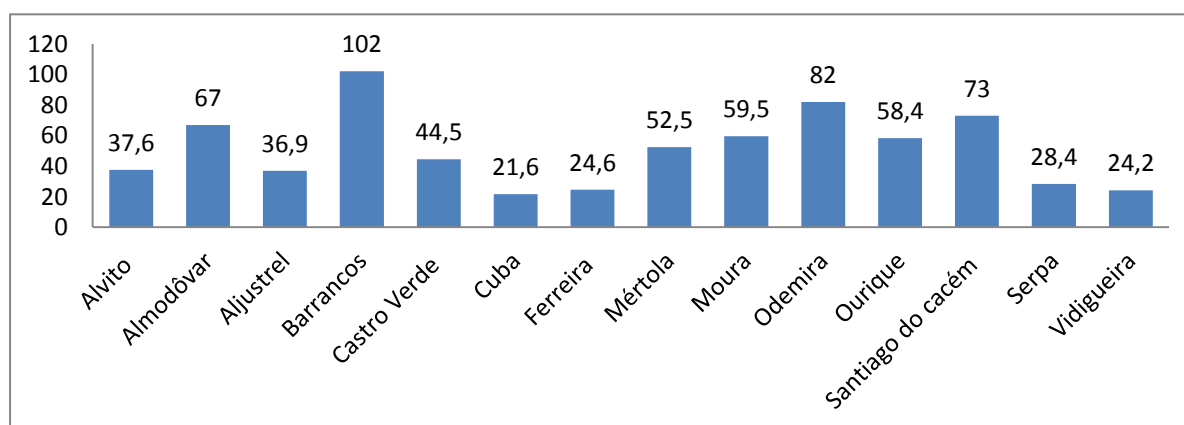


Figura 3- Distância das várias localidades até Beja

Se por um lado estes aspetos são críticos para o dilema entre a continuidade e o encerramento da maternidade como unidade de cuidados, por outro lado também explicam a

sua importância para a população que serve; justifica-se assim a necessidade de melhorar a articulação de cuidados na rede entre CSD e CSP.

2.2. CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS

O Serviço de Obstetrícia encontra-se no piso 5 desta instituição, sendo dividido em duas secções, sala de partos e o internamento de puerpério. A figura 4 apresenta um esquema físico do serviço.

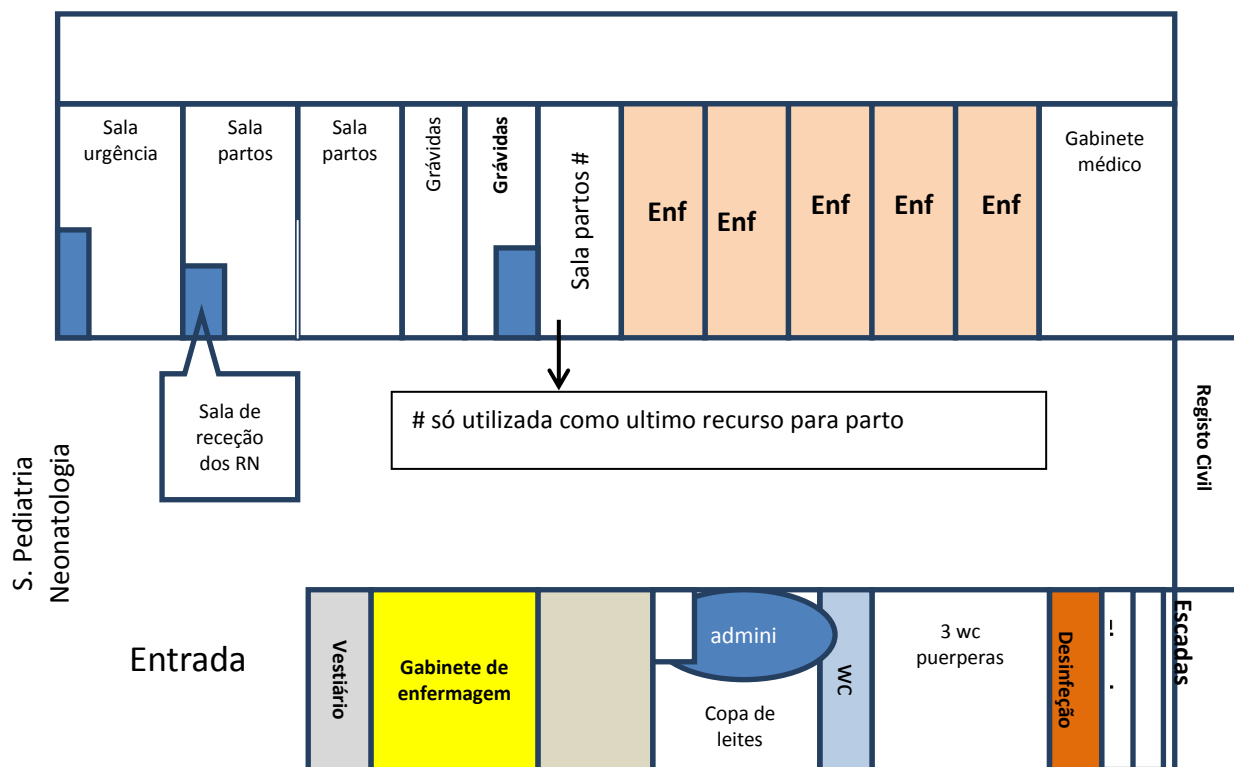


Figura 4- Esquema da Maternidade/Puerpério ULSBA

Bloco de Partos:

- Em termos físicos: é constituído por uma sala de observação e admissão; duas salas de partos; uma sala de recém-nascidos; sala de desinfecção; duas enfermarias

- Em termos funcionais: na sala de observação e admissão funciona a urgência de ginecologia/obstetrícia; salas de partos onde ocorrem os nascimentos; sala de recém-nascidos para cuidados imediatos; sala para lavagem e desinfecção das mãos; enfermarias com a capacidade de cinco camas sendo duas destinadas a grávidas patológicas.

As cesarianas e as curetagens uterinas realizam-se no bloco operatório central, que se situa no piso 1 e onde se deslocam a EESMO ou generalista e o pediatra para prestarem os primeiros cuidados ao recém-nascido.

Unidade de Puerpério:

- Em termos físicos: cinco enfermarias de três camas cada e um quarto com duas camas; posto-balcão de recepção; gabinete de enfermagem; armazém; copa de alimentação; copa de leites; sala de trabalho; sala de desinfecção; um gabinete médico; vestiário; instalações sanitárias; serviço ao cidadão.
- Em termos funcionais: as cinco enfermarias têm lotação para 15 utentes além de mais duas camas em quarto; o posto-balcão funciona como unidade da secretária de piso; gabinete de enfermagem para reuniões; armazém onde se guarda material clínico; copa de alimentação sob gestão da empresa de cozinha; copa de leites onde se preparam os biberões para os recém-nascidos; sala de trabalho para preparação de terapêutica; sala de desinfecção higienização das mãos; gabinete médico para reuniões; vestiário para guarda de pertences dos funcionários; instalações sanitárias para as utentes [três casas de banho] e para o pessoal; serviço ao cidadão onde funciona o registo dos recém-nascidos.

Equipamento: Como recursos de assistência possui ainda, seis cardiotocógrafos (quatro fixos e dois com telemetria), dois ecógrafos, um doppler, duas marquesas ginecológicas, duas camas articuladas para partos, duas mesas de reanimação de RN, três monitores cardíacos (um no carro de reanimação), um carro de reanimação, seis esfigmomanómetros e três bombas de extração de leite materno (duas elétricas e uma manual).

As enfermarias de grávidas e puérperas possuem um televisor equipado com leitor de *Dissociated Vertical Deviation* [DVD] onde são projetados vídeos com ensinamentos adequados à

situação em que se encontram. As salas de partos, de urgência, o gabinete de enfermagem e o gabinete médico estão equipados com o *software* clínico Alert® e o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem® [SAPE].

Um recurso particularmente importante é a comunicação entre as vertentes dos cuidados de saúde no distrito através da Intranet, na qual se encontra o SAPE. É possível assim, os vários prestadores de cuidados terem acesso aos dados e percurso dos beneficiários. A parametrização tanto dos CSP como dos CSD é visível e acessível para todos os que cuidam das utentes, necessariamente sujeito a sigilo.

Recursos Humanos. Em termos de recursos humanos o serviço integra nove médicos obstetras, sendo um deles o diretor do Serviço. Possui equipa de anestesiologia, composta por um anestesista de urgência para a sala de partos e para as cesarianas, um pediatra que está escalado para a urgência de pediatra e sempre que necessário desloca-se ao serviço.

O funcionamento destas equipas médicas é o seguinte: a equipa médica de obstetrícia é assim constituída sempre por dois médicos que fazem turnos de 24 horas. Relativamente aos pediatras, de segunda a sexta até às 16h mantém-se 1 escalado para o puerpério, para a sala de partos é chamado o pediatra de serviço na urgência de pediatria, apenas é chamado para os partos distócicos. Após as 16h também será o pediatra de serviço de urgência pediátrica que dará apoio caso seja necessário.

Conta também com nove assistentes operacionais em horário de *roulement* e uma administrativa que está presente de segunda a sexta-feira até às 17h.

Quanto à equipa de enfermagem é liderada por Enfermeira-Chefe de carreira, 12 enfermeiras especialistas, sendo uma a enfermeira chefe do Serviço, nove enfermeiras generalistas. Relativamente aos horários da equipa de Enfermagem, no turno da manhã, estão escalados sempre dois enfermeiros na sala de partos e dois no puerpério, além da enfermeira chefe; no turno da tarde e noite mantém-se o rácio de enfermeiros para a sala de partos e no puerpério, à exceção do puerpério no turno da noite, em que fica apenas uma enfermeira escalada. Sempre que é necessário evacuar alguma grávida, no turno da manhã e tarde é chamada uma EESMO de casa, no turno da noite é a enfermeira escalada para a urgência que transfere a grávida.

O Método de Trabalho da equipa de Enfermagem é o individual, que consiste na atribuição de um determinado número de puérperas segundo o sistema de classificação realizado no dia anterior (Pinheiro, 1994). A passagem de turno é realizada com todas as enfermeiras presentes, da sala de partos, urgência e internamento de puerpério, uma vez que

apesar de ser utilizado este método, não impede que seja promovido o espírito de entreatajuda da equipa.

Como elementos da equipa multidisciplinar os enfermeiros estão em constante interação com outros profissionais, nomeadamente assistentes operacionais, psicólogos, assistentes sociais, secretária de unidade.

2.3. DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

No enquadramento da fase de transição da alta hospitalar e regresso a casa, a competência é definida como a habilidade para desempenhar uma tarefa específica, produzindo resultados desejáveis. Desempenhar e desenvolver competências é a base de sustentação para uma assistência com qualidade no período puerperal (Cunha, Mamede, Dotto & Mamede, 2009).

A constituição da família é hoje em dia bastante diferente das famílias anteriores, onde conviviam e partilhavam o mesmo espaço figuras de várias gerações. Silva (2006) refere que uma constante mudança da sociedade obrigou a um novo conceito de família, que tradicionalmente é entendida como família nuclear, ou seja, constituída apenas pelo pai, mãe e os filhos. Nos dias de hoje, a imagem de família encontra-se deveras modificada, assumindo novas definições, sendo vista como a imagem da integração social do indivíduo. É o primeiro grupo onde a criança se começa a socializar, seguindo depois para outros grupos sociais à medida que cresce e se desenvolve. É a unidade básica da nossa sociedade.

Perante a evolução socialmente constatável da família, os cuidados de saúde oferecidos pelo EESMO têm necessariamente que adaptar-se a estas mudanças, ou correriam o risco de não responder ao seu espírito cuidativo fundamental.

2.3.1. Processo de aquisição de competências SMO

Na família decorrem fases de transição com grande significado, já que transformam o agregado residente. Nas fases importantes de transição da família, situa-se o puerpério. Em grande parte das mulheres, o puerpério é um período que decorre de uma forma natural,

necessitando de um número mínimo de intervenções. No entanto, em alguns casos, detetar atempadamente situações de risco, é o primeiro grande passo para que se evite a ocorrência de complicações com risco de vida (Cabral et al, 2010).

Tal como referem Cabral et al. (2010), a enfermagem tem melhorado os seus conhecimentos técnico-científicos de forma a obter cuidados de excelência perante uma sociedade cada vez mais exigente e as famílias que a compõem. Há que tentar corresponder às exigências e necessidades das utentes em contexto de cuidados obstétricos, já que de acordo com estudos referidos por Jackson (2012), há registos de apoio inadequado e de sentimentos de abandono por parte de mulheres que estão, em ambiente hospitalar pós-parto.

No enquadramento da aquisição de competências em SMO e particularmente para a realização do projeto houve necessidade de investir em conhecimentos referentes aos 1) conteúdos dos cuidados hospitalares relativos à preparação para a alta da parturiente e 2) aos cuidados puerperais no domicílio, no sentido de identificar as possíveis articulações. Assim, considerando a assistência às utentes em fase de transição para a maternidade, o atual projeto pretende propor medidas e instrumentos de interação, de registo, de seguimento das mulheres, que utilizados pelos enfermeiros de ambos os campos clínicos, possam trazer benefícios na vivência da maternidade.

A sub-região de saúde de Beja além dos 12 ESMOS que exercem nos CSD em meio hospitalar, conta atualmente com oito enfermeiras EESMO. Estas profissionais inseridas no contexto dos restantes serviços são responsáveis pela consulta de Saúde Materna inserida na equipa nuclear de saúde. Contudo as suas competências, diga-se que em abrangência de utentes, não são completamente rentabilizadas, uma vez que a revisão puerperal é realizada por enfermeiras generalistas. Tal é porventura discutível, pois a supervisão e o acompanhamento de toda a gravidez e pós-parto são da máxima importância para resultados físicos e emocionalmente satisfatórios.

A consulta puerperal, embora frequentemente ocorra cerca das seis semanas pós-parto acompanhando a decisão contraceptiva (DGS, 2004), poderá ser antecipada de acordo com as necessidades das utentes (Piejko, 2006). Centa et al (2002) defendem que esta deveria ser realizada entre o 7º e o 10º dia, em particular nas primíparas, juntamente com a primeira consulta da criança, já que se deparam frequentemente com dúvidas e problemas.

Há interesses mútuos nos dois campos clínicos de atuação, correspondendo e exprimindo na realidade as competências profissionais definidas pelo órgão regulador (Portugal, 2011b) e que se sumariam na figura 5, referidas neste caso ao enquadramento entre a alta hospitalar e o puerpério no domicílio.

Unidades de Competência	Critérios de Avaliação
<p>H4.1. Promove a saúde da mulher e RN no período pós-natal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informa e orienta sobre os recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às necessidades da puérpera e do RN, promovendo uma decisão esclarecida. • Planeia intervenções de apoio ao aleitamento materno; • Concebe, planeia, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência do puerpério, potenciando uma parentalidade responsável;
<p>H4.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica e monitoriza alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação; • Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher após o parto;
<p>H4.3. Providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à puérpera, incluindo conviventes significativos; • Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de recuperação pós-parto; • Concebe, planeia, implementa e avalia medidas corretivas ao processo de aleitamento materno; • Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-parto, com patologia associada e/ou concomitante; • Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, em casos de alterações morfológicas do RN e durante o período de luto em caso de morte fetal;

Figura 5- Competências do EESMO relativas à Fase de Transição para a Maternidade (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

2.3.2. Processo de aquisição de competências no Grupo das Beneficiárias de cuidados SMO

É na família, na decisão ou acaso dos progenitores, que se determina e/ou aceita o numero de filhos no casal. Sá e Cunha (1996) referem que a decisão de ter filhos e de quantos

ter é programada em função de fatores temporais, económicos e por uma realização profissional, fazendo depender totalmente o surgimento de famílias novas.

Na experiência pessoal como mestrande de Saúde Materna e Obstetrícia [SMO], durante o estágio de CSP, constatou-se que muitos casais demonstravam algum descontentamento, inquietação no que diz respeito à saúde da mulher no período puerperal. Nesta fase o vínculo entre a puérpera e os serviços de saúde da sua área de residência é essencial, inculcando um sentimento de confiança e de apoio (Cabral et al, 2010). A falta de tempo demonstrada pelos CSP aliado à escassez de recursos humanos especializados faz com que a grande maioria das mulheres apenas procure estes cuidados aquando da vacinação e da realização do diagnóstico precoce dos seus filhos, não realizando a consulta da revisão puerperal. Cheng, Fowles & Walker (2006) defendem que os enfermeiros estão numa posição fulcral para contribuir para as políticas de saúde e práticas, que podem melhorar a assistência das mulheres após o parto.

Sublinha-se assim a importância da comunicação e interação entre CSD e CSP, centradas na utente, de maneira a identificar e diagnosticar as suas necessidades de cuidados [i.e. físicos, psíquicos, sociais], dada a carência de modelos de *maternage* nas famílias atuais. De fato, no atual enquadramento social, é de esperar que as mulheres que se tornam mães, ao adiarem a maternidade, ao investirem nas habilitações e na carreira, ao não terem modelos familiares recentes de cuidados à criança, tenham níveis de ansiedade elevada quando se sentem chamadas a desempenhar papéis que muito desejam, mas que pouco conhecem.

3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

A população, de acordo com Fortin (1999), é um conjunto de sujeitos com características comuns, sendo a população alvo, aquela em que o investigador está interessado. Segue-se a descrição da população de utentes/beneficiários de cuidados e dos respetivos cuidadores, já que as intervenções propostas se dirigem a ambos os grupos.

3.1. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/UTENTES

Considera-se no atual Relatório dois grupos de população:

- 1) As enfermeiras que prestam cuidados na Unidade de Internamento no Puerpério Obstetrícia do Hospital José Joaquim Fernandes e nos CSP da área de abrangência;
- 2) As utentes que utilizam o Serviço de Obstetrícia do Hospital José Joaquim Fernandes e utilizadoras dos CSP da área de abrangência.

3.1.1. Caracterização geral das enfermeiras que exercem no Serviço de Internamento do Puerpério do Hospital José Joaquim Fernandes

Da equipa de puerpério responderam 10 enfermeiras, com idades compreendidas entre os 30 e 38 anos e média de 33,3 anos, todas do sexo feminino. No serviço existem duas EESMO, quatro enfermeiras que terminaram a especialidade e aguardam a certificação da Ordem e quatro generalistas. Quanto à formação contínua, todas realizaram os cursos de suporte básico de vida [SBV] e Controle de Infecção; com igual representação encontra-se o suporte avançado de vida [SAV] e Curso de Preparação para o Parto [CPP], conforme figura 6.

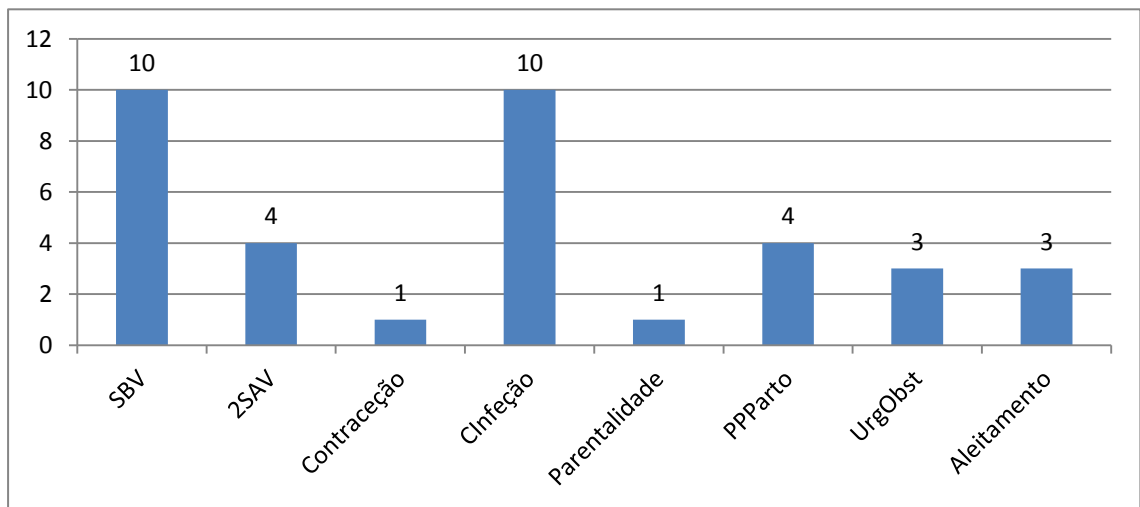


Figura 6 - Formação Contínua das Enfermeiras que exercem no Puerpério

O tempo de exercício na clínica é em média de 10 anos. Para as EESMO o tempo médio de exercício é de quatro anos. Dados mais pormenorizados encontram-se no Apêndice B.

3.1.2. Dados caracterizadores das EESMO que exercem nos Cuidados de Saúde Primários

Por extensão e dado o carácter e objetivos do atual Relatório, será necessário dar a conhecer alguns aspetos caracterizadores dos nossos parceiros nos CSP.

No nosso panorama distrital, se bem que sejam praticamente inexistentes as grávidas sem vigilância (nos centros de saúde ou no setor privado da saúde), durante anos não foi dado relevo à educação para a saúde nesta área. Porém atualmente os centros de saúde da ULSBA contam neste momento com nove EESMO, que estão em condições de oferecer a todas as grávidas cuidados de preparação para o parto, realização de cardiotocografias e consultas de enfermagem especializadas. Uma perspetiva aproximada da distribuição por área de atuação, nas mulheres em idade fértil (i.e.15-49 anos) pode ser vista na figura 7.

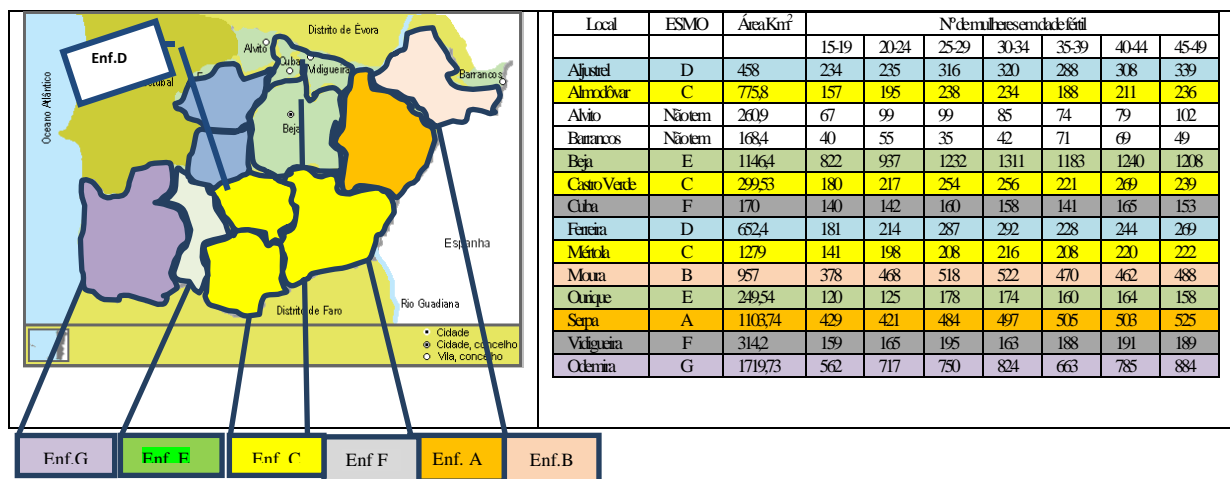


Figura 7-Distribuição da área de atuação do EESMO conforme o grupo de mulheres em idade fértil (INE, 2008)

Constata-se que as profissionais a exercer no contato com as utentes, a sua formação especializada decorre desde há sensivelmente 15 anos. A faixa etária encontra-se entre 31 e os 55 anos de idade e são todas do sexo feminino.

Dotados de meios humanos competentes, anos após ano, a cobertura tem sido aumentada; 50% dos casos abordados no Relatório atual foram assistidas na sua gravidez tanto em regime particular como no centro de saúde, prevalecendo os centros de saúde (Apêndice C).

O EESMO não pode trabalhar desinserido do contexto dos restantes serviços, tendo sido preconizado que as enfermeiras de família devem ser responsáveis pela consulta de Saúde Materna inserida na equipa nuclear de saúde, enquanto o EESMO deve oferecer serviços especializados em enfermagem de Saúde Materna. A discussão estará porventura no entendimento ou conceito sobre o que significa “serviços especializados”.

Estes factos levam a que ainda surjam algumas lacunas, ou seja, enquanto no período gravídico o casal é seguido pelo EESMO, tal não acontece no período puerperal. Apesar das notícias e melhorias verificadas na Administração Regional de Saúde do Alentejo [ARSA] (ARSA, 2012), no campo quotidiano dos cuidados, a visita domiciliária acontece em algumas regiões do distrito de Beja conforme as disponibilidades dos profissionais em cada núcleo dos CSP da ULSBA. Das interações necessárias ao evoluir do atual Relatório e por contatos com algumas colegas dos CSP pode constatar-se que tal se deve ao fato de esta sub-região de saúde ser muito extensa e os recursos humanos escassos.

3.1.3 Dados Caracterizadores do Grupo das Beneficiárias de Cuidados participantes

Em exercício de funções neste serviço desde Agosto de 2007, constata-se que cada vez mais, a alta precoce no pós-parto é uma tendência que cobre um grande número de utentes das maternidades. A alta hospitalar representa para muitos casais, no espaço que dominam e que é a sua casa, o desconhecido, o emergir de medos e ansiedades. Estas puérperas quando regressam ao domicílio levam dúvidas e muitas vezes não têm os apoios familiares necessários para a resolução dos problemas (Cabral *et al*, 2002; Cheng, *et al*, 2006).

No ano de 2011 estiveram sob regime de internamento na maternidade da ULSBA cerca de 1150 puérperas, conforme registo no Livro de Partos de 2011). Contudo, não existindo recursos em tempo para abordar a população de beneficiárias e aplicar métodos mais rigorosos na seleção da amostra (i.e. amostra aleatória), fez-se um levantamento, em amostra de conveniência, no qual participaram 116 puérperas.

O grupo de utentes observado no atual Relatório é constituído pelas puérperas que durante o espaço de tempo entre Maio e 15 de Novembro de 2012 tiveram parto na ULSBA e se mostraram interessadas e disponíveis em participar. A todas as mulheres foi garantido o anonimato, o respeito pelos seus dados, obtendo-se o seu consentimento informado. Para além destes procedimentos éticos foi efetuado um pedido de autorização formal, ao Conselho de Administração da ULSBA (Apêndice D) com a finalidade de aplicar os questionários e quando necessário, a consulta dos processos da amostra para recolha de dados.

Analisando a figura 8, podemos observar que a maioria das puérperas se situa na faixa etária dos 30 aos 34 anos de idade, sendo a maior parte primíparas. De fato os resultados na ULSBA são condicentes com os dados nacionais inscritos na Base de Dados Pordata que indica a maior representação de nascimentos (82,8% dos nascimentos) na faixa etária 30-34 anos (Pordata, 2013).

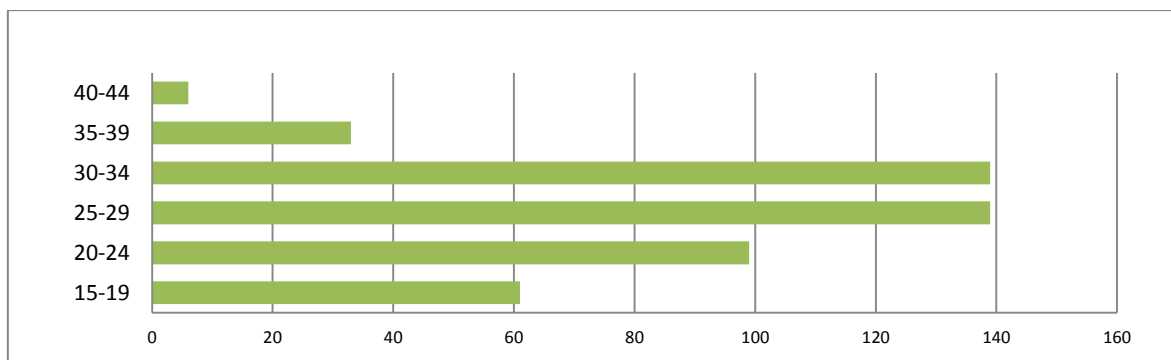


Figura 8- Primíparas em 2011 de acordo com Grupo Etário da Mãe (Livro de partos da ULSBA, 2011)

Tal como referem Leal (2005) e Canavarro (2001), com o evoluir da sociedade, mulheres/homens estão cada vez mais ocupados e competitivos, sendo a questão familiar deixada para mais tarde. O primeiro contacto com crianças é muitas vezes no momento em que têm o seu primeiro filho.

No levantamento de dados participaram 116 puérperas, com idades compreendidas entre os 18 e os 43 anos de idade, sendo a média de 30,5 anos. A maior parte das senhoras é de nacionalidade portuguesa. Nas estrangeiras, regista-se uma brasileira, uma búlgara, uma romena, uma suíça e duas chinesas. Quanto ao estado civil, a maioria das senhoras é casada ou vive em união de fato.

No que concerne às habilitações literárias, 21,6% possuíam o ensino básico, 46,6% o ensino secundário (12ºano), 6% o bacharelato e 25,9% concluíram licenciatura ou mestrado. Relativamente ao Índice de Massa Corporal [IMC] antes da gravidez, a maioria das participantes (N=72; 62,1%) encontrava-se no peso ideal, porém em 19 mulheres (16,3%) registava-se obesidade nos três últimos graus, conforme classificação revista pela World Health Organization [WHO] e referida ao ano de 2004 (WHO, 2013).

Verifica-se na figura 9 quanto ao tipo de casa, que a maioria das participantes reside em andar espaçoso e confortável e que apenas 0,9% reside em casa ou andar degradado.

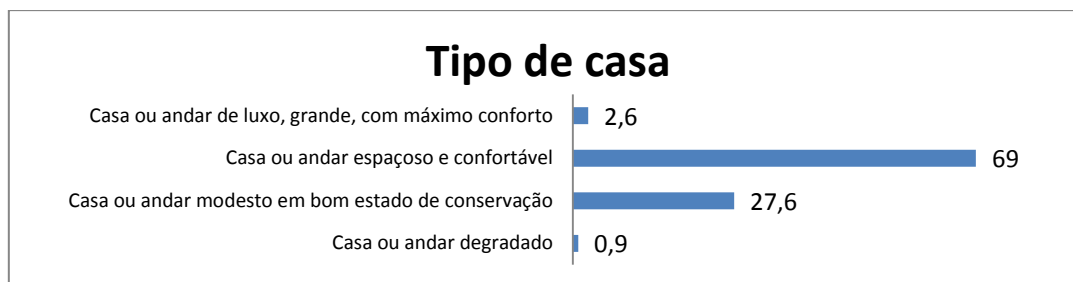


Figura 9- Tipo de habitação das puérperas inquiridas

Relativamente à sua situação socioeconómica, a maioria das senhoras tem como rendimento um vencimento mensal fixo, o grupo profissional mais representado (figura 10) na amostra são assalariadas agrícolas seguindo-se as pequenas agricultoras. A maioria das participantes, cerca de 75,9%, encontra-se atualmente no ativo exercendo uma atividade.

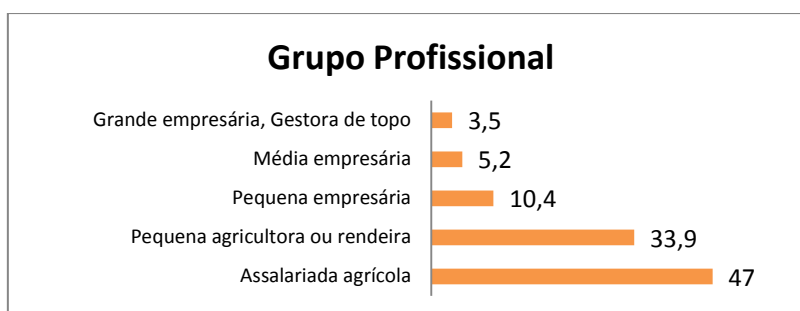


Figura 10- Grupo profissional das puérperas inquiridas

Aspeto também muito importante, devido à atual conjuntura social, a maior parte das participantes com emprego teve facilidades para ir às consultas, exames, preparação para o parto ou outras necessárias (73,9%).

O tipo de agregado familiar das participantes é variado, mas a maior representação está na família nuclear com 1 filho (48,9%). De salientar ainda que a maioria das participantes tem 1 filho único (50,9%).

Relativamente à participação das grávidas nas aulas de preparação para o parto, metade do grupo (50%) frequentaram aulas de preparação para o parto. Tal como se pode verificar na figura 11, cerca de 56,9% das puérperas refere ter feito vigilância em regime

misto, mas observa-se uma predominância do Centro de Saúde. Metade do grupo fez Curso de Preparação para o Parto [CPPP].

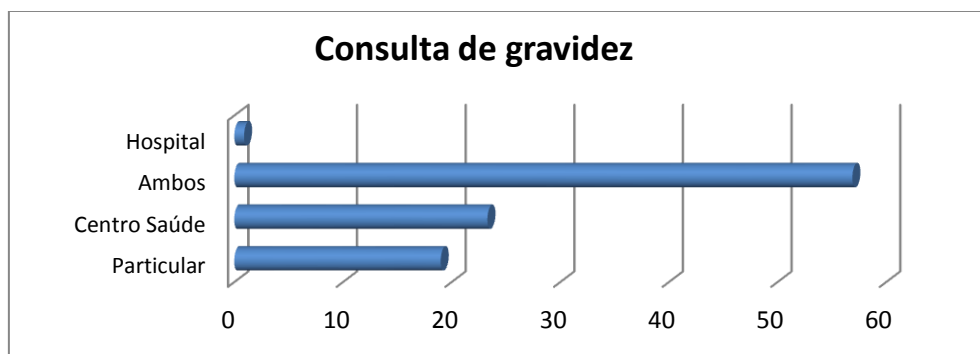


Figura 11- Local da consulta de gravidez

A maior parte das senhoras teve parto eutócico (n=59; 50,9%), correspondendo a cerca de metade das participantes, registando-se contudo um número elevado de cesarianas (32,8%); Na maioria foi aplicada analgesia epidural (N=93; 80,2%).

Em escala de 0 a 100, o nível médio de dor que as puérperas recordam do TP é de 57,13 (DP=31,39); a perceção de apoio por parte das enfermeiras, avaliada numa escala do mesmo tipo foi de 72,63 (DP=30,14).

Quanto ao recém-nascido a maior parte das senhoras teve filhos do sexo masculino (N=62; 53,4%), sendo o peso da maioria dos RN (N=81; 69,8%) entre os 2,5 e os 3,4Kg.

3.2. CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO-ALVO

Na relação beneficiário-utente é necessário encontrar um equilíbrio entre o que o utente necessita e aquilo que o prestador de cuidados pode oferecer. Assim o texto das secções seguintes refere-se à caracterização:

- No grupo das Enfermeiras: a) Práticas e opiniões sobre instrumentos de comunicação entre CSD e CSP na ULSBA

- No grupo das Utentes: a) Autoeficácia nos Cuidados Maternos à data da alta e aos 10-15 dias no domicílio

Esta abordagem pretende realizar a 1) caracterização das enfermeiras quanto aos instrumentos que usam na comunicação com os CSP, a 2) caracterização das participantes, em meio hospitalar, à data da alta, quanto às necessidades e intenções no puerpério e 3) a caracterização das participantes, em casa, quanto às necessidades e dificuldades no puerpério.

3.2.1. Caracterização da comunicação entre CSD e CSP quanto à validade dos instrumentos

Vivenciar o ciclo gravídico-puerperal de uma forma harmoniosa tem sido o objetivo de várias instâncias a nível mundial. Tal como referem Cunha et al (2009), para atingir tal objetivo, é essencial a presença de um profissional qualificado que acompanhe o casal desde o período pré-concepcional até ao pós-parto. Na ULSBA vários têm sido os esforços mobilizados para dotar enfermeiros dessas mesmas habilidades em cuidados de saúde primários e diferenciados. Uma comunicação eficaz entre CSD e CSP, no sentido das boas práticas na comunicação entre os provedores de cuidados, é uma das *Guidelines* recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2010).

Durante o internamento hospitalar, vários são os ensinamentos realizados à puérpera, e sempre que necessário, são reforçados, tentando criar a máxima autonomia em todas as puéperas. Porém, a continuidade dos cuidados pode ser melhorada através de estratégias formais eficazmente estabelecidas entre os CSD e os CSP. Referimo-nos, para exemplo, à actual Carta de Alta, onde são transmitidos quais os ensinamentos realizados. Não aborda no entanto a existência de evidências práticas da apreensão dos cuidados pela mãe, ou se surge alguma intercorrência hospitalar.

Com o objetivo de avaliar a opinião dos enfermeiros do internamento de puerpério, foi-lhes aplicado um questionário (Apêndice B). Este revelou a opinião das enfermeiras do puerpério relativamente à Carta de Alta. Cerca de 40% das enfermeiras salientam que a Carta de Alta é um bom meio de comunicação relatando aspetos importantes sobre o parto, o puerpério e a amamentação, autonomia nos cuidados durante o internamento transferindo o seguimento da puérpera para a enfermeira dos CSP, o que permite a continuidade dos cuidados.

Os aspetos negativos da carta de alta como meio de comunicação entre os CSD e os CSP são referidos pelas enfermeiras da seguintes maneira: 80% das inquiridas referem que é uma folha que se perde facilmente, 30% relatam que não é valorizada pelas Enfermeiras CSP - pouca importância dada pela colega dos CSP - desconhecendo o feedback. Cerca de 50% das enfermeiras, considera a Carta de Alta “algumas vezes eficaz”, tal como se pode verificar na figura 12.

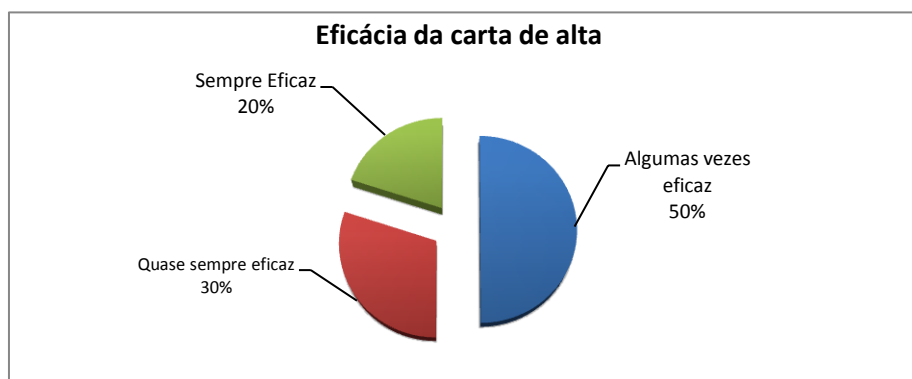


Figura 12- Eficácia da carta de alta

3.2.2 Cuidados e necessidades específicas da população-alvo

No grupo de utentes o Planeamento da aplicação dos instrumentos para caraterizar as necessidades específicas da população de utentes ocorreu em dois tempos conforme se apresenta nas figuras 12 e 13.

Questionário autopreenchimento		
Alimentação RN	Perceção de competência para Cuidar RN (Barnes & Adamson-Macedo, 2007)	Intenções do Tipo alimentação RN (Nommsen-Rivers, & Dewey 2009)

Figura 13- Questionário à Data da Alta Hospitalar (Apêndice E).

Questionário via correio					
Alimentação RN no Hospital Alimentação RN em casa	Carat. RN	Convições sobre AM (Humphreys, Thompson & Miner, 1998)	Perceção de competência para Cuidar RN (Barnes & Adamson-Macedo, 2007)	Expetativas de Necessidades pós-parto (Logsdon, Usui , Birkimer & McBride, 1996)	Expetativas de Ajudas pós-parto (Logsdon, Usui , Birkimer & McBride, 1996).

Figura 14-Questionário aos 10-15 dias Pós-Alta Hospitalar (Apêndice F).

3.2.2.1 Cuidados e necessidades específicas das Puérperas à data da Alta

Apresentam-se seguidamente os principais resultados de diagnóstico da situação, que em maior pormenor podem ser consultados no Apêndice C.

Em escalas de 0 a 100, o nível medio de segurança das mães na alimentação do RN foi de 79,00 (DP=19,08) e a perceção quanto ao apoio recebido da parte das enfermeiras foi em média de 90,30 (DP=14,33). Quanto às competências percebidas pelas mães para os cuidados maternos, os resultados apresentam-se na figura 15.

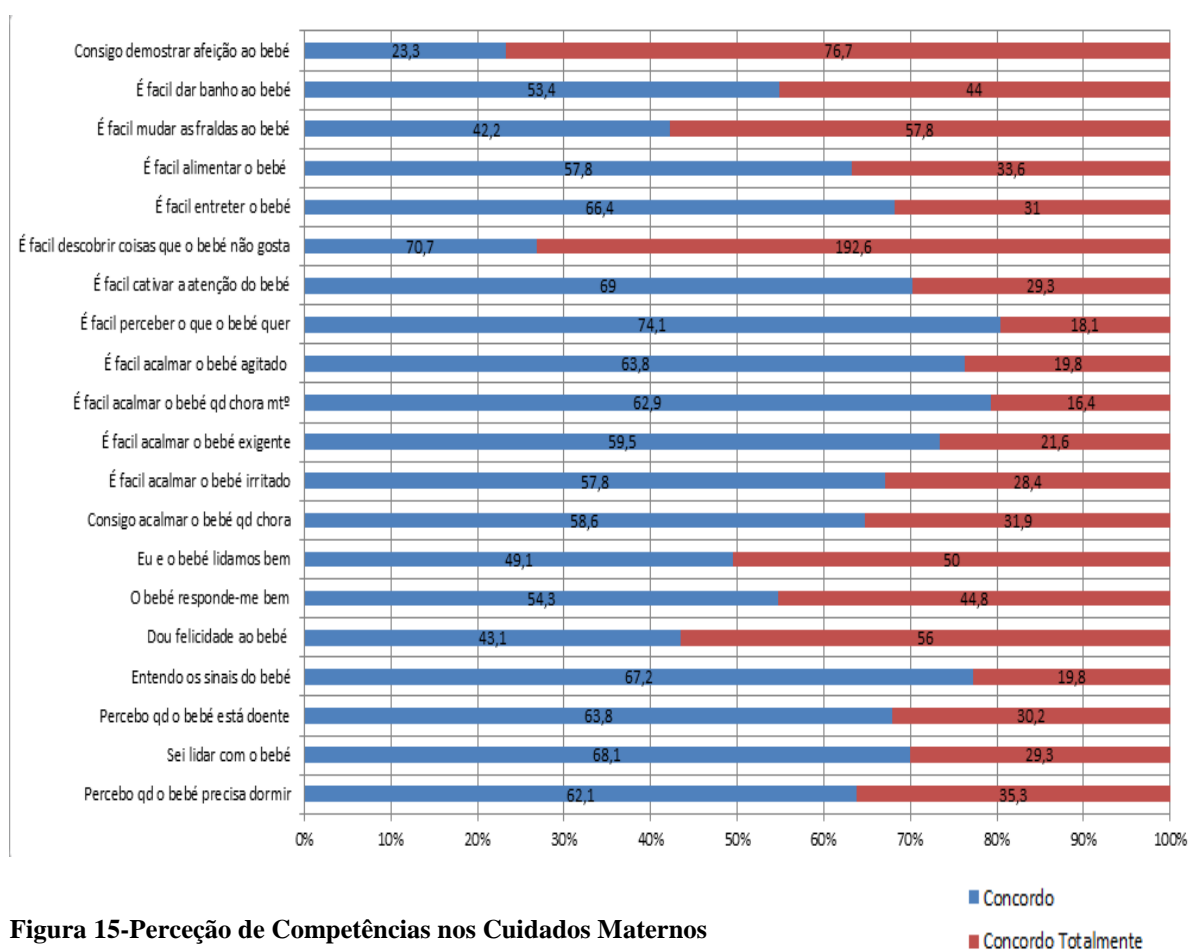


Figura 15-Perceção de Competências nos Cuidados Maternos

Relativamente às intenções de amamentar, em média as intenções de amamentação das participantes são elevadas (M=13,42; DP=3,15); Na figura 16 observa-se que as mães se declaram empenhadas em amamentar em exclusivo o seu filho. Repare-se que a intenção se estende a mais de metade das mulheres até à conclusão dos 6 meses da criança.

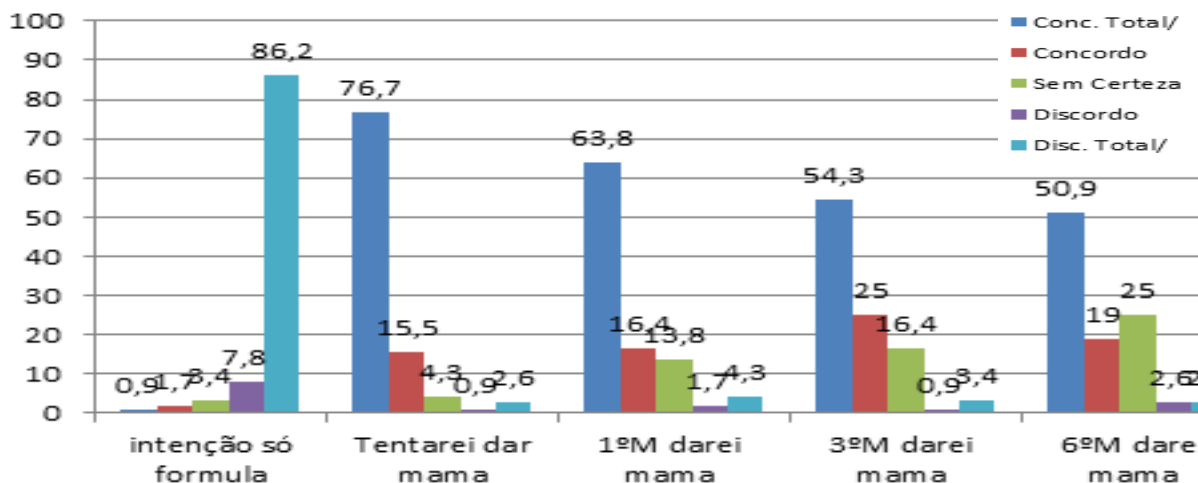


Figura 16- Intenções das Puérperas relativamente à Amamentação da Criança

3.2.2.2. Cuidados e necessidades específicas das Puérperas no Domicílio

Passados 10 a 15 dias pós-parto, as mesmas puérperas voltaram a responder a um questionário (Apêndice F). Apresenta-se seguidamente os resultados. Uma descrição mais pormenorizada encontra-se no Apêndice G.

Participaram no 2º Questionário as mesmas utentes que tinham preenchido o primeiro em meio hospitalar. A idade do(a) filho(a) da participante, à data da aplicação do 2º Questionário era em média 15,6 dias, variando entre 5 e 31 dias.

Relativamente à alimentação dos RN, 81,9% dos bebés durante o internamento só tomou Leite Materno [LM], registam-se 18 casos de alimentação mista e 2 casos de leite artificial [LA] em exclusivo (figura 17).

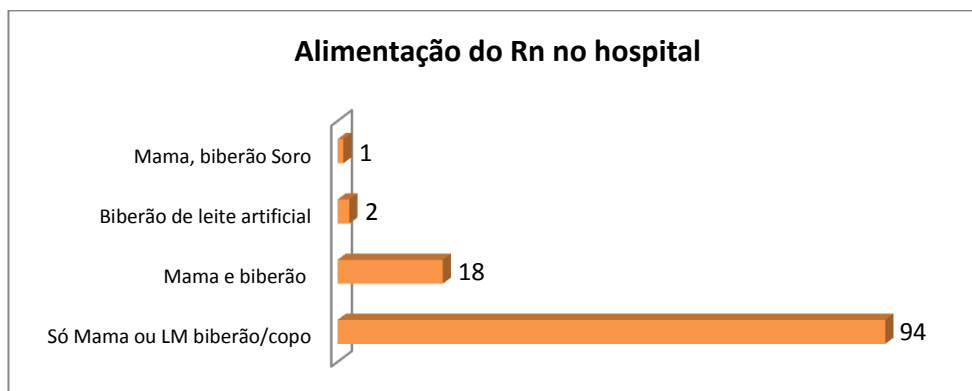


Figura 17- Tipo de alimentação do Recém-nascido no hospital

Quando inquiridas sobre o momento em que foi introduzido outro tipo de alimentação que não o LM, das senhoras que responderam, em 14 casos, o biberão foi introduzido ao 1º dia de vida, seguindo-se 5 casos ao 2º dia de vida do RN. As razões invocadas para dar fórmula ao RN foram o choro persistente e o internamento em Neonatologia.

A percepção da puérpera quanto à autoeficácia nos cuidados ao Recém-nascido apresenta uma média significativamente mais elevada em casa (M=71.41; DP=7.62), comparativamente ao tempo em que a puérpera se encontrava no hospital (M=65.5; DP=7.29). Uma perspetiva comparativa dos níveis de autoeficácia nos cuidados ao Recém-nascido no hospital (i.e. T1) e no domicílio (i.e.T2) encontram-se na figura 18, onde se constata que regra geral é mais elevada em casa.

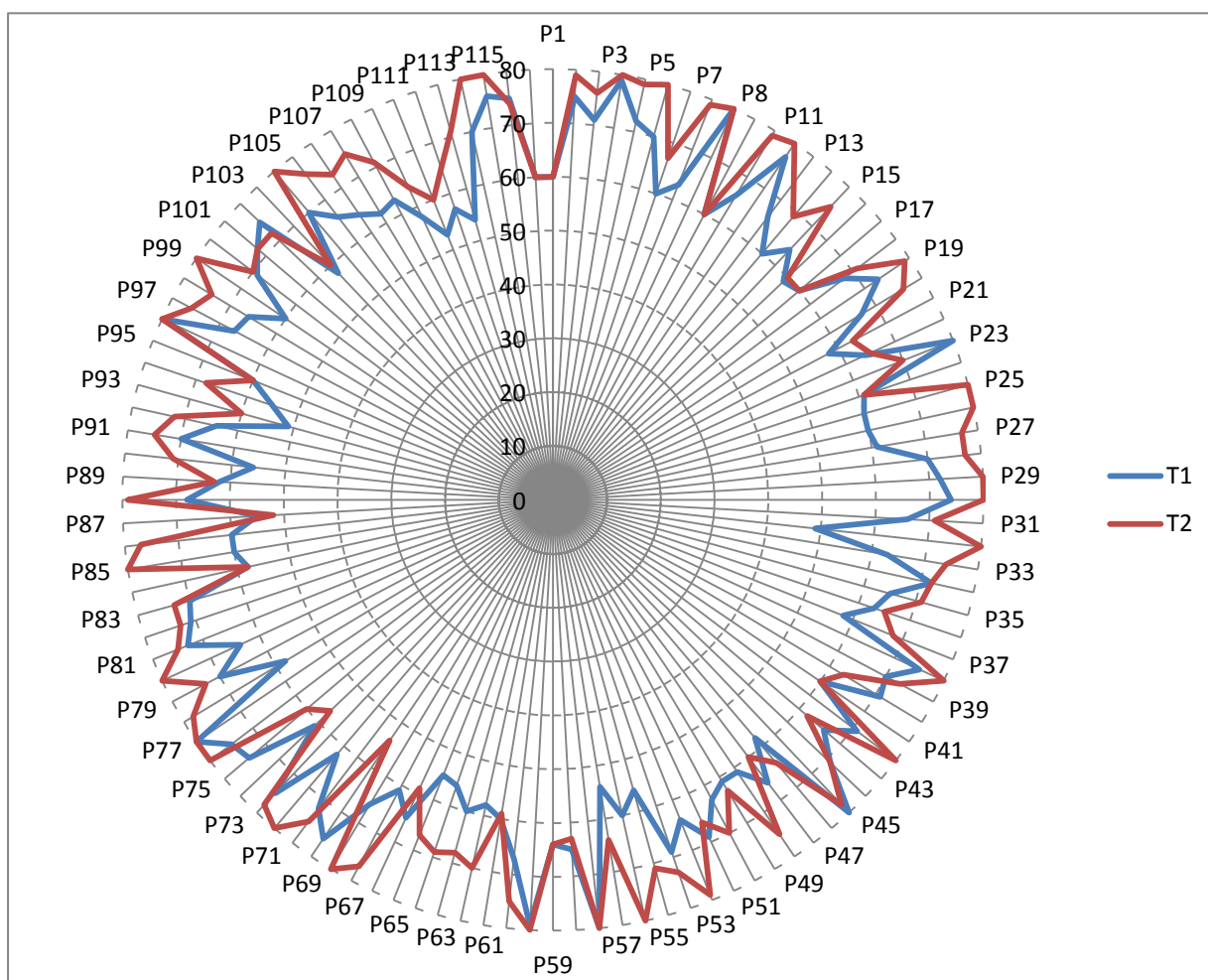


Figura 18 Níveis de Autoeficácia nos cuidados ao RN no Hospital e no Domicílio

Em média, as necessidades de ajuda e a ajuda real que as parturientes tiveram em casa não apresentam diferenças significativas. A figura 19 apresenta os resultados

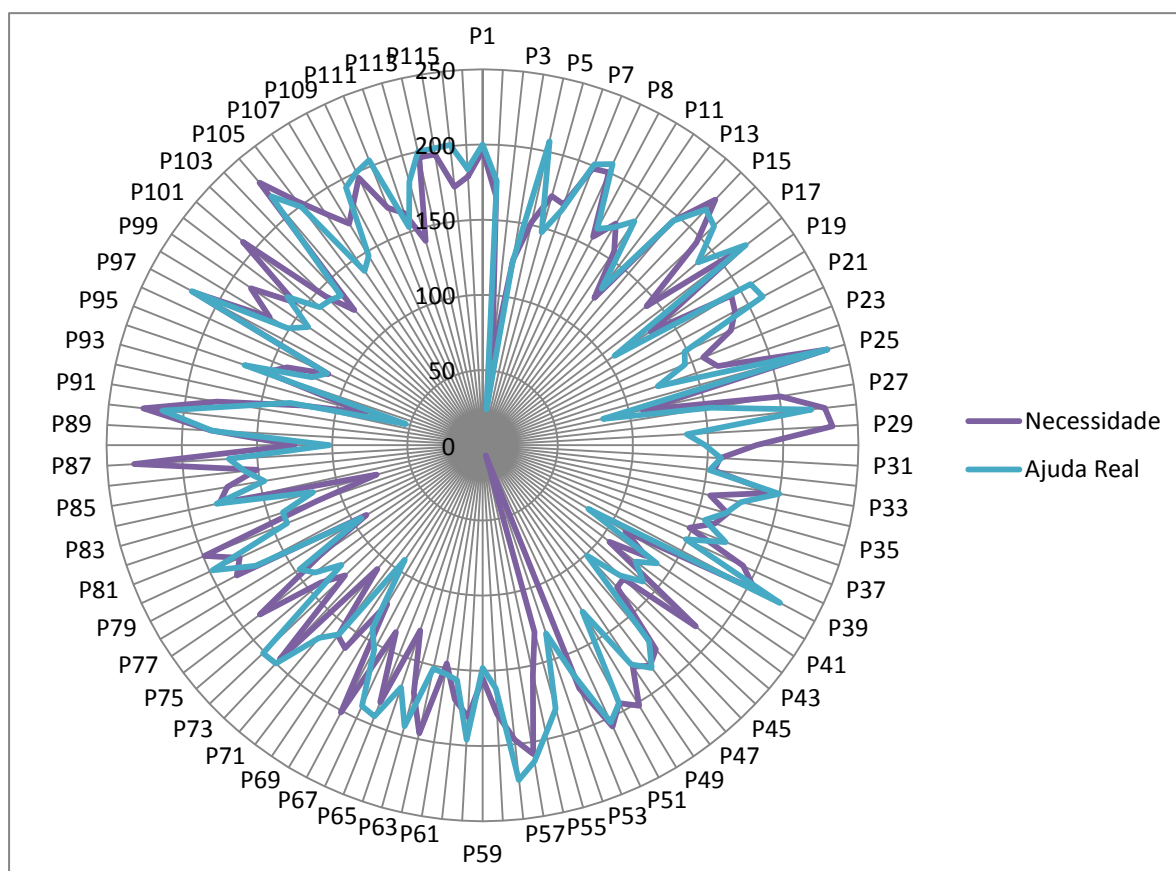


Figura 19 Perceção de Necessidade de Ajuda e Ajuda Real

3.3. ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM POPULAÇÃO-ALVO

No sentido de identificar programas ativos no país, realizou-se uma pesquisa na Internet. Na pesquisa realizada sobre a disponibilidade de visitas domiciliária no pós-parto realizada por instituições de CSD, encontra-se, o Hospital dos Lusíadas, que para facilitar a transição do hospital para casa, no momento da alta clínica agenda uma visita domiciliária, com o objetivo de avaliar e apoiar a mãe e o recém-nascido nesta etapa.

Em instituições estatais, nomeadamente em CSP começam a surgir programas que têm na visita domiciliária puerperal, uma missão a cumprir. É disso exemplo o caso da USF da Serra da Lousã que explicitamente coloca como objetivo “Obter uma percentagem de

visitas domiciliárias a puérperas vigiadas na USF durante a gravidez de 60%” (USF Serra da Lousã, 2012); outro exemplo é a USF Terras de Santa Maria, que prevê nas suas atividades o agendamento da consulta da revisão do puerpério e uma cobertura de 90% das puérperas e recém-nascidos (Administração de Saúde do Norte, 2012).

Na nossa região do Baixo Alentejo, são escassos os centros de saúde que tem agendado a visita domiciliária no período puerperal. Quando o fazem, na maior parte são situações que estão referenciadas previamente por motivos socioeconómicos. No entanto, neste contexto a ULSBA além de vários Cantinhos da Amamentação, em alguns centros de saúde (i.e. Projeto “Amor ao Colo” localizado em Ferreira do Alentejo (ARSA, 2012)), utiliza como uma outra estratégia de aproximação, diálogos entre mulheres com filhos até aos 2 anos e grávidas, facilitando o esclarecimento de algumas dúvidas e mitos próprios desta nova fase da vida de um casal.

Contudo, os programas difundidos na Internet que foi possível identificar, definem objetivos e atividades, mas não transmitem maior investimento em estudos sobre estas situações de ligação entre CSP e CSD relativamente aos cuidados puerperais. Ou seja, da pesquisa que foi possível realizar não se descortinam estudos ocorridos sobre esta temática. Assim, recorre-se a artigos nacionais/internacionais, que abordam a relação CSP e CSD em contexto puerperal ou de assistência à puérpera no âmbito da transição do hospital para casa. Pode consultar-se no Apêndice I a síntese da pesquisa.

Nos estudos encontrados Beake, Bick e Weavers (2012), Coulm e Blondel (2013), Cusack, Hall, Scruby e Wong (2008), Cheng *et al* (2006), recomendam que os cuidados puerperais devem ser individualizados, de acordo com as necessidades físicas e emocionais de cada mulher, pois a tendência para uma alta precoce deverá continuar devido às pressões económicas dos países. Segundo os mesmos autores, deverão as instituições criar serviços pós-alta de forma a ser assegurada a continuidade dos cuidados a todas as mulheres apesar de não serem referidos em políticas nacionais/internacionais ou objetivos de saúde. Cheng *et al* (2006) defendem que os enfermeiros estão numa posição fulcral para contribuir para as políticas de saúde e para práticas que podem melhorar a assistência a mulheres após o parto, incentivando o apoio familiar, oferecendo suporte a grupos, criando programas educacionais a longo prazo e realizando pesquisas focadas na saúde materna pós-parto.

No estudo realizado por Centa, *et al* (2002), refere-se que as puérperas realizam a revisão puerperal muito mais tarde que o preconizado (6 semanas), optando por seguir as orientações dadas pela família. Os mesmos autores defendem que a revisão puerperal deveria ser realizada entre o 7º e o 10º dia, em particular nas primíparas, juntamente com a primeira

consulta da criança, já que se deparam frequentemente com dúvidas e problemas. Esta primeira consulta focaria aspetos preventivos, educativos e terapêuticos adequados a cada puérpera. Existiria previamente a esta consulta um contacto telefónico ou escrito (Carta de Alta) com a enfermeira dos cuidados pós-natais, permitindo que fosse definida uma consulta o mais adaptada possível a cada situação. Não é suficiente informar, é preciso construir junto das puérperas e da sua família uma nova conceção de educação para a saúde.

Pesson, Fridlund, Kvist e Dykes (2010) referem que as puérperas dão muita importância à comunicação com os profissionais de saúde. As atitudes dos enfermeiros devem ser discutidas continuamente em todas as unidades de prestação de cuidados de maternidade, não esquecendo a atitudes para com o pai e o significado da sua presença para o bem-estar da família. O pai deve ser sempre incluído na prestação de cuidados ao RN bem como nas sessões de educação para a saúde. A preparação para o início do período pós-parto é importante e todas as informações prestadas devem ser coerentes. Integrar o pai, facilita o processo, oferece proximidade ao casal nas responsabilidades a partilhar. Sobretudo esclarece, facto importante se é o primeiro nascimento na família em transição.

Piejko (2006) refere no seu estudo que, os cuidados de saúde materna no pós-parto são um aspeto negligenciado pelos serviços de saúde. Essa negligência é evidente nos objetivos nacionais de saúde, limitada sobretudo a dados estatísticos relacionados com a saúde materna. Certamente que devem recolher-se dados nacionais sobre morbilidade materna pós-parto, mas é importante reformar políticas de cuidados após o parto prestar cuidados de saúde materno holístico e flexível, incentivando a participação em grupos de apoio e suporte familiar e dar início a programas educacionais que são recomendadas. É necessário assim, uma investigação adicional sobre questões relacionadas à saúde materna após o parto.

3.4. RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO

O recrutamento dos grupos-alvo foi realizado num enquadramento de disponibilidade. Assim constituiu-se uma amostra de conveniência (Fortin, 2009) para as utentes. Relativamente às enfermeiras, a amostra coincide com a população já que foi recrutada toda a equipa. Para a recolha de dados respeitaram-se os princípios éticos, garantindo a confidencialidade das respostas (Fortin, 2009).

3.4.1. Recrutamento do Grupo de Enfermeiras

Para se efetuar o estudo e aplicar o questionário foi solicitado por escrito autorização ao Presidente do Conselho de Administração da ULSBA, à Diretora do Serviço de Obstetrícia e à Enfermeira Chefe do Serviço de Obstetrícia (Apêndice D), no dia 4 de Maio 2012. Neste documento era referido o objeto do estudo. Após 7 dias fomos informadas pelo Enfermeiro Diretor, que tinha sido positiva a autorização para se efetuar o estudo (Apêndice J) no referido serviço.

Como critério de recrutamento do grupo de profissionais, o único definido foi o exercício profissional na Unidade de Puerpério do Hospital – ULSBA.

3.4.2. Recrutamento do Grupo de Puérperas

No recrutamento do grupo de puérperas seguiram-se procedimentos éticos semelhantes aos acima referidos, para o caso do grupo de enfermeiras.

Nos critérios inclusão de recrutamento das puérperas elegeram-se os seguintes:

- Exprimir-se em português
- Residir no Distrito de Beja
- Ter ficado ao cuidado da mestranda pelo menos durante 16 horas [2 turnos] das 48h habitualmente previstas [6 turnos]
- Disponibilizar-se a abordagem num 2º tempo, por resposta via correio [aviso-lembrete feito pela mestranda aproximadamente ao 2º dia antes da data prevista para a 2ª resposta da puérpera]

No momento da alta foi entregue o segundo questionário, a preencher aproximadamente aos 15 dias após o parto, no momento em que vão pesa o RN aos respetivos centros de saúde. Realizou-se na maior parte dos casos aos 15 a 20 dias de puerpério um contato telefónico, perguntando entre muitos outros aspetos, se a puérpera tinha colocado o questionário no correio; quando não se conseguiu contactar a puérpera deixava-se-lhe mensagem obtendo-se retorno ao recado. Foi mais um momento de partilha, onde foram salientando aspetos positivos e negativos do internamento e da adaptação a esta nova fase da sua vida. De facto as participantes mostraram francas atitudes de disponibilidade.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

Para que os objetivos pudessem ser concretizados, foi necessário investigar, realizar contatos com profissionais dos CSP e proceder a revisão da literatura, através da qual resultou todo o suporte teórico para a realização do atual processo e consequente Relatório.

4.1. OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Na nossa prática profissional fomos detetando que vários são os casais que vivenciam o puerpério com grande ansiedade. Atualmente, a alta precoce no puerpério é uma tendência que afeta cada vez maior número de utentes das maternidades, tendo consequência também na organização e prestação de cuidados pelas enfermeiras. Quando vão para casa, os casais transportam consigo dúvidas e muitas vezes não têm os apoios familiares necessários para a resolução dos problemas. Além de ensinamentos, durante o internamento na maternidade incute-se no casal sentimentos de confiança e segurança, para que o puerpério decorra sem qualquer constrangimento. Qualquer intercorrência que seja detetada ainda durante o período de internamento é comunicada aos colegas de cuidados de CSP através da Carta de Alta.

A actual Carta de Alta, onde são transmitidos quais os ensinamentos realizados, não evidencia, na maior parte das vezes, se o casal apreendeu as competências necessárias para que este seja um período de harmonia e segurança para a nova família. Verifica-se que a Carta de Alta, quando entregue ao enfermeiro de CSP, ocorre tardiamente, aquando da consulta do RN realizada no 1º mês de vida. Ou seja, o tempo ótimo de resolução de alguns problemas já foi ultrapassado. Não raras vezes, a Carta de Alta é perdida, não chegando a cumprir a sua função.

Os CSP, tal como refere Graça (2010a), têm como pressupostos a proximidade, a continuidade, a sustentabilidade, a acessibilidade, a eficiência, a participação e a equidade, visando a promoção da saúde, ajudando os indivíduos e famílias a melhorar, manter ou recuperar a saúde, para conseguir a melhor qualidade de vida possível. Desta forma, torna-se fundamental a existência de uma forte comunicação e articulação entre estes e a maternidade. Partindo desta premissa e de que é uma das competências do EESMO, cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde

da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade (Portugal, 2011a) delineamos como objetivo geral para este trabalho:

- **Melhorar a articulação da rede dos cuidados centrados na família em fase procriativa na área de abrangência da sub-região de saúde do Baixo Alentejo.**

4.2. OBJETIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO-ALVO

No âmbito do atual projeto está a qualidade dos cuidados oferecidos e auferidos pela população, já que 1) na vertente dos enfermeiros são os profissionais mais próximos que interagem com as utentes que são o centro de atenção e objeto de interesse, 2) na vertente das clientes, a razão de existência das instituições de saúde.

Tentar perceber o que falha na comunicação, quais os motivos principais da quebra deste elo de ligação entre CD e CSP no momento alta, levou-nos a explorar todo o percurso que os casais percorrem após a alta da maternidade. Perante uma sociedade cada vez mais competitiva, que nos encaminha para uma maternidade tardia, torna-se importante perceber quais seriam as expectativas da mulher no momento da alta, identificar as expectativas de apoio das mães à data da alta hospitalar e identificar a perceção de apoio das mães no período pós-parto.

- Objetivo específico: **“Capacitar os enfermeiros do Serviço Obstetrícia da ULSBA para a facilitação de competências das figuras parentais”**

As puérperas são informadas nas ações de educação para a saúde, mas a informação é muita e ocorre num período frágil, facto que pode resultar em descontentamento quando necessitam de aplicar os conhecimentos. Por outro lado, os apoios posteriores podem ser tardios, dado que a revisão puerperal só vai realizar-se nas seis semanas após o parto. Se os enfermeiros do Serviço de Obstetrícia se encontrarem mais preparados, mais atentos, mais capacitados para preparar o regresso a casa das utentes, melhor será o desempenho dessas mulheres nos desafios que a maternidade coloca. Sublinhando o papel dos EESMO, já especialistas na matéria, o desenvolvimento da sua capacitação através de formação em serviço, é um movimento contínuo desejável na medida da necessária atualização em contexto real de cuidados. Desta maneira, podem também enriquecer o desempenho de cada puerpera nesta nova etapa da sua vida.

- Objetivo específico: **“Fomentar a continuidade de cuidados centrados na mulher que vive o ciclo gravídico-puerperal”**

Os internamentos na maternidade da ULSBA têm muitas vezes uma duração inferior a 3 dias; se o parto foi antes das 23h30, muitas vezes o internamento não passa das 51h de internamento (das 72h previstas). No papel de mães, as puérperas procuram esclarecer as suas dúvidas junto de amigos, quando seria preferível que o realizassem junto dos profissionais de saúde. Ir ao encontro das necessidades destas novas famílias, respondendo eficazmente às necessidades de saúde das mulheres pós-parto requer objetivos nacionais relevantes de saúde, sistemas de vigilância e programas de atendimento adaptados a cada comunidade (Cheng et al, 2006). A continuidade dos cuidados revela-se assim como um prolongamento desejável da interação entre os dois níveis de cuidados (i.e. CSP e CSD).

- Objetivo específico: **“Estabelecer protocolos de atuação entre os Cuidados Diferenciados e Primários”**

Os protocolos facilitam as interações entre as unidades de saúde. Estabelecê-los é tentar garantir um rumo e ritmo uniformes, através de definições que prescrevem as atuações dos profissionais. A existência de protocolos, por outro lado responsabiliza individual e coletivamente os profissionais e as organizações. Criar normas, orientações, metas para execução, facilita ainda a possível e futura avaliação dos cuidados, e conseqüentemente a sua manutenção ou reformulação. Hoje em dia a preocupação com a qualidade dos cuidados é reiteradamente uma exigência das instituições.

- Objetivo específico: **“Criar uma rede de apoio entre os Cuidados Diferenciados e Primários”**

Na ULSBA há um potencial de recursos que permitem a ligação entre os CSD e os CSP. De facto o(a) utente, é beneficiário de um sistema, não de instituições isoladas que funcionam em sentidos diferentes ou não complementares. As redes de cuidados são desejáveis, facilitam a mobilidade do cliente e tal justifica-se precisamente no caso da família em transição, pois os cuidados da mesma mulher na gravidez, parto e puerpério possuem exigências diferentes. Por outro lado, avivar essa comunicação interinstitucional, utilizá-la para o bem das clientes é desejável na medida da natureza e missão das próprias instituições.

Atualmente a definição dos próprios cuidados de saúde, em Agrupamentos de Centros de Saúde, justifica e está subjacente nas ligações em rede.

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

Numa época em que é enfatizada a qualidade dos cuidados, tal como referem Cunha et al (2009), várias têm sido as organizações internacionais e nacionais que têm definido metas na procura de um período gravídico-puerperal mais seguro.

As intervenções realizadas transmitem a ideia da consecução dos objetivos, mas vão mais além, na medida em que justificam por si mesmo a medida em que as competências foram desenvolvidas e os respetivos ganhos, enquadrando-os nos tempos previstos, cumpridos ou adiados.

5.1 FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

As intervenções fundamentaram-se no reconhecimento em campo clínico, das realidades e necessidades dos dois grupos de população. Partindo da caracterização realizada e já apresentada em secção anterior programaram-se e realizaram-se varias atividades.

Com o objetivo de **“Capacitar os enfermeiros do Serviço Obstetrícia da ULSBA para a facilitação de competências das figuras parentais”** realizaram-se as seguintes atividades:

- Reuniões informais com a enfermeira chefe e a diretora clínica do serviço de obstetrícia no sentido da permissão de realização do projeto;
- Sinalização formal do início do projeto através de convocatória aos colegas enfermeiros do Serviço de Obstetrícia;
- Reunião com todas as colegas do serviço de internamento do puerpério no sentido de apresentação do projeto e atividades previstas (Apêndice K);
- Aplicação de questionário às enfermeiras do puerpério (Apêndice L).

A capacitação dos enfermeiros do serviço de obstetrícia seguiu uma sequência de atividades, onde por um lado se formalizava o projeto e por outro, na evidência das suas opiniões e conceções, se procurou a caracterização do grupo. De facto cativar as colegas era urgente, mas tal só teria efeito se as próprias consciencializassem as suas posturas.

Com o objetivo de **“Fomentar a continuidade de cuidados centrados na mulher que vive o ciclo gravídico-puerperal”** realizaram-se as seguintes atividades:

- Análise do percurso realizado pela puérpera desde o momento da alta hospitalar até aos primeiros contatos com os CSP;
- Aplicação de questionário em dois tempos para identificação das necessidades das puéperas à data da alta e no domicílio.

As condições reais da continuidade dos cuidados só podem ser conhecidas a partir do conhecimento do *status* da mulher, das suas necessidades e comportamentos. Curioso foi observar que embora as mulheres refiram um nível mais elevado de autoeficácia no domicílio, não é sublinhado o abandono do aleitamento materno ou da introdução de leite artificial em fase precoce, para algumas ainda no internamento.

Com o objetivo de **“Estabelecer protocolos de atuação entre os Cuidados Diferenciados e Primários”** realizaram-se as seguintes atividades:

- Pedido de acessoria a EESMO dos CS (Apêndice L);
- Reformulação de protocolo institucional de ligação com os CSD;
- (Re)construção da Carta de Alta (Apêndice M).

Embora neste Relatório não se possa falar do estabelecimento de uma política de cuidados, a consulta dos profissionais que estão no campo é uma estratégia fundamental, já que são eles que lidam com as realidades. Por outro lado, a existência de normativas, o seu reconhecimento no ambiente profissional, cria padrões e comportamentos desejáveis nos técnicos, ou seja, vincula-os a procedimentos.

Com o objetivo de **“Criar uma rede de apoio entre os Cuidados Diferenciados e Primários”**, realizaram-se as seguintes atividades:

- Definição do percurso de apoio entre os CSD e CSP;

Estratégias acessíveis aos profissionais via Intranet tais como 1) marcação de uma consulta puerperal nos CSP no momento da alta hospitalar, 2) criação de um telefonema de alta, 3) envio de e-mail as colegas dos CSP especialistas e enfermeiras de famílias (Apêndice N), solicitando um *feedback* das cartas de alta de enfermagem emitidas pelo serviço de puerpério, ao definirem um percurso de assistência, sistematizam as intervenções. De facto, as puéperas com a alta, abandonam os CSD, mas a responsabilidade destes profissionais mantém-se e completa-se quando orientam e direcionam as utentes, fazendo-as encontrar uma

rede de assistência. Não se podendo falar ainda de avaliação do Projeto, a existência de uma rede de cuidados reconhecida por beneficiários e prestadores de cuidados, cria segurança e confiança. Obter o *feedback* das novas medidas, comprovará mais tarde, o seu nível de eficácia.

5.2. METODOLOGIAS

A metodologia, tal como referem Carmo e Ferreira (1998) e Fortin (2009) é o conjunto dos métodos e técnicas que vão ser utilizados numa investigação. Referem-se seguidamente as metodologias que se representam esquematicamente no diagrama seguinte.

5.2.1. Metodologias Prévias

Antes da implementação do projeto houve necessidade de preparar o campo de atuação, traduzindo-se tal nas metodologias que se enunciam seguidamente:

- 1) Pesquisa teórica por temática em fontes de conhecimento;
- 2) Metodologias expositivas em reuniões com a hierarquia;
- 3) Recolha de informação por contatos com os EESMO dos CSP;
- 4) Pesquisa em bases de dados para identificação e seleção de instrumentos de recolha de dados.

5.2.2. Metodologias de Implementação

Tendo-se garantido o reconhecimento do Projeto, aplicaram-se as seguintes metodologias:

- 1) Metodologias de investigação na aplicação e recolha de dados empíricos junto dos grupos-alvo;
- 2) Metodologias expositivas na formação em Serviço;
- 3) Produção de instrumentos com (re)construção da Carta de Alta;
- 4) Definição de procedimentos para a transição das puérperas entre CSD e CSP [telefonema de alta; marcação de consulta].

5.3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS

Refletir constantemente sobre as nossas atitudes e ações permite-nos olhar para trás, analisar cada passo dado. As estratégias definidas foram elaboradas de acordo com os objetivos delineados, bem como todas as intervenções desenvolvidas junto da equipa de enfermagem. Permitiram-nos orientar na execução das metas estabelecidas, sempre com o propósito de as atingir.

Na constante procura de novos saberes, os enfermeiros refletem sobre as intervenções realizadas diariamente em contexto de trabalho, sejam estas autónomas ou interdependentes.

1) Pesquisa temática em fontes de conhecimento

Em contexto do Estágio Final, houve preocupação em desenvolver a ideia da utilidade da continuidade de cuidados. A ligação entre os CSD e CSP, a visita domiciliária, foram temas que pesquisámos, oferecendo assim sustentação teórica e orientações para o trabalho empírico; recorreu-se às Bases de Dados disponíveis, por exemplo através do *site* da Ordem dos Enfermeiros.

2) Reuniões com a hierarquia

A introdução de novas ideias e medidas numa instituição de cuidados de saúde obriga a percursos pela hierarquia, permissões, justificações. Tendo capacidade de argumentação, sustentada tanto pela experiência pessoal e quotidiana de cuidados, como pelo conhecimento adquirido nas fontes de conhecimento, tornou-se mais claro para os superiores a apresentação e defesa das ideias do atual projeto. Tal como refere Fortin (2009), antes de iniciar a sua intervenção, dever-se-á solicitar uma autorização ao estabelecimento onde a mesma irá ser realizada. Neste pedido deverá constar em que consiste o projeto, quem são os participantes e os recursos necessários.

3) Formalização junto da hierarquia

Foi elaborado um Edoc (Apêndice D) para o Conselho de Administração da ULSBA, pedindo autorização para por em prática o projeto no serviço, enviando em anexo a proposta de dissertação (Apêndice O) e os questionários que pretendia aplicar

(Apêndices B, E e F). Ao fim de aproximadamente uma semana recebeu-se o parecer positivo do enfermeiro diretor (Apêndice J).

Após reunião com a enfermeira chefe e a diretora clínica do serviço de obstetrícia foi marcada uma formação em serviço.

4) Reuniões com EESMO dos CSD

O início do projeto foi formalizado junto das parceiras da equipa de enfermagem através de reunião. Aplicaram-se aqui metodologias de exposição e discussão sobre a temática. O momento foi enquadrado num episódio alargado de formação em serviço (Apêndice K).

5) Contatos com os EESMO dos CSP

Dada a natureza dos contatos entre os EESMO dos CSP e os utentes, entendeu-se como necessário recolher a experiência destas colegas. Foram realizados esses contatos, dos quais resultaram indicadores significativos que sublinham a importância do atual projeto (Apêndice L).

6) Identificação e seleção de instrumentos de recolha de dados

Através da pesquisa em BD já citada e do apoio da orientadora pedagógica, identificaram-se instrumentos de recolha de informação. Por respeito à produção científica, foram contactados os autores. No Apêndice R registam-se as respetivas permissões de Nommsen-Rivers e Dewey (2009), Amaro (2001), Humphreys, Thompson e Miner (1998), Logsdon (1996) e Barnes e Adamson-Macedo (2007).

7) Recolha de dados empíricos

Realizou-se a preparação dos instrumentos de autor para aplicação nos grupos-alvo. No entanto, após uma semana de entrega de questionários, percebemos que aliado a um elevado contexto de cuidados que o turno da manhã comporta, as enfermeiras esqueciam-se de entregar os questionários às puérperas ou se os entregavam faziam-no de uma forma impessoal; cumulativamente a estes aspetos, a aceitação dos questionários por parte das puérperas saía algo prejudicado dado o desejo de reunir os seus pertences e regressar rapidamente para casa, logo que recebiam a informação da alta. Assim um número significativo de puérperas não preenchia o questionário.

Aplicando uma tática que valoriza o contato mais pessoal e prolongado, decidiu-se então só entregar os questionários às puérperas a quem prestávamos cuidados pelo menos dois turnos consecutivos. Utilizando a empatia como estratégia constatámos que se tornou fácil recrutar as puérperas, cativando-as para o estudo. Após esta mudança de estratégia registou-se uma colaboração efetiva e interessada de algumas puérperas, pois para exemplo:

- Em cinco casos que tinham perdido o questionário do 2º tempo, tiveram a iniciativa de solicitar novo exemplar do questionário, através da Enfermeira dos CSP quando foram realizar o “Teste do Pezinho”;
- Em aproximadamente 25 dos telefonemas-lembrete, na véspera, as próprias puérperas alongavam o contato telefónico para aproximadamente 20 minutos em média, procurando esclarecer com a mestrandas dúvidas sobre autocuidado no puerpério;
- Em alguns casos, as puérperas no envelope de resposta do 2º questionário, incluíam carta de agradecimento e foto do bebe [algumas fotos foram expostas no serviço].

8) Formação em Serviço

A formação em serviço é um elemento fundamental, criando um espaço de partilha e discussão de ideias que nos permite não só responder às necessidades individuais de formação como às da equipa, tentando procurar soluções para problemas específicos e levantar novas questões. Relativamente às enfermeiras dos CSP foi enviado e-mail para todas com o objetivo de estas participarem na mesma formação em serviço, mas não obtivemos qualquer tipo de resposta (Apêndice P).

9) Aplicação de instrumentos e recolha de dados empíricos junto dos grupos-alvo

Os instrumentos foram aplicados, introduziram-se os dados no aplicativo SPSS®, conforme resultados apresentados anteriormente.

10) Metodologias expositivas na formação em Serviço

Foi utilizado o método expositivo, que muitas vezes é a solução mais prática e adequada de se transmitir informação. Estas ações (Apêndice Q e R) terminavam com um pequeno *briefing*, onde se trocam ideias, opiniões, onde flui um diálogo construtivo e bastante motivador em toda a equipa.

11) (Re)construção da Carta de Alta

A atual Carta de Alta é algo que se encontra em transformação. No Apêndice M apresenta-se a carta que está em construção e aguarda aprovação por parte dos parameterizadores do SAPE®. Diga-se também que a Carta de Alta é um instrumento que está a sofrer uma atualização a nível nacional e o atual exemplar deste Relatório pode porventura ser um contributo.

12) Procedimentos para a transição das puérperas entre CSD e CSP

A enfermeira no dia da alta, efetua um telefonema para a colega dos CSP (enfermeira de família ou EESMO) abordando as principais dificuldades do casal detetadas durante o internamento, orientado também o casal para a sua procura, ficando sempre que possível agendada uma consulta.

5.4. RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS

Os recursos materiais e humanos foram fundamentais para a execução de todo o projeto, no entanto, à medida que se operacionalizava as várias estratégias, sentimos necessidade de adequar os recursos para o seu correto desenvolvimento.

Sumariamente, os recursos materiais necessários foram os seguintes:

- Recursos materiais em espaços: para que fosse possível realizar as ações de formação necessitámos da sala do Centro de Formação Multiprofissional da ULSBA.
- Recursos materiais em equipamentos: necessitou-se de computador, data-show, material para impressão gráfica de cartazes de divulgação das respetivas ações de formação. Estes cartazes foram elaborados em colaboração com a responsável de serviço da formação em serviço (Apêndice P).
- Recursos materiais em fontes: para realizar a constante pesquisa bibliográfica recorreu-se à biblioteca da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus e bases de dados *online*, nomeadamente da Ordem dos Enfermeiros.
- Recursos materiais em dados: No campo, acedeu-se aos processos clínicos das grávidas/puérperas.
- Recursos materiais para contatos com as puérperas: necessitou-se impressão gráfica dos questionários, fotocópias, envelopes, selos de correio e o telefone.

Foram vários os recursos humanos mobilizados, nomeadamente as puérperas, a enfermeira Chefe do Serviço de Obstetrícia, toda a equipa de enfermagem do Serviço de internamento do puerpério, a diretora clinica do Serviço de Obstetrícia, o enfermeiro diretor da ULSBA e a professora orientadora do relatório de mestrado.

5.5. CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS

Na secção atual apresenta-se sucintamente os contatos desenvolvidos no sentido do anúncio e desenvolvimento do Projeto no local onde exercemos.

Mês/Ano	Acontecimento
Junho/2011	1ª Reunião com a Enfermeira-Chefe do Serviço de Obstetrícia & Puerpério do Hospital de Beja <ul style="list-style-type: none"> • Auscultar sobre o interesse institucional do Projeto
Julho/2011	Reunião de Consultadoria com figuras pares dos Cuidados de Saúde Primários <ul style="list-style-type: none"> • Auscultação do interesse nas ligações entre CSD e CSP
Set/2011	Reunião de caráter informativo com o Enfermeiro-Diretor e Enfermeira-Chefe do Serviço de Obstetrícia & Puerpério e colegas de mestrado <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do Projeto aos responsáveis
Jan/2012	Reunião de caráter vinculativo com o Enfermeiro-Diretor e Enfermeira-Chefe do Serviço de Obstetrícia & Puerpério <ul style="list-style-type: none"> • Assunção do compromisso entre ambas as partes • Registo de intenção do Projeto nas atividades do Serviço de Obstetrícia & Puerpério • Enquadramento do Projeto na Certificação Programa de Qualidade do Hospital de Beja
Fev-Junho/2012	Reunião de Consultadoria com figuras pares dos Cuidados de Saúde Primários <ul style="list-style-type: none"> • Auscultação sobre as atuações habituais no seguimento das utentes na circulação entre CSD e CSP • Aconselhamento sobre estratégias e procedimentos
Mai/2013	Contatos com Gabinete de Informática <ul style="list-style-type: none"> • Recolha de informação para diagnóstico de situação das utentes da instituição
Ao longo de 2012	Contatos com as figuras pares dos Centros de Saúde na área de influência do Hospital de Beja <ul style="list-style-type: none"> • Participação na formação em serviço • Informação sobre a abrangência do Projeto

5.6. ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL

Os gastos do Projeto e atual Relatório estiveram a cargo da mestranda, apresentando-se na figura 20 uma aproximação ao investimento financeiro realizado.

Género	Custos
Despesas com gasóleo	150€
Despesas com contactos telefónicos	30€
Despesas com material de escritório	250€
Despesas com fotocópias	50€
Despesas com envelopes	25€
Despesas com selos	50€
Despesas com cd (gravação de dados)	5€
Total	560€

Figura 20 - Síntese dos Gastos

5.7. CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA

Para apresentar as diferentes atividades e distribuí-las ao longo do tempo em que decorreram, foi inicialmente traçado um cronograma (Apêndice O).

A apresentação do cronograma e o planeamento das atividades a realizar, objetivam e ajudam a organizar, o trabalho, de modo a que este decorra com alguma normalidade, embora salvaguardando a possibilidade de sofrer alterações.

O cronograma inicialmente traçado apresenta datas diferentes das que foram posteriormente aplicadas. Exigências de ordem pessoal, familiar e profissional levaram a algum adiamento na produção deste Relatório. Em Outubro de 2012, movida pela necessidade de completar o trabalho, gerindo emoções e dadas as exigências de certificação pela Ordem, deu-se continuidade.

6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

É através da avaliação que se pode compreender o nível de sucesso dos projetos. Na secção atual analisa-se e reflete-se sobre as estratégias aplicadas para a consecução das metas a que nos propusemos.

6.1. AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS

Para avaliar os objetivos específicos inicialmente delineados, recordamos o objetivo geral do projeto e descreveremos a nossa perspetiva do processo realizado. Assim, o objetivo geral deste relatório consistiu em “**promover uma melhor articulação da rede dos cuidados centrados na família em fase procriativa na área de abrangência da Sub-região de Saúde do Baixo Alentejo**”. Para que este fosse concretizável foi necessário uma extensa pesquisa bibliográfica, bem como uma avaliação junto dos CSD e CSP acerca do que já estava a ser colocado em prática.

A avaliação dos objetivos específicos resultou no seguinte:

1) **Capacitar os enfermeiros do Serviço Obstetrícia da ULSBA para a facilitação de competências das figuras parentais.**

As reuniões informais com a enfermeira chefe e a diretora clínica do serviço de obstetrícia no sentido da permissão de realização do projeto tiveram sucesso. A sinalização formal do início do projeto foi um momento importante desencadeando o processo, vencendo inércias e trazendo a notícia do projeto.

A reunião com todas as colegas do serviço de internamento do puerpério, permitiu propor e esclarecer papéis. De facto a capacitação da equipa de Enfermagem é um aspeto fulcral. Os enfermeiros que cuidam a mulher/família em meio hospitalar aquando do nascimento de um filho, constituem para a mulher uma primeira ajuda ou orientação nos papéis exigidos. Ter uma equipa capacitada é também acrescentar uma mais-valia, pois naturalmente estará mais motivada para bons desempenhos e boas práticas junto das mulheres-mães. A formação em serviço permite-nos um diálogo entre todos os elementos da equipa, uma partilha de ideias que se consolidam ao serem confrontadas perspetivas de ambos os lados (CSD e CSP). Foi planeada uma formação em serviço conjunta entre os

vários provedores de cuidados na área da saúde materna, no entanto, só compareceram as enfermeiras dos CSD, a falta de tempo foi o motivo referido pelas colegas dos CSP (as que responderam ao mail). Na formação conjunta com uma outra colega de mestrado foi abordado o tema da parentalidade, referindo a importância da aquisição das competências parentais no casal, quais as dificuldades socioeconómicas detetadas durante o internamento, permitindo detetar o mais precocemente as dificuldades.

A aplicação de questionários ocorreu com sucesso, obtendo-se a participação da equipa.

2) Fomentar a continuidade de cuidados centrados na mulher que vive o ciclo gravídico-puerperal.

A análise do percurso realizado pela puérpera desde o momento da alta hospitalar, até aos primeiros contatos com os CSP, demonstrou ser a estratégia apropriada. A continuidade dos cuidados, é a peça chave para a aquisição e desenvolvimento das competências das mulheres nos vários tempos e espaços que ocupa nos cuidados de saúde desde a gravidez, parto e puerpério. Direcionar estas mulheres para um melhor exercício dos papéis maternos constitui um dever do enfermeiro. Estes papéis dizem respeito à comunicação, tanto sobre os conteúdos de aspetos cuidativos no período de transição para a maternidade, como sobre a detenção de informação que orientam as mães quanto a recursos de saúde na comunidade. A enfermeira no dia da alta, efetua um telefonema para a colega dos CSP (enfermeira de família ou EESMO) abordando as principais dificuldades do casal detetadas durante o internamento, orientando também o casal para a sua procura. Em CSD é necessário estarmos atentos a todos os pormenores, muitos casais estão a ultrapassar um momento de extrema vulnerabilidade que necessitam de ser encaminhados para os vários provedores de cuidados na nossa comunidade.

A aplicação de questionário em dois tempos, revelou-se uma maneira prática e adequada para conhecer as necessidades das utentes. Só a partir do diagnóstico de situação é possível agir em conformidade. Por outro lado, a recolha de dados em perspetiva longitudinal (i.e. dois tempos) é mais rica e sensível, já que o percurso das puérperas se torna formalmente constatóvel através dos resultados.

3) Estabelecer protocolos de atuação entre os Cuidados Diferenciados e Primários, criando uma rede de apoio entre os Cuidados Diferenciados e Primários.

A acessoria de EESMO dos CSP, dado o conhecimento destas colegas relativamente aos casos que cuidam, foi uma maneira de tornar mais clara a possível estruturação de parcerias. A experiência das parceiras contactadas foi uma mais valia, conhecer cada passo que o casal realiza após a alta, é para nos essencial. Uma reformulação de protocolos institucionais de ligação com os CSD, constitui a formalização e normatização das relações entre as várias vertentes dos cuidados de saúde. Foi um momento de reflexão para toda a equipe do puerpério, de mudança de atitudes face aos CSP, removendo obstáculos que se levantaram durante muito tempo. A ULSBA possui uma equipe de enfermagem nova em idade, também tanto quanto foi possível de constatar empenhada e aberta a novas mudanças, sendo isso uma mais valia.

A (re)construção da Carta de Alta, constituiu porventura o instrumento mais simbólico do projeto. Colocá-la em prática e em circulação pode melhorar significativamente a fase de transição vivida pelas mulheres e despoletar outras atividades tais como a visita domiciliária. De fato, os CSD estão vocacionados para vertentes diferentes comparativamente aos CSP. Contudo, em ambas as áreas de atuação é desejável oferecer as melhores soluções para o bem-estar dos utentes e para a resolução de problemas, dúvidas que o nascimento de filho acarreta.

A visitação domiciliária no puerpério começa a ser realizada e a curto prazo será uma realidade.

4) Criar uma rede de apoio entre os Cuidados Diferenciados e Primários

A marcação de uma consulta puerperal nos CSP no momento da alta hospitalar. Deste modo para a puérpera à saída da maternidade, fica já definida o momento de comparência nos CSP. Evita-se assim um esforço adicional por vezes difícil de vencer em fase puerperal, cria-se em tempo ótimo, uma expectativa de retorno aos cuidados de saúde.

A criação de um telefonema de alta para os colegas dos CSP, constitui uma atividade simples e com implicações práticas a curto prazo; de facto obter rapidamente através destes meios a referenciação das puérperas, pode facilitar os papéis maternos.

Consideramos que, a este nível, desde a apresentação do projeto junto das colegas, esta foi uma atitude facilmente implementada. Não é feito ainda à totalidade das puérperas,

mas em mais de 50% das puérperas que estiveram internadas até meados de Julho, o telefonema foi realizado e muito bem aceite por parte dos CSP.

6.2. AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

Melhorar as nossas atitudes enquanto profissionais de saúde revela maturidade e vontade de proporcionar melhores cuidados de saúde. A equipa de internamento do serviço onde exercemos funções, foi há cerca de 4 anos reestruturada, permitindo alterar hábitos e atitudes, acompanhando assim o evoluir da nossa sociedade, nomeadamente a saúde da mulher e da sua família.

O serviço de internamento de puerpério, sofre atualmente um conjunto de avaliações, inseridas no Projeto de Certificação Programa de Qualidade do Hospital de Beja. Melhorar a articulação entre os vários provedores de cuidados, CSP e CSD, é um dos objetivos deste serviço. O presente relatório, inicialmente teve alguns obstáculos por parte dos CSP, não por falta de aceitação por parte das diretorias, mas por obstáculos na comunicação entre os diversos profissionais de saúde, já que é uma sub-região de saúde extensa. Contudo alguns aspetos facilitaram também o seu desenrolar, nomeadamente 1) a facilidade de intercomunicação entre os CSD e CSP a partir do sistema Intranet e sobretudo 2) o incentivo da hierarquia, já que existia um real interesse.

Considera-se assim que o atual projeto trás benefícios à instituição HJJF-EPE e à ULSBA dada a rede de relação. Enquanto projeto que relaciona 2 níveis de cuidados, CSP e CSD é uma mais-valia que deverá contribuir para uma maternidade saudável.

6.3. DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS

O desenho do atual projeto não sofreu medidas corretivas significativas. Exceto no momento de diagnóstico de situação, onde estava prevista uma abordagem mais ligeira, se optou pela reformulação. Foi assim possível um maior aprofundamento sobre o diagnóstico de necessidades das utentes, em período de hospitalização e no regresso a casa.

A avaliação das atividades, nomeadamente a apresentação do Projeto, formação sobre Cuidados no Puerpério e Formação sobre Transição para a Parentalidade, foi realizada no término de cada uma das atividades. No fim de cada sessão seguiu-se o *cognitive debriefing*, momento no qual era possível conhecer as perspetivas dos pares sobre a Ação de Formação em Serviço, no imediato. Optou-se por esta metodologia uma vez que, no espaço institucional o grupo de enfermeiras interage positivamente desde há vários anos. A avaliação do projeto é assim realizada parcelarmente, uma vez que nem todas as atividades atingiram o fim e não é possível ainda a avaliação global.

As reuniões informais com a enfermeira chefe também foram um contributo para a consecução deste trabalho, uma vez que foi sendo colocada ao corrente do desenvolvimento do relatório, permitindo adaptar as várias atividades às realidades do nosso serviço (ULSBA).

A troca de *e-mails* e as conferências via *skype* com a nossa orientadora foi contínua, nomeadamente na etapa final de elaboração do relatório. O uso deste meio de comunicação foi imprescindível, pois seria difícil manter deslocações frequentes à escola, por motivos profissionais, económicos e familiares.

7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

Quase no término deste relatório, torna-se necessário refletir sobre as atividades desenvolvidas, das aprendizagens, das dificuldades que encontrei, os contributos e estratégias desenvolvidas para as superar.

O exercício da profissão de enfermeiro, tal como refere o Decreto-lei nº 104/98 de 21 Abril, (Portugal, 1998) tem vindo a traduzir-se no nível de formação académica e profissional, tornando-se cada vez mais complexa, diferenciada e exigente. O desenvolvimento de competências é um processo evolutivo que significa tanto a apreensão de conhecimento, como a maturação pessoal-profissional. O enfermeiro deve responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega, bem como deve proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência (Portugal, 1998).

Em termos profissionais sempre predominou o gosto e o interesse pela especialidade de Saúde Materna e Obstétrica, desejando adquirir competências especializadas, o que me foi possível com o ingresso no Mestrado de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem de Évora. Esta formação específica contribuiu para adquirir competências profissionais na área da Saúde da Mulher, como referido no Diário da República de Fevereiro, 2ª série, nº 35, de 2011, que regulamenta as competências específicas dos Enfermeiros de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (Portugal, 2011b).

Desenvolver um projeto dentro das diversas competências do EESMO foi algo que sempre fez parte dos meus objetivos profissionais. O puerpério é um tema que desperta em nós, principalmente quando já somos mães, o reavivar de alguns sentimentos. É uma fase da vida do casal não menos importante que o parto, mas que é esquecido por muitos profissionais de saúde.

No que diz respeito ao momento do parto, muito tem sido conquistado na última década. A nossa sociedade mudou pensamentos e atitudes, permitindo ao casal partilhar este momento de grande alegria em conjunto, promovendo cuidados centrados na família. Começamos a ser mais “generosos”, mudamos a lei da parentalidade, permitindo mais uma vez a presença do pai nos primeiros dias de vida de uma “nova família”. Ao pai é permitido estar presente nos primeiros cuidados ao filho, partilhando com a mãe ensinamentos e novas habilidades paternais. Falta-nos dar mais um passo, mudar as nossas atitudes enquanto

futuros EESMO, acompanhando as famílias após a sua alta hospitalar e orientando-os para os parceiros de CSP.

O enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem, assume (entre outros) os deveres de conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido, participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detetados além de colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade (Portugal, 1998).

A nossa sociedade espera da mulher, uma mãe na sua plenitude, uma mulher sábia, em que ser mãe nasce com todas nós, mas tal não acontece. A maternidade é algo que se desenvolve na medida das experiências vividas. Profissionais mais despertos são capazes de perceber quando um casal necessita de apoio físico e emocional. A atenção dos profissionais de saúde, embora centrada na criança que naturalmente depende dos cuidados para a sobrevivência, não deve descurar a mulher-mãe. O investimento no apoio à puérpera deve ser tão desenvolvido quanto cada uma das situações das utentes o justifique. Por um lado a maternidade tardia, o baixo número de filhos e os baixos recursos económicos, por outro lado, cuidar bem uma mulher-mãe, significa garantir o cuidado da criança, já que na nossa cultura a mãe desempenha habitualmente este primeiro papel na família. A Organização Mundial de Saúde [OMS] reconhece desde 1995 tal fato, devidamente sublinhado na Conferência Mundial de Pequim (OMS, 1995).

O EESMO, tal como refere a OE (2007), enquanto profissional de saúde autónomo compromete-se a contribuir para a melhoria das condições de acesso equitativo a cuidados de saúde de qualidade e risco controlado. Baseados nesta premissa, conseguimos que grande parte da equipa do puerpério (ULSBA) adquirisse e desenvolvesse uma maior sensibilização pessoal/profissional face às situações de regresso a casa das mulheres/casais.

8. CONCLUSÃO

Tal como refere a OE (2007), o EESMO assume a responsabilidade pelo exercício de varias áreas de intervenção, onde se insere o Puerpério. Especialistas são consensuais ao afirmar que uma boa rede de apoio na gravidez e puerpério, refletirá uma boa adaptação à nova família. Partindo desta premissa e observando a lacuna existente entre estas duas vertentes (CSP e CSD), nomeadamente na comunicação, sentimos a responsabilidade de aprofundar e melhorar todo o processo desde o início da gravidez ao término do período puerperal na Região de Saúde do Baixo Alentejo.

Teixeira (2004) refere que a comunicação, além de promover a saúde, apresenta outras características, destacando-se a sua importância na relação entre utentes e técnicos de saúde e na transmissão de informação acerca de situações de risco para a saúde.

No nosso panorama distrital, têm sido vários os esforços mobilizados na procura de implementar programas de vigilância de saúde da grávida deixando o período puerperal de lado, por vezes esquecido por alguns profissionais de saúde. Ao longo do desenvolvimento deste relatório, motivaram-se profissionais de saúde diretamente relacionados com estes casais, para a melhoria das práticas no período puerperal. Foi dado especial relevo à educação para a saúde no internamento de puerpério da ULSBA, bem como a implementação de novos instrumentos de comunicação, o telefonema de alta e a reconstrução da atual carta de alta.

Neste momento, com a informatização dos registos, há a possibilidade de melhorar a qualidade dos cuidados oferecidos aos casais e planejar atempadamente a consulta domiciliar puerperal nos CSP. Os Centros de Saúde da ULSBA contam com poucas EESMO que estão canalizadas para a vigilância da gravidez, deixando os cuidados pós-natais delegado na maior parte das vezes, às enfermeiras de família. Através da melhoria da comunicação, pensamos que melhoramos a correspondência entre a assistência que a puérpera necessita e os serviços disponíveis, coordenando os serviços oferecidos ao casal na instituição, planeando a alta e acompanhamento posterior.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração de Saúde do Norte (2012). *Plano de Ação da Unidade de Saúde Familiar*, Terras de Santa Maria, 2012-2014. Disponível: http://usfterrassantamaria.com/documentos/gerais/PA_2012-2014_nova_versao.pdf
- Amaro, F. (2001). *A classificação das Famílias segundo a Escala de Graffar*. Lisboa: Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso.
- American Psychological Association (APA). (2006). *Manual de estilos da APA: regras básicas*. Porto Alegre: Artemed.
- ARSA (2012). Viver melhor ao sul, *Boletim informativo* nº3, 1-24. Administração Regional de Saúde do Alentejo. Ministério da Saúde;
- Barnes, C. R. & Adamson-Macedo, E. N. (2007). Perceived maternal parenting self-efficacy (PMP S-E) tool: development and validation with mothers of hospitalized preterm neonates. *Journal of Advanced Nursing* 60(5), 550-560
- Beake, S., Bick, D., & Weavers, A. (2012). Revising care to meet maternal needs post birth: an overview of the hospital to home postnatal study. *Pract Midwife*, 15(6), 10, 12-13.
- Cabral, R. W. L., Medeiros A. L. & Santos, S. R. (2010). Assistência de Enfermagem à mulher no Período Puerperal. *I Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal*. ABENFO-MG. Brasil.
- Canavarro, M. (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora
- Carmo, M. & Ferreira, H. (1998). *Metodologia da Investigação. Guia para a Auto-aprendizagem*. (1ª ed.). Lisboa: Universidade Aberta.
- Centa, M. L., Oberhofer P. R. & Chammas, J. (2002). Puérpera vivenciando a consulta de retorno e as orientações recebidas sobre o puerpério. *Fam. Saúde Desenv* 4: 16-22.
- Cheng, C. Y., Fowles, R. E. & Walker, L. O. (2006). Continuing education module: postpartum maternal health care in the United States: a critical review. *J Perinat Educ* 15(3): 34-42.
- Craig, J., Smyth, R. (2004). *Prática Baseada na Evidência – Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Coulm, B., & Blondel, B. (2013). *[Hospital length-of-stay after childbirth in France]*. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*, 42(1), 76-85.

- Cunha, M., Mamede, M. V., Dotto, L. M. G., & Mamede, F. V. (2009). Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. *Escola Anna Nery*, 13(1), 145-153.
- Cusack, C. L., Hall, W. A., Scruby, L. S., & Wong, S. T. (2008). *Public health nurses' (Phns) perceptions of their role in early postpartum discharge*. *Can J Public Health*, 99(3), 206-211.
- Department of Health and Families. Austrália (2010). *Antenatal & Postnatal Care*. *Remote HealthAtlas*. Disponível em: http://remotehealthatlas.nt.gov.au/antenatal_&_postnatal_care.pdf
- DGS, 2002. Circular Normativa N.º 2/DSMIA de 08 de Fevereiro de 2002. Notícia de Nascimento. Lisboa.
- DGS, 2004. *Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Orientações estratégicas. Vol II*. Lisboa.
- Fernandes, Gisele Cristina Manfrini, & Boehs, Astrid Eggert. (2011). Contribuição da literatura para a enfermagem de família no contexto rural. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 20(4), 803-811.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures. Lusodidacta.
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação. Da concepção à realização*. Loures: Lusociencia.
- Galvão, C.M., Sawada, N. O. & Trevizan, M. A. (Maio/Junho 2004). Revisão Sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Rev. Latino-am Enfermagem*. 12 (3): 549-56.
- Graça, L. M. (2010). *Medicina Materno Fetal* (4ªed.) Lisboa: LIDEL.
- Graça, L.C.C. (2010a). *Contributos da Intervenção de Enfermagem na Promoção da Transição para a maternidade e do Aleitamento Materno*. Universidade de Lisboa.
- Humphreys, A., Thompson, N. & Miner, K. (1998). Intention to breastfeed in low-income pregnant women: the role of social support and previous experience. *Birth* 25(3), 169-174
- INE (2008). Estimativas provisórias da População Residente.
- INE (1994). Taxa Bruta de Natalidade. Disponível em <http://smi.ine.pt/Conceito?clear=True>
- Jackson, P. (2012). Content and organization of postnatal care. In S. Macdonald & J. Magill-Curden. *Mayes' Midwifery* (14th Ed.), pp. 725-734. Edinburgh: Elsevier.
- Leal, I. (2005). *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.

- Logsdon, M. C., Usui, W., Birkimer, J. C. & McBride, A. B. (1996). The postpartum support questionnaire: reliability and validity. *Journal of Nursing Measurement* 4(2) 129-142.
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2006). *Enfermagem na Maternidade* (7ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Ministério da Saúde (2006). *Requalificação dos Serviços de Urgência Perinatal*. Lisboa;
- Montenegro, C. & Rezende Filho, J. (2011). *Rezende Obstetrícia* (11ª Ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- National Institute for Health and Clinical Excellence [N.I.C.E.] (2006). *Routine postnatal care of women and their babies*. London.
- Nonnmsen-Rivers, L. & Dewey, K. (2009). Development and validation of the Infant Feeding Intentions Scale. *Maternal and Child Health Journal* 13(3), 334-342.
- Nursing and Midwives Council (2010). *Midwives Rules and Standarts*. London: NMC
- OMS (1995). Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Disponível em: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2002). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados descritivos. Edições: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). Proposta de Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Comissão da Especialidade de Saúde Materna e Obstetrícia. Edições: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Comissão da Especialidade de Saúde Materna e Obstetricia. Edições: Ordem dos Enfermeiros.
- Pattinson, R., Say, L., Souza, J., Broek, N. & Rooney, C. (2009). WHO maternal death and near-miss classification. *Bulletin World Health Organization*, 87 734-735.
- Pereira, Priscila Bruschin, Puga, José Luís Soares de (s/d). Ciclo de vida familiar: a transição para a parentalidade e as mudanças nas relações conjugais. Brasil.
- Pesson, E.K., Fridlund, B., Kvist, L.J. & Dykes, A. (2010).
- Piejko, E. (2006). The postpartum visit--why wait 6 weeks?. *Aust Fam Physician* 35(9): 674-678.
- Pinheiro, M. F. R. (1994). *Organizar a prestação de cuidados: Uma função / desafio para o enfermeiro chefe*. *Servir*, 42 (6) Nov. Dez, 319-331.

- Pordata (2013). Taxa Bruta de Natalidade. Disponível em:
<http://www.pordata.pt/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
- Pordata (2013). Taxa de Fecundidade por Grupo Etário. Disponível em:
<http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+fecundidade+por+grupo+etario-415> ;
- Portugal (1963). Decreto-Lei n.º 45 226/63 de 4 de Setembro. Diário do Governo nº 208 (I série).
- Portugal (1998). Decreto-lei nº 104/98 de 21 Abril. Diário da República nº 93/1998 – I série – A. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Portugal (2011a). Decreto-lei nº 127/2011 de 18 de Fevereiro. Diário da República nº35/2011, II série. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Portugal (2011b). Ordem dos Enfermeiros. Regulamento nº 127/2011 de 18 de fevereiro. Diário da República, 2ª série, nº35, 8662-8666.
- Ravelli, Ana Paula Xavier (mar/2008) Consulta Puerperal de Enfermagem: Uma realidade na cidade de Ponta Grossa, Paraná, Brasil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre.
- Sampaio, R. F. & Mancini, M. C. (2007). Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa de evidência científica. *Revista Brasileira Fisioterapia*, São Carlos. 11(1), 83-89.
- Sá, Eduardo; Cunha, M.J. (1996). *Abandono e Adopção. O Nascimento da família*. Coimbra: Almedina.
- Silva, A. C. (2006). *Cuidar do recém-nascido – O enfermeiro como promotor das competências parentais*. Lisboa: Universidade Aberta de Lisboa.
- Strapasson, M.R. & Nedel M.N.B. (set, 2010). Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, 31(3):521-8.
- Teixeira, J.A.C. (2004). Comunicação em saúde: relação técnicos de saúde-utentes. *Análise Psicológica*, vol.22, no.3, p.615-620.
- ULSBA (2013). <http://www.hbeja.min-saude.pt>
- USF Serra da Lousã (2012). *Plano de Acção 2012 – 2013* – Disponível em: <http://www.usf-serradalousa.com/assets/files/PA-USF-SL-2012-13VF.pdf>
- USF Terras de Santa Maria, consultado em Maio de 2013, disponível em: <http://usferrasantamaria.com/index.php?pg=ofertas>
- WHO (2013). Body Mass Index classification. [On-line]. Disponível em http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

WHO (2006). International Confederation of Midwives. Department of making pregnancy safer. Family and Community Health. [On-line]. Disponível em:

<http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/midwifery%20modules/ManagingPostpartumHaemorrhage.pdf>

WHO (2010). *WHO technical Consultation on Postpartum and Postnatal Care*. Geneva: WHO.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Índice Sintético de Fecundidade por Local de Residência 2012

Quadro extraído em 20 de Junho de 2013 (01:31:21)

<http://www.ine.pt>

Local de residência (NUTS - 2002)		Índice sintético de fecundidade (N.º) por Local de residência (NUTS - 2002); Anual (1)	
		Período de referência dos dados	
		2012	
		N.º	
Portugal	PT	1,28	
Continente	1	1,29	
Baixo Alentejo	184	1,48	
Região Autónoma dos Açores	2	1,34	
Região Autónoma da Madeira	3	1,08	

Índice sintético de fecundidade (N.º) por Local de residência (NUTS - 2002); Anual - INE, Indicadores Demográficos

Nota(s):

(1) 1992-2011: valores revistos em função, respetivamente, das séries Estimativas Definitivas de População Residente 1991-2000 e 2001-2010 e das Estimativas Provisórias de População Residente 2011.

Última atualização destes dados: 14 de junho de 2013

APÊNDICE B: Resultados do Questionário aplicado a Enfermeiras do Serviço de Puerpério da ULSBA



Caraterísticas Sociodemográficas das enfermeiras

Participaram 10 enfermeiras, com idades compreendidas entre os 30 e 38 anos e média de 33,3 anos (DP=2,7).

Idade		
N	Valid	10
	Missing	0
Mean		33,3000
Median		32,0000
Mode		32,00
Std. Deviation		2,71006
Minimum		30,00
Maximum		38,00

No serviço existem 2 EESMO

	Frequency	%
Enfermeira (o) nível 1	4	40,0
Enfermeira (o) Graduada (o)	4	40,0
Enfermeira (o) Especialista	2	20,0
Total	10	100,0

Quanto á formação contínua a maior representação vai para SBV e Controle de Infecção; Com igual representação encontra-se SAV e Curso de Preparação para o Parto

	Responses		Percent of Cases
	N	Percent	
C5F1SBV	10	27,8%	100,0%
C5F2SAV	4	11,1%	40,0%
C5F3Contraceção	1	2,8%	10,0%
C5F4CInfeção	10	27,8%	100,0%
C5F5Parentalidade	1	2,8%	10,0%
C5F6PPParto	4	11,1%	40,0%
C5F7UrgObst	3	8,3%	30,0%
C5F8Aleitamento	3	8,3%	30,0%
Total	36	100,0%	360,0%

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

O tempo de exercício na clinica é em media de 10 anos (DT=2,4)

Para as EESMO o tempo medio de exercício é de 4 anos (DT=1,4), variando entre 3 e 5 anos.

		C2TempoEnf	C3TempEspecia
N	Valid	10	2
	Missing	0	8
Mean		10,60	4,00
Median		10,00	4,00
Mode		10	3 ^a
Std. Deviation		2,366	1,414
Minimum		7	3
Maximum		15	5

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

1º motivo aspetos que a levam a pensar que a Carta de Alta é um **BOM MEIO** de comunicação entre os Cuidados Hospitalares e o seguimento da Puérpera por Enfermeira do Centro de Saúde

1) Transmissão de informação sobre parto, puerpério, amamentação, autonomia nos cuidados

	n	%
casos sociais	1	10,0
continuação dos cuidados	2	20,0
informação mais concisa	1	10,0
Relata elementos tecnicos essenciais da historia clinica da utente	1	10,0
Transmissão de informação sobre parto puerperio amamentação autonomia nos cuidados	1	10,0
Transmissão de informação sobre parto, puerpério, amamentação, autonomia nos cuidados	4	40,0
Total	10	100,0

2º motivo aspetos que a levam a pensar que a Carta de Alta é um **BOM MEIO** de comunicação entre os Cuidados Hospitalares e o seguimento da Puérpera por Enfermeira do Centro de Saúde

2) O 2º motivo é a continuidade dos cuidados

	n	%
	1	10,0
acesso rapido aos dados do parto	1	10,0
alerta situações especiais	1	10,0
continuação cuidados	1	10,0
diagnostico das puerperas	1	10,0
Dirigida à Enfª de Família da Utente	1	10,0
faz com que a puerpera vá ao CS	1	10,0
permite a continuidade de cuidados individualizados - continuidade de cuidados individualizados seguindo a mesma linha de orientação -	3	30,0
Total	10	100,0

3º motivo aspetos que a levam a pensar que a Carta de Alta é um **BOM MEIO** de comunicação entre os Cuidados Hospitalares e o seguimento da Puérpera por Enfermeira do Centro de Saúde

3) transmite a aquisição de conhecimentos durante o internamento

	n	%
	3	30,0
É pratica de utilizar	1	10,0
entregue em tempo útil	1	10,0
Informação em casos de carater socio-cultural e economico	1	10,0
toda a informação necessaria aos CSP	1	10,0
transmite a aquisição de conhecimentos durante o internamento	2	20,0
uniformização da informação transmitida, isto é dizermos todos o mesmo sobre amamentação, cuidados p	1	10,0
Total	10	100,0

1º motivo que a levam a pensar que a Carta de Alta é um **MEIO INEFICAZ** como comunicação entre os Cuidados Hospitalares e o seguimento da Puérpera por Enfermeira do Centro de Saúde

1) é uma folha que se perde facilmente

	n	%
	1	10,0
é uma folha que se perde facilmente	8	80,0
Não é valorizada pelos colegas do CSP	1	10,0
Total	10	100,0

2º motivo que a levam a pensar que a Carta de Alta é um **MEIO INEFICAZ** como comunicação entre os Cuidados Hospitalares e o seguimento da Puérpera por Enfermeira do Centro de Saúde

2) Não é valorizada pelas Enfermeiras CSP - pouca importancia dada pela colegas CSP - desconhecemos o feedback

	n	%
	1	10,0
barreira na comunicação	1	10,0
é pouco solicitada pelos colegas do centro de saúde pelo que fica “esquecida” no livro	1	10,0
esquecimento	1	10,0
Não é valorizada pelas Enfermeiras CSP - pouca importancia dada pela colegas CSP - desconhecemos o feedback	3	30,0
Perde-se	1	10,0
quebra do sigilo profissional	2	20,0
Total	10	100,0

3º motivo que a levam a pensar que a Carta de Alta é um **MEIO INEFICAZ** como comunicação entre os Cuidados Hospitalares e o seguimento da Puérpera por Enfermeira do Centro de Saúde

3) pouca importância dada pela colegas CSP

	n	%
	7	70,0
Pode não chegar em tempo util	1	10,0
pouca importância dada pela colegas CSP	2	20,0
Total	10	100,0

A Carta de Alta foi utilizada pela maior parte das enfermeiras algumas vezes

	n	%
Valid	Nunca	1 10,0
	Algumas vezes	9 90,0
	Total	10 100,0

A razão principal que a levou a fazer o último telefonema

1) insegurança da puerpera

	n	%
	1	10,0
Amamentação e dificuldade em assimilar informação dada na Maternidade - amamentação	3	30,0
ingurgitamento mamario, rn com acentuada perda de peso	1	10,0
insegurança da puerpera	4	40,0
problemas com a amamentação, insegurança nos cuidados ao bebe por parte da mãe, carência economica	1	10,0
Total	10	100,0

A maioria das enfermeiras (n=9) nunca fez a comunicação “Notícia de Nascimento”

	n	%
Nunca	9	90,0
Algumas vezes	1	10,0
Total	10	100,0

Para a maior parte das enfermeiras a Notícia de nascimento é “algumas vezes eficaz” (n=6)

	n	%
Algumas vezes eficaz	6	60,0
Quase sempre eficaz	3	30,0
Sempre Eficaz	1	10,0
Total	10	100,0

Todas as Enfermeiras fazem Carta de Alta

	n	%
Sempre	10	100,0

A maior parte das Enfermeiras considera a Carta de Alta “algumas vezes eficaz”

	n	%
Algumas vezes eficaz	5	50,0
Quase sempre eficaz	3	30,0
Sempre Eficaz	2	20,0
Total	10	100,0

APÊNDICE C: Resultados do Questionário aplicado às Puérperas no Dia da Alta

Características Sociodemográficas das participantes

Participaram 116 puérperas, com idades¹ compreendidas entre os 18 e os 43 anos e média de 30,5 anos (DP=5,6), referida à data de preenchimento do 2º Questionário

IdadeAtual	
Mean	30,49
Mode	31
Std. Deviation	5,59
Minimum	18
Maximum	43

A maior parte das senhoras é casada ou vive em união de fato (n=96; 82,8)

C15EstadoCivil		
	n	%
Solteira	19	16,4
Casada/União Facto	96	82,8
Divorciada	1	,9
Total	116	100,0

A maior parte das senhoras é de nacionalidade portuguesa (n=110; 94,8)
Nas estrangeiras, há uma brasileira, uma búlgara, uma romena, uma suíça e duas chinesas

C16Nacionalidade		
	n	%
Portuguesa	110	94,8
Estrangeira	6	5,2
Total	116	100,0

A maioria das participantes tem 1 filho único (n=59; 50,9%)

T1C18quantosFilhos		
	n	%
1 filho	59	50,9
2 filhos	47	40,5
3 filhos	10	8,6
Total	116	100,0

C19Escolaridade		
	n	%
Escolaridade entre 4 anos e menos que 9ºAno	25	21,6
12ºAno ou nove anos ou mais de escolaridade	54	46,6
Bacharelato	7	6,0
Licenciatura ou mestrado	30	25,9
Total	116	100,0

A maioria das senhoras vive em casa ou andar espaçoso e confortável (n=80; 69%)

T1C20TipoCasa		
	n	%
Casa ou andar degradado	1	,9
Casa ou andar modesto em bom estado de conservação	32	27,6
Casa ou andar espaçoso e confortável	80	69,0
Casa ou andar de luxo, grande, com máximo conforto	3	2,6
Total	116	100,0

¹ no SPSS faz-se em Transform Compute: na Function group "Data Extraction + na Function and special variables "Xdate.Year e depois a função é: XDATE.YEAR(T1Data2ºQuestionario) - XDATE.YEAR(T1DataNasciMulher)

A maioria das senhoras tem como rendimento um vencimento mensal fixo (n=89; 76,7%)

	T1C21OrigRendimento	
	n	%
Assistência, subsídios	15	12,9
Remuneração menor ou igual ao salário mínimo, pensionista, reformada	9	7,8
Vencimento mensal fixo em emprego permanente, não ocasional	89	76,7
Altos vencimentos e honorários + que 10 vezes o salário mínimo	3	2,6
Total	116	100,0

O grupo profissional mais representado na amostra são assalariadas agrícolas (n=54; 47%) seguindo-se as pequenas agricultoras (n=39; 33,9%)

	T1C22GrupoProfissão	
	n	%
Assalariada agrícola	54	47,0
Pequena agricultora ou rendeira	39	33,9
Pequena empresária	12	10,4
Média empresária	6	5,2
Grande empresária, Gestora de topo	4	3,5
Total	115	100,0

A maioria das participantes tem atualmente emprego (n=88; 75,9%)

	T1C24EmpregoAtual	
	n	%
Não	28	24,1
Sim	88	75,9
Total	116	100,0

A maior parte das participantes com emprego atual teve facilidades no emprego para ida às consultas, exames, preparação para o parto ou outras necessárias (n=65; 73,9%)

	T1C25FacilitaEmprego	
	n	%
Nunca	3	3,4
Algumas Vezes	20	22,7
Muitas Vezes	65	73,9
Total	88	100,0

O tipo de agregado familiar das participantes é variado, mas a maior representação está na família nuclear com 1 filho (n=43; 48,9%)

	T1C26FamiliaCasa	
	n	%nt
3 Pessoas: mulher, marido, 1 filho	43	48,9
3 Pessoas: mulher, namorado, 1 filho	1	1,1
4 pessoas: mulher, marido, 1 filho, avo materna	1	1,1
4 pessoas: mulher, marido, 2 filhos	32	36,4
4 Pessoas: mulher, marido, avó e 1 filho	1	1,1
5 pessoas-. mulher, marido, 3 filhos	1	1,1
5 pessoas: mulher, marido, 1 filho, enteado, bisavó	1	1,1
5 pessoas: mulher, marido, 3 filhos	5	5,7
5 pessoas: Pais (maternos), namorado, mulher e 1 filho	1	1,1
7 pessoas: mulher, marido, 3 filhos e sogros	1	1,1

7 Pessoas: mulher, marido, 3 filhos, 2 enteados	1	1,1
Total	88	100,0

Condição Geral de Saúde

Relativamente ao IMC antes da gravidez a maioria das participantes (N=72; 62,1%) encontrava-se no peso ideal, porém 19 mulheres (16,3%) registavam obesidade dos três últimos graus, conforme a classificação da OMS consultada em²

IMC	Classificação
abaixo de 18,5	Subnutrido ou abaixo do peso
entre 18,6 e 24,9	Peso ideal (parabéns)
entre 25,0 e 29,9	Levemente acima do peso
entre 30,0 e 34,9	Primeiro grau de obesidade
entre 35,0 e 39,9	Segundo grau de obesidade
acima de 40	Obesidade mórbida

IMCantesOMS		
	N	%
Subnutrido ou abaixo do peso	4	3,4
Peso ideal	72	62,1
Levemente acima do peso	21	18,1
1º grau de obesidade	12	10,3
2º grau de obesidade	4	3,4
Obesidade mórbida	3	2,6
Total	116	100,0

Cuidados de Saúde durante a gravidez

Das participantes, metade do grupo fez Preparação para o parto

T1C5PrepParto		
	N	%
Sim	58	50,0
Não	58	50,0
Total	116	100,0

A maioria das senhoras (N=66; 56,9%) refere ter feito vigilância tanto em regime particular como no Centro de Saúde, mas observa-se uma predominância do Centro de Saúde (N=27; 23,3%)

T1C6SeguiGravidez		
	N	%
Particular	22	19,0
Centro Saúde	27	23,3
Ambos	66	56,9
Hospital	1	,9
Total	116	100,0

Assistência Durante o Trabalho de Parto

Na maior parte das senhoras foi aplicada analgesia epidural (N=93; 80,2%)

T1C9Epidural		
	N	%
Sim	93	80,2
Não	23	19,8
Total	116	100,0

A maior parte das senhoras teve parto vaginal normal (n=59; 50,9%), correspondendo a cerca de metade das participantes

T1C10ViaParto		
	N	%
Vaginal-Normal	59	50,9
Vaginal-Instrumental	19	16,4
Cesareana	38	32,8
Total	116	100,0

² <https://sites.google.com/site/imc22/indexdemassacorporal/home/tabela-de-imc-por-idade>

Dor e Assistência à Dor durante o Trabalho de Parto

Numa escala de 0 a 100, o nível medio de dor das participantes foi de 57,13 (DP=31,39)

	T1C11Dor no TP
Mean	57,13
Median	65
Mode	50
Std. Deviation	31,39
Minimum	0
Maximum	100

Numa escala de 0 a 100, a percepção das senhoras quanto ao apoio recebido da parte das enfermeiras, durante o Trabalho de Parto foi em média de 72,63 (DP=30,14)

	T1C12ApoioEnf no TP
Mean	72,63
Median	80
Mode	100
Std. Deviation	30,14
Minimum	0
Maximum	100

Caraterísticas do Recém-Nascido

A maior parte das senhoras teve filhos do sexo masculino (N=62; 53,4%)

	T1C8SexoRN	
	N	%
Masculino	62	53,4
Feminino	54	46,6
Total	116	100,0

O peso do Recém-nascido na maior parte das participantes (N=81; 69,8%) encontrava-se entre os 2,5 e os 3,4Kg

	PesoRNGrupos	
	N	%
1,9 a 2,4Kg	9	7,8
2,5 a 3,4Kg	81	69,8
3,5 a 3,9Kg	22	19,0
>4Kg	4	3,4
Total	116	100,0

Segurança na Alimentação do RN e Assistência à Alimentação do RN

Numa escala de 0 a 100, o nível medio de segurança das mães na alimentação do RN foi em média de 79,00 (DP=19,08)

	T1C13SegAliRN
Mean	79,00
Median	80
Mode	100
Std. Deviation	19,08
Minimum	30
Maximum	100

Numa escala de 0 a 100, a percepção das senhoras quanto ao apoio recebido da parte das enfermeiras no que respeita à alimentação do RN foi em média

	T1C14ApoioEnfAliRN
Mean	90,30
Median	100
Mode	100
Std. Deviation	14,33

de 90,30 (DP=14,33)

Minimum	45
Maximum	100

Secção 3: CUIDADOS MATERNOS (Barnes & Adamson-Macedo, 2007).

Representação Percentual da Autoeficácia nos Cuidados Maternos (%)

	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1C. Penso que sou capaz de perceber quando o meu bebé está cansado e precisa dormir	-	2,6	62,1	35,3
2. Penso que sei como lidar com meu bebé	-	2,6	68,1	29,3
3. Sou capaz de perceber quando o meu bebé está doente	-	6	63,8	30,2
4. Consigo entender os sinais que o meu bebé dá	-	12,9	67,2	19,8
5. Consigo dar felicidade ao meu bebé	-	0,9	43,1	56
6. Acho que o meu bebé me responde bem a mim	-	0,9	54,3	44,8
7. Penso que eu e o meu bebé lidamos bem um com o outro	-	0,9	49,1	50
8. Consigo acalmar o meu bebé quando ele está a chorar	-	9,5	58,6	31,9
9. Tenho facilidade em acalmar o meu bebé quando ele fica irritado	-	13,8	57,8	28,4
10. Tenho facilidade em acalmar o meu bebé quando ele é exigente	-	19	59,5	21,6
11. Tenho facilidade em acalmar o meu bebé quando ele chora insistentemente	-	20,7	62,9	16,4
12. Tenho facilidade em acalmar o meu bebé quando ele fica mais agitado	-	16,4	63,8	19,8
13. Tenho facilidade em perceber o que o meu bebé quer	-	7,8	74,1	18,1
14. Tenho facilidade para cativar a atenção do meu bebé	-	1,7	69	29,3
15. Tenho facilidade em descobrir as coisas ou atividades o meu bebé não gosta	-	10,3	70,7	192,6
16A. Tenho facilidade em entreter o meu bebé	-	2,6	66,4	31
17A. Tenho facilidade em alimentar o meu bebé	-	8,6	57,8	33,6
18A. Tenho facilidade para mudar as fraldas ao meu bebé	-		42,2	57,8
19A. Tenho facilidade para dar banho ao meu bebé	-	2,6	53,4	44
20D. Eu consigo demonstrar afeição ao meu bebé	-		23,3	76,7

Descritivas da Autoeficácia nos Cuidados Maternos

	Min	Max	Média	DP
1C. Penso que sou capaz de perceber quando o meu bebé está cansado e precisa dormir	2	4	3,32	,523
2C. Penso que sei como lidar com meu bebé	2	4	3,26	,499
3C. Sou capaz de perceber quando o meu bebé está doente	2	4	3,24	,553
4C. Consigo entender os sinais que o meu bebé dá	2	4	3,06	,570
5B. Consigo dar felicidade ao meu bebé	2	4	3,55	,516
6D. Acho que o meu bebé me responde bem a mim	2	4	3,43	,515
7D. Penso que eu e o meu bebé lidamos bem um com o outro	2	4	3,49	,519
8B. Consigo acalmar o meu bebé quando ele está a chorar	2	4	3,22	,605
9B. Tenho facilidade em acalmar o meu bebé quando ele fica irritado	2	4	3,14	,635
10B. Tenho facilidade em acalmar o meu bebé quando ele é exigente	2	4	3,02	,638
11B. Tenho facilidade em acalmar o meu bebé quando ele chora insistentemente	2	4	2,95	,609
12B. Tenho facilidade em acalmar o meu bebé quando ele fica mais agitado	2	4	3,03	,603
13C. Tenho facilidade em perceber o que o meu bebé quer	2	4	3,10	,500
14B. Tenho facilidade para cativar a atenção do meu bebé	2	4	3,27	,486
15C. Tenho facilidade em descobrir as coisas ou atividades o meu bebé não gosta	2	4	3,08	,536
16A. Tenho facilidade em entreter o meu bebé	2	4	3,28	,507
17A. Tenho facilidade em alimentar o meu bebé	2	4	3,25	,602
18A. Tenho facilidade para mudar as fraldas ao meu bebé	2	4	3,57	,496
19A. Tenho facilidade para dar banho ao meu bebé	2	4	3,41	,544
20D. Eu consigo demonstrar afeição ao meu bebé	3	4	3,76	,424

Secção 4: INTENÇÕES sobre a alimentação do bebé (Nommsen-Rivers, & Dewey 2009).

Intenções de Amamentar o Recém-nascido

A Infant Feeding Intentions [IFI], ou Escala de Intenções de Aleitamento Materno avalia a predisposição das mães face à continuidade do aleitamento materno.

Representação Percentual das Intenções de Amamentação do RN (%)

	Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente
1.Tenho intenção de alimentar o meu bebé só com biberão de leite artificial (amamentar está completamente fora de questão)	0,9	1,7	3,4	7,8	86,2
2.Tenho intenção de pelo menos, tentar dar de mamar ao peito	76,7	15,5	4,3	0,9	2,6
3.Até ao fim do 1º mês de idade, darei mama ao meu bebé, sem usar leite artificial ou outro tipo de leite	63,8	16,4	13,8	1,7	4,3
4.Até ao fim dos 3 meses, darei mama ao meu bebé, sem usar leite artificial ou outro tipo de leite	54,3	25	16,4	0,9	3,4
5.Até ao fim dos 6 meses, darei mama ao meu bebé, sem usar leite artificial ou outro tipo de leite	50,9	19	25	2,6	2,6

Descritivas das Intenções de Amamentação do RN

Em média as intenções de amamentação das participantes são elevadas (M=13,42; DP=3,15)

EscalaIntençãoAM	
Mean	13,4224
Median	14,2500
Mode	16,00
Std. Deviation	3,15719
Minimum	,00
Maximum	16,00

APÊNDICE D: Pedido de Autorização à ULSBA



Exmo. Senhor

**Presidente do Conselho de Administração da
ULSBA**

Telma Cristina Ramos Brissos, enfermeira no serviço de Obstetrícia, a frequentar o curso de mestrado de enfermagem de saúde materna e obstetrícia na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, da Universidade de Évora, e dando cumprimento à elaboração do trabalho final cujo objetivo geral é:

- Melhorar a articulação da rede dos cuidados centrados na família em fase procriativa na área da sub-região de saúde do Baixo Alentejo;

Vem por este meio, solicitar a Vossa Exa. a autorização da aplicação do instrumento de recolha de dados (questionário) às puérperas internadas no Serviço de Obstetrícia deste Hospital, no mês de Maio, Junho e Julho de 2012.

Junto se anexa os questionários dirigidos às puérperas no dia em que têm alta e duas semanas depois.

Muito respeitosamente,

Pede deferimento

Beja, 4 de Maio 2012

APÊNDICE E: Questionário aplicado às Participantes no Dia da Alta

Apresentação

Ex^a Senhora:

Convido-a a participar nesta investigação, que me encontro a realizar como estudante do Mestrado em Saúde Materna na Universidade de Évora e que tem como objetivos: **identificar as expetativas de apoio das mães à data da alta hospitalar e identificar a perceção de apoio das mães no período pós-parto.**

O estudo é orientado por professora da Universidade de Évora.

Peço a sua colaboração em 2 fases:

- **1ª FASE: No dia em que sai do hospital, depois do nascimento do seu filho**
- **2ª FASE: Quando for ao Centro de Saúde pesar o seu bebé [aproximadamente 10-15 dias depois do parto]**

Por favor, responda logo quando receber o questionário para não se perderem a oportunidade de colher os seus dados. Leva aproximadamente 20 m. Ponha depois o questionário na caixa selada que a(o) enfermeira(o) indicar.

Neste questionário pedimos a sua identificação e alguns dados de contacto para podermos seguir o seu caso no Centro de Saúde; estes dados são guardados por nós, garantindo que a sua identificação não será revelada.

Muito obrigada pela sua participação

Por favor, dê-nos o seu Consentimento, assinalando um X neste retângulo, se concorda com as frases seguintes:

Eu, sendo responsável por mim e pelo meu filho, declaro que compreendi as intenções deste estudo, permito o uso dos meus dados e disponho-me a participar. Compreendo que as datas de nascimento seguintes se destinam à codificação, para que seja possível seguir o meu caso.

Sua data de nascimento ____/____/____	Data de nascimento do pai do seu filho ____/____/____	Data de nascimento da sua mãe ____/____/____
--	--	---

Data de preenchimento deste questionário ____/____/____

Secção 1

1.Nome: _____ 2.Telemóvel: _____

C3.Peso antes da gravidez _____ Kg e final _____ Kg C4.Qual a sua Altura _____ m C5. Fez preparação para o parto? _____ C6. Onde foi seguida a sua gravidez, marque um X: 1. Particular _____ 2. Centro de Saúde _____ 3. Ambos _____	C7. Peso do seu bebé ao nascer _____ C8. Sexo do bebé _____ C9. Fez Epidural? 1.Sim _____ .Não _____ C10. O seu parto foi, marque um X: 1.Via vaginal [normal] _____ 2. Via Vaginal com ventosa ou “ferros” _____ 3.Cesareana _____
--	---

Secção 2:

C11.Pense na dor que teve durante o trabalho de parto e parto. De uma maneira global, como se lembra da dor que sentiu? Marque um X na reta abaixo.

0 _____ 100
Sem dor Dor Máxima

C12.Pense na dor que teve durante o trabalho de parto e parto. De uma maneira global, como classifica o apoio que as enfermeiras lhe deram no alívio da dor? Marque um X na reta abaixo.

0 _____ 100
Sem apoio Apoio Máximo

C13.Pense no modo como alimenta o seu bebé. Que segurança sente neste aspeto? Marque um X na reta abaixo

0 _____ 100
Insegurança total Máxima Segurança

C14.Depois do bebé nascer, que apoio teve das enfermeiras da maternidade, relativamente à alimentação do seu bebé? Marque um X na reta abaixo

0 _____ 100
Sem apoio Máximo Apoio

Secção 3: CUIDADOS MATERNOS (Barnes & Adamson-Macedo, 2007).

Para cada uma das afirmações, indique com um X, o seu grau de concordância

	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1C. Penso que sou capaz de perceber quando o meu bebé está cansado e precisa dormir	1	2	3	4
2C. Penso que sei como lidar com meu bebé	1	2	3	4
3C. Sou capaz de perceber quando o meu bebé está doente	1	2	3	4
4C. Consigo entender os sinais que o meu bebé dá	1	2	3	4
5B. Consigo dar felicidade ao meu bebé	1	2	3	4
6D. Acho que o meu bebé me responde bem a mim	1	2	3	4
7D. Penso que eu e o meu bebé lidamos bem um com o outro	1	2	3	4
8B. Consigo acalmar o meu bebé quando ele está a chorar	1	2	3	4
9B. Tenho facilidade em acalmar o meu bebé quando ele fica irritado	1	2	3	4
10B. Tenho facilidade em acalmar o meu bebé quando ele é exigente	1	2	3	4
11B. Tenho facilidade em acalmar o meu bebé quando ele chora insistentemente	1	2	3	4
12B. Tenho facilidade em acalmar o meu bebé quando ele fica mais agitado	1	2	3	4
13C. Tenho facilidade em perceber o que o meu bebé quer	1	2	3	4
14B. Tenho facilidade para cativar a atenção do meu bebé	1	2	3	4
15C. Tenho facilidade em descobrir as coisas ou atividades o meu bebé não gosta	1	2	3	4
16A. Tenho facilidade em entreter o meu bebé	1	2	3	4

17A. Tenho facilidade em alimentar o meu bebé	1	2	3	4
18A Tenho facilidade para mudar as fraldas ao meu bebé	1	2	3	4
19A. Tenho facilidade para dar banho ao meu bebé	1	2	3	4
20D. Eu consigo demonstrar afeição ao meu bebé	1	2	3	4

Secção 4: Assinale com um X as **INTENÇÕES** que tem na alimentação do bebé (Nommsen-Rivers, & Dewey 2009).

1.Tenho intenção de alimentar o meu bebé só com biberão de leite artificial (amamentar está completamente fora de questão)	Concordo totalmente0	Concordo1	Não tenho a certeza2	Discordo3	Discordo totalmente4
2.Tenho intenção de pelo menos, tentar dar de mamar ao peito	Concordo totalmente4	Concordo3	Não tenho a certeza2	Discordo1	Discordo totalmente0
3.Até ao fim do 1º mês de idade, darei mama ao meu bebé, sem usar leite artificial ou outro tipo de leite	Concordo totalmente4	Concordo3	Não tenho a certeza2	Discordo1	Discordo totalmente0
4.Até ao fim dos 3 meses, darei mama ao meu bebé, sem usar leite artificial ou outro tipo de leite	Concordo totalmente4	Concordo3	Não tenho a certeza2	Discordo1	Discordo totalmente0
5.Até ao fim dos 6 meses, darei mama ao meu bebé, sem usar leite artificial ou outro tipo de leite	Concordo totalmente4	Concordo3	Não tenho a certeza2	Discordo1	Discordo totalmente0

Secção 5: Expetativas de Necessidades e Ajudas após o parto, em casa (Logsdon, C.)

As perguntas seguintes são para identificar as necessidades e ajudas, que a Senhora precisará, após o parto, quando estiver em casa. Cada pergunta, pede-lhe que:

Primeiro indique de 0 [pouco importante] até 7 [muito importante], o nível de importância que cada necessidade tem para si;

Depois, na coluna ao lado, a Senhora deve indicar de 0 [pouco importante] até 7 [muito importante] o nível de importância da ajuda que acha que lhe vão dar, em sua casa;

Marque um X em cada coluna, sobre o algarismo que corresponde às suas expetativas de **Necessidades e Ajudas**

	Importância da Necessidade para si							Importância da Ajuda que acha que lhe vão dar									
	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	
	Pouco							Muito			Pouco			Muito			
	Importante							Importante									
1.Necessidade de ajuda para cozinhar as refeições	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	
2. Necessidade que percebam que é mais do que uma mãe	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	
3. Necessidade de informação sobre como cuidar do seu corpo após o parto	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	
4. Necessidade de falar com outras mães acerca do comportamento do bebé	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	
5. Necessidade de ajuda para ter a roupa lavada/arrumada	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	
6. Necessidade de informação sobre o normal eritema/borbulhas do bebé	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	
7. Necessidade de informação sobre se os ritmos de sono do bebé são normais	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	
8. Necessidade de ajuda para cuidar do bebé enquanto toma banho, come ou precisa tempo para si mesma	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	
9. Necessidade de tempo para as suas amizades e atividades habituais (desporto, amizades, festas)	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	
10. Necessidade de se sentir especial	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	
11. Necessidade de ajuda para limpar a casa	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	

12. Necessidade que os outros a apreciem nos cuidados que faz ao bebé	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
13. Necessidade que os outros valorizem as suas opiniões, ideias e decisões considerando-as importantes e aceitáveis	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
14. Necessidade de informação acerca características das fezes do bebé	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
15. Necessidade que os outros percebam que é normal pedir ajuda.	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
16. Necessidade de falar com outras mães sobre os cuidados ao bebé	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
17. Necessidade de ter informação sobre contraceptivos e de quando retomar a sua atividade sexual.	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
18. Necessidade de falar com outras mães sobre a sua adaptação ao papel de mãe	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
19. Necessidade de ajuda para poder dormir mais.	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
20. Necessidade de falar, ser ouvida e partilhar com alguém o que é mais importante para si	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
21. Necessidade de informação sobre a amamentação	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
22. Necessidade de ajuda para ir às compras e/ou à farmácia	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
23. Necessidade que alguém fique com o bebé para ter tempo para estar só com o seu marido	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
24. Necessidade de mais informação sobre o choro do bebé (porque chora e como acalmá-lo)	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
25. Necessidade que os outros dêem mais valor às suas preocupações e inquietações e as respeitem seriamente	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
26. Necessidade de informação sobre como lidar com a ansiedade e desconfortos	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
27. Necessidade que os outros lhe garantam que não está sozinha nas responsabilidades com o bebé	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
28. Necessidade de informação sobre os cuidados ao coto umbilical	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
29. Necessidade de falar com outras mães sobre quais os melhores sítios e onde procurar o que é necessário para o bebé (recursos, roupas....)	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
30. Necessidade de dinheiro para as compras relacionadas com o bebé	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
31. Necessidade de informação sobre os soluços do bebé, porque aparecem e o que pode fazer	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
32. Necessidade de falar com outras mães sobre a experiência do trabalho de parto, parto e nascimento	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
33. Necessidade de os que a rodeiam, se mostrem afetivos (dar-lhe carinho, beijos e abraços)	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
34. Necessidade que os outros reconheçam que é responsável e competente	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7

Secção 6: CARACTERIZAÇÃO. Por favor assinale com um X ou escreva a resposta às seguintes questões

C15.Estado Civil		C16.Nacionalidade		C18. Quantos filhos tem agora?
<input type="checkbox"/>	0.Solteira	<input type="checkbox"/>	0.Portuguesa	
<input type="checkbox"/>	1.Casada ou união de facto	<input type="checkbox"/>	1.Estrangeira	
<input type="checkbox"/>	2.Divorciada	C17.Se estrangeira, qual?		
<input type="checkbox"/>	3.Viúva	_____		

C19.Escolaridade		C20.Tipo de casa onde vive	
<input type="checkbox"/>	0.Andou na escola mas não fez o 4º ano	<input type="checkbox"/>	5.Casa ou andar de luxo, grande, com máximo conforto
<input type="checkbox"/>	1.Escolaridade entre 4 anos e menos que 9ºAno	<input type="checkbox"/>	4.Casa ou andar espaçoso e confortável
<input type="checkbox"/>	2.12ºAno ou nove anos ou mais de escolaridade	<input type="checkbox"/>	3.Casa ou andar modesto em bom estado de conservação
<input type="checkbox"/>	3.Bacharelato	<input type="checkbox"/>	2.Casa ou andar degradado
<input type="checkbox"/>	4.Licenciatura ou mestrado	<input type="checkbox"/>	1.Barraca, andar ou outro; varias famílias na mesma casa em condições deficientes
<input type="checkbox"/>	5.Doutoramento		

C21. Origem do seu rendimento familiar	
<input type="checkbox"/>	5.Herança, Lucros de empresas ou propriedades
<input type="checkbox"/>	4.Altos vencimentos e honorários + que 10 vezes o salário mínimo
<input type="checkbox"/>	3.Vencimento mensal fixo em emprego permanente, não ocasional
<input type="checkbox"/>	2.Remuneração menor ou igual ao salário mínimo, pensionista, reformada
<input type="checkbox"/>	1.Assistência, subsídios

C22. Profissão	
<input type="checkbox"/>	5.Grande empresária, Gestora de topo (+ de 500 empregados), Professoras Universitárias, Profissão liberal (curso superior), alta dirigente política
<input type="checkbox"/>	4.Média empresária (menos de 500 empregados), agricultora e proprietária, dirigente intermédia e quadro-técnico, Oficial das Forças Armadas, Professora do ensino básico e secundário
<input type="checkbox"/>	3.Pequena empresária (menos que 50 empregados), quadro-médio, media agricultora, sargenta ou equiparada
<input type="checkbox"/>	2.Pequena agricultora ou rendeira, técnica administrativa, operaria semi-qualificada, funcionária pública, membro das Forças Armadas ou Militarizadas
<input type="checkbox"/>	1.Assalariada agrícola, trabalhadora indiferenciada e profissões não classificadas nos grupos anteriores

C23.Qual a sua Profissão exatamente?	C24. Atualmente tem emprego? 0.Não____ 1.Sim____
C25.Se está a trabalhar, teve condições no seu emprego que facilitassem a ida às consultas, exames, preparação para o parto ou outras necessárias? 1. Nunca____; 2.Algumas vezes____; 3.Muitas Vezes____	

C26. Quem vive na sua casa?

Por favor, antes de entregar, confirme se respondeu a todas as questões; Agradecemos muito ter-nos dado o seu tempo para responder a este questionário. Muito obrigada.

APÊNDICE F: Questionário aplicado às Puérperas 10-15 Dias após o Parto

Apresentação

Ex^a Senhora:

Na continuidade do questionário que lhe pedi para responder no hospital como estudante do Mestrado em Saúde Materna na Universidade de Évora, estou agora novamente a convidá-la para continuar a participar no meu estudo tem como objetivos: **identificar as expetativas de apoio das mães à data da alta hospitalar e identificar a perceção de apoio das mães no período pós-parto.**

O estudo é orientado por professora da Universidade de Évora.

Peço a sua colaboração nesta 2^a fase:

- Centro de Saúde quando vai pesar o seu bebé [aproximadamente 10 a 15 dias depois do parto]

Por favor, responda logo quando receber o questionário para não se perderem a oportunidade de colher os seus dados. Leva aproximadamente 15 m. Ponha depois o questionário no envelope que a(o) enfermeira(o) lhe indicou.

Neste questionário pedimos a sua identificação e alguns dados de contacto para podermos continuar a seguir o seu caso; estes dados são guardados por nós, garantindo que a sua identificação não será revelada.

Muito obrigada pela sua participação

Por favor, dê-nos o seu Consentimento, assinalando um X neste rectângulo, se concorda com as frases seguintes:

Eu, sendo responsável por mim e pelo meu filho, declaro que compreendi as intenções deste estudo, permito o uso dos meus dados e disponho-me a participar. Compreendo que as datas de nascimento seguintes se destinam à codificação, para que seja possível seguir o meu caso.

Sua data de nascimento ____/____/____	Data de nascimento do pai do seu filho ____/____/____	Data de nascimento da sua mãe ____/____/____
--	--	---

Data de preenchimento deste questionário ____/____/____

Secção 1

1.Nome: _____ 2.Telemóvel: _____

C3. Idade do seu bebé ____ dias

C4. Peso do seu bebé hoje _____

C5. Sexo do bebé _____

Secção 2: ALEITAMENTO

A. Durante os dias que esteve na maternidade como foi alimentado o seu bebé? Marque um X	
1.Só mama	
2.Mama ou copo ou biberão mas do seu leite	
3.Mama e biberão de leite artificial	
4.Biberão de leite artificial	
5.Mama, biberão de leite artificial e Soro	

B. Ainda na maternidade, se deixou de dar só mama, ou o seu leite por copo ou biberão, quantos dias tinha o bebé e qual foi o principal motivo? Dias: _____ Motivo: _____

C. Em casa, agora, que tipo de alimentação dá seu bebé? Marque um X	
1.Só mama	
2.Mama ou copo ou biberão só com leite seu	
3.Mama e biberão de leite artificial	
4.Biberão de leite artificial	

C.1. Se só dá mama, quantas vezes é que o bebé mama por dia? _____

C.2. Se dá mama e biberão de leite artificial, quantas vezes o faz por dia? Biberão_ Mama_

C.3. Se dá só biberão de leite artificial, quantos biberões dá por dia? _____

Secção 3: CUIDADOS MATERNOS (Barnes & Adamson-Macedo, 2007).

Para cada uma das afirmações, indique com um X, o seu grau de concordância

	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1C. Penso que sou capaz de perceber quando o meu bebé está cansado e precisa dormir	1	2	3	4
2C. Penso que sei como lidar com meu bebé	1	2	3	4
3C. Sou capaz de perceber quando o meu bebé está doente	1	2	3	4
4C. Consigo entender os sinais que o meu bebé dá	1	2	3	4
5B. Consigo dar felicidade ao meu bebé	1	2	3	4
6D. Acho que o meu bebé me responde bem a mim	1	2	3	4
7D. Penso que eu e o meu bebé lidamos bem um com o outro	1	2	3	4
8B. Consigo acalmar o meu bebé quando ele está a chorar	1	2	3	4
9B. Tenho facilidade em acalmar o meu bebé quando ele fica irritado	1	2	3	4
10B. Tenho facilidade em acalmar o meu bebé quando ele é exigente	1	2	3	4
11B. Tenho facilidade em acalmar o meu bebé quando ele chora insistentemente	1	2	3	4
12B. Tenho facilidade em acalmar o meu bebé quando ele fica mais agitado	1	2	3	4
13C. Tenho facilidade em perceber o que o meu bebé quer	1	2	3	4
14B. Tenho facilidade para cativar a atenção do meu bebé	1	2	3	4
15C. Tenho facilidade em descobrir as coisas ou atividades o meu bebé não gosta	1	2	3	4
16A. Tenho facilidade em entreter o meu bebé	1	2	3	4
17A. Tenho facilidade em alimentar o meu bebé	1	2	3	4
18A. Tenho facilidade para mudar as fraldas ao meu bebé	1	2	3	4
19A. Tenho facilidade para dar banho ao meu bebé	1	2	3	4
20D. Eu consigo demonstrar afeição ao meu bebé	1	2	3	4

Secção 4: Expetativas de Necessidades e Ajudas após o parto, em casa (Logsdon, C.)

As perguntas seguintes são para identificar as necessidades e ajudas, que a Senhora precisou, após o parto, depois de ir para casa. Cada pergunta, pede-lhe que:

Primeiro indique de 0 [pouco importante] até 7 [muito importante], o nível de importância que cada necessidade tem para si;

Depois, na coluna ao lado, a Senhora deve indicar de 0 [pouco importante] até 7 [muito importante] o nível de importância da ajuda que acha que lhe deram em sua casa;

Marque um X em cada coluna, sobre o algarismo que corresponde às suas expetativas de **Necessidades e Ajudas**

	Importância da Necessidade para si							Importância da Ajuda que acha que lhe vão dar									
	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	
	Pouco							Muito			Pouco			Muito			
	Ímpotante							Ímpotante			Ímpotante			Ímpotante			
1. Necessidade de ajuda para cozinhar as refeições	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	
2. Necessidade que percebam que é mais do que uma mãe	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	
3. Necessidade de informação sobre como cuidar do seu corpo após o parto	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	
4. Necessidade de falar com outras mães acerca do comportamento do bebé	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	
5. Necessidade de ajuda para ter a roupa lavada/arrumada	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	
6. Necessidade de informação sobre o normal eritema/borbulhas do bebé	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	
7. Necessidade de informação sobre se os ritmos de sono do bebé são normais	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	
8. Necessidade de ajuda para cuidar do bebé enquanto toma banho, come ou precisa tempo para si mesma	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	
9. Necessidade de tempo para as suas amizades e atividades habituais (desporto, amizades, festas)	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	
10. Necessidade de se sentir especial	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	
11. Necessidade de ajuda para limpar a casa	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	
12. Necessidade que os outros a apreciem nos cuidados que faz ao bebé	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	
13. Necessidade que os outros valorizem as suas opiniões, ideias e decisões considerando-as importantes e aceitáveis	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	
14. Necessidade de informação acerca características das fezes do bebé	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	
15. Necessidade que os outros percebam que é normal pedir ajuda.	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	
16. Necessidade de falar com outras mães sobre os cuidados ao bebé	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	
17. Necessidade de ter informação sobre contraceptivos e de quando retomar a sua atividade sexual.	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	
18. Necessidade de falar com outras mães sobre a sua adaptação ao papel de mãe	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	
19. Necessidade de ajuda para poder dormir mais.	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	
20. Necessidade de falar, ser ouvida e partilhar com alguém o que é mais importante para si	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	
21. Necessidade de informação sobre a amamentação	0	1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	6	7	

22. Necessidade de ajuda para ir às compras e/ou à farmácia	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
23. Necessidade que alguém fique com o bebê para ter tempo para estar só com o seu marido	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
24. Necessidade de mais informação sobre o choro do bebê (porque chora e como acalmá-lo)	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
25. Necessidade que os outros dêem mais valor às suas preocupações e inquietações e as respeitem seriamente	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
26. Necessidade de informação sobre como lidar com a ansiedade e desconfortos	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
27. Necessidade que os outros lhe garantam que não está sozinha nas responsabilidades com o bebê	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
28. Necessidade de informação sobre os cuidados ao coto umbilical	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
29. Necessidade de falar com outras mães sobre quais os melhores sítios e onde procurar o que é necessário para o bebê (recursos, roupas....)	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
30. Necessidade de dinheiro para as compras relacionadas com o bebê	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
31. Necessidade de informação sobre os soluços do bebê, porque aparecem e o que pode fazer	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
32. Necessidade de falar com outras mães sobre a experiência do trabalho de parto, parto e nascimento	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
33. Necessidade de os que a rodeiam, se mostrem afetivos (dar-lhe carinho, beijos e abraços)	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
34. Necessidade que os outros reconheçam que é responsável e competente	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7

Secção 5: CONVICÇÕES. Para cada uma das afirmações, indique o seu grau de concordância, que pode ir de 1 (discordo totalmente) até 5 (concordo totalmente) (Humphreys, Thompson & Miner, 1998).

	Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente
1. Amamentar está fora de moda	1	2	3	4	5
2. Amamentar é a alimentação mais saudável para um bebê	1	2	3	4	5
3. Amamentar significa que ninguém mais pode alimentar o bebê	1	2	3	4	5
4. Amamentar significa que tenho que ter uma alimentação diferente	1	2	3	4	5
5. Eu penso que amamentar é bom para o meu bebê	1	2	3	4	5
6. Eu ficaria envergonhada se alguém me visse a amamentar	1	2	3	4	5
7. Amamentar faz ficar com as mamas caídas	1	2	3	4	5
8. Amamentar é bom para mim	1	2	3	4	5
9. As fraldas dos bebês que são amamentados não cheiram tão mal	1	2	3	4	5
10. Eu penso que amamentar é nojento	1	2	3	4	5
11. Amamentar ajudar-me-á a sentir-me mais próxima do bebê	1	2	3	4	5
12. Eu penso que amamentar é doloroso	1	2	3	4	5
13. Amamentar ajuda a proteger o bebê de doenças e	1	2	3	4	5

alergias					
14. Amamentar significa que não posso voltar ao trabalho ou escola	1	2	3	4	5
15. Amamentar ajuda o meu útero a voltar rapidamente ao normal	1	2	3	4	5
16. Amamentar ajuda-me a perder peso	1	2	3	4	5
17. Eu penso que não sei o suficiente sobre amamentação	1	2	3	4	5
18. Amamentar é fácil	1	2	3	4	5
19. Amamentar é mais barato que recorrer ao leite artificial	1	2	3	4	5
20. Eu penso que as minhas mamas são demasiadamente pequenas para produzirem leite suficiente para o meu bebé.	1	2	3	4	5

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

Agradecemos muito ter-nos dado algum do seu tempo, a responder a este questionário.

Muito obrigada.

APÊNDICE G: Resultados do Questionário aplicado às Puérperas 10-15 Dias
após o Parto

Resultados do 2º Questionário

Participaram no 2º Questionário as mesmas utentes que tinham preenchido o primeiro em meio hospitalar

A idade do(a) filho(a) da participante, à data da aplicação do 2º Questionário era em média 15,6 dias (DP=4,25), variando entre 5 e 31 dias

T2IdadeRNCentroSaude		
N	Valid	116
	Missing	0
Mean		15,6207
Median		15,5000
Mode		17,00
Std. Deviation		4,25217
Minimum		5,00
Maximum		31,00

A maioria dos bebés (n=94; 81,9%) durante o internamento só tomou Leite Materno [LM]; registam-se 18 casos de alimentação mista (15,5%) e dois casos de formula (1,7%)

Alimenta Hospital		
	n	%
Só Mama ou LM biberão/copo	94	81,9
Mama e biberão	18	15,5
Biberão de leite artificial	2	1,7
Mama, biberão Soro	1	,9
Total	116	100,0

Nas 22 senhoras que responderam à questão, em 14 casos o biberão foi introduzido ao 1º dia de vida, seguindo-se 5 casos ao 2º dia de vida do RN

T2S2BdiasRN		
	n	%
1º dia	14	63,6
2º dia	5	22,7
3º dia	2	9,1
7º dia	1	4,5
Total	22	100,0

As razões invocadas para dar fórmula ao RN foram o choro persistente (n=3) e internamento em Neonatologia (n=3)

Motivo	
	n
baixo peso	2
choro persistente	3
complicação pos-part	1
hipoglicemia na 1ª hora de vida	1
insegurança materna	1
mae no recobro	2
mamilos gretados, pedido da mãe	1
medicação da mae	2
não pegava na mama	1
neonatologia	3
pedido da mãe	1
perda de peso acentuada	1
pouco colostro	1
prematureo	1
Total	21

Das 115 participantes que responderam à questão 84 (73%) fazem Aleitamento Materno Exclusivo

T2S2CRNalimentaCasa	Frequency	Valid Percent
Só Mama	84	73,0
Mama e biberão de leite artificial	18	15,7
Biberão de leite artificial	13	11,3
Total	115	100,0

Nas 18 crianças que fazem Aleitamento Materno Misto a media de idades é 16,5 dias de variando entre 11 e 29 dias de vida

T2IdadeRNCentroSaude		
N	Valid	18
	Missing	0
Mean		16,5000

Median	14,5000
Mode	12,00 ^a
Std. Deviation	5,07879
Minimum	11,00
Maximum	29,00

O número de biberons por dia varia entre 1 e 12, sendo o mais representativo 6 biberons referidos por 4 mães

Os episódios de amamentação variam entre 5 e 12, sendo mais representativo em 7 mães, 6 episódios

T2S2C2QuantasBiberão	Frequency	Percent
1,00	3	16,7
2,00	1	5,6
3,00	3	16,7
4,00	1	5,6
5,00	2	11,1
6,00	4	22,2
8,00	2	11,1
11,00	1	5,6
12,00	1	5,6
Total	18	100,0

T2S2C2QuantasMama	Frequency	Percent
5,00	2	11,1
6,00	7	38,9
7,00	1	5,6
8,00	4	22,2
9,00	1	5,6
10,00	1	5,6
11,00	1	5,6
12,00	1	5,6
Total	18	100,0

Nas 13 crianças que fazem alimentação artificial a média de idades é 13,7 dias de variando entre 5 e 19 dias de vida

T2IdadeRNCentroSaude		
N	Valid	13
	Missing	0
Mean		13,6923
Median		14,0000
Mode		16,00
Std. Deviation		3,68295
Minimum		5,00
Maximum		19,00

Estes bebés tomam entre 5 e 8 biberons por dia

Perceção de Autoeficácia nos Cuidados ao Recém-nascido

A escala apresenta uma boa consistência interna com um α de Cronbach de .956

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.956	20

A perceção da puérpera quanto à sua Autoeficácia nos cuidados ao Recém-nascido apresenta uma média significativamente mais elevada em casa (M=71.41; DP=7.62), comparativamente ao tempo em que a puérpera se encontrava no hospital (M=65.5; DP=7.29)

Paired Samples Statistics	Mean	N	Std. Deviation
T1AutoEfBarnesMacedo	65,5345	116	7,29435
T2AutoEfBarnesMacedoTOTAL	71,4138	116	7,61928

Necessidades de ajuda da Parturiente em casa e Ajuda Real

Em média, as necessidades de ajuda e a ajuda real que as parturientes tiveram em casa não apresentam diferenças significativas ($p=.471$)

Paired Samples Statistics	Mean	N	Std. Deviation
T2PosPartoImp	165,9655	116	38,48137
T2PosPartoAJudaReal	163,8448	116	38,09590

APÊNDICE H: Questionário aplicado a Enfermeiras do Serviço de Puerpério da
ULSBA



Apresentação

Encontro a realizar um estudo sobre o relacionamento entre os Cuidados Hospitalares e os Cuidados de Saúde Primários no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia que frequento na Universidade de Évora. Assim, sou a solicitar a sua colaboração.

Gostaria então de convidá-la a preencher o questionário que se segue.

O preenchimento leva aproximadamente 5 m. Depois de responder coloque o questionário na caixa selada que se encontra no gabinete da Sr^a Enfermeira-Chefe.

Muito obrigada pela sua participação

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

Declaro que compreendi as intenções deste questionário, permito o uso dos dados e disponho-me a participar. Compreendo que as datas de nascimento seguintes se destinam à codificação, para que seja possível analisar o meu caso, sem que o meu nome seja conhecido.

Sua data de nascimento ____/____/____	Data de nascimento da sua mãe ____/____/____
--	---

Data de preenchimento deste questionário ____/____/____

Secção 1: Caracterização Profissional

Por favor, assinale com um **X** no opção do seu caso ou escreva o que melhor descreve sua situação

1. Na sua atividade, qual a sua categoria profissional?

- | | |
|--------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Enfermeira (o) nível 1 |
| <input type="checkbox"/> | 2. Enfermeira (o) Graduada (o) |
| <input type="checkbox"/> | 3. Enfermeira (o) Especialista |
| <input type="checkbox"/> | 4. Enfermeira (o) Chefe |

2. Há quanto tempo é enfermeira?

3. Se é Especialista, há quanto tempo?

4. Quais as suas Habilitações (Assinale todas as que se aplicam)?

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1. Curso Base (Licenciatura/ Bacharelato) |
| <input type="checkbox"/> | 2. Cursos de Formação Contínua |
| <input type="checkbox"/> | 3. Pós-Graduação |
| <input type="checkbox"/> | 4. Mestrado |
| <input type="checkbox"/> | 5. Doutoramento |
| <input type="checkbox"/> | 6. Outro (Especifique) |
| | _____ |

5. Se Fez Cursos de Formação Contínua, diga-nos alguns exemplos

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Amamentação |
| <input type="checkbox"/> | 2. Preparação par o Parto |
| <input type="checkbox"/> | 3. Reflexologia |
| <input type="checkbox"/> | 4. Urgências Obstétricas |
| <input type="checkbox"/> | 5. Outros |
| <input type="checkbox"/> | Qual? _____ |

Secção 2: Relação entre Hospital e Centro de Saúde

6. Indique-nos 3 aspetos que a levam a pensar que a Carta de Alta é um **BOM MEIO** de comunicação entre os Cuidados Hospitalares e o seguimento da Puérpera por Enfermeira do Centro de Saúde

1º Aspeto _____

2º Aspeto _____

3º Aspeto _____

7. Indique-nos 3 aspetos que a levam a pensar que a Carta de Alta é um **MEIO INEFICAZ** como comunicação entre os Cuidados Hospitalares e o seguimento da Puérpera por Enfermeira do Centro de Saúde

1º Aspecto _____

2º Aspecto _____

3º Aspecto _____

8. Alguma vez telefonou para a Enfermeira do Centro de Saúde por razões de seguimento de uma Puérpera e/ou recém-nascido?

- | | |
|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Nunca |
| <input type="checkbox"/> | 2. Algumas vezes |
| <input type="checkbox"/> | 3. Quase sempre |
| <input type="checkbox"/> | 4. Sempre |

9. Se telefonou para a Enfermeira do Centro de Saúde diga-nos a razão principal que a levou a fazer o último telefonema

Razão do telefonema

10.Habitualmente faz a Notícia de Nascimento para os casos que estão à sua responsabilidade?

	1.Nunca
	2.Algumas vezes
	3.Quase sempre
	4.Sempre

11.A Notícia de Nascimento como comunicação entre o Hospital e Centro de Saúde é na sua opinião

	1.Ineficaz
	2.Algumas vezes eficaz
	3. Quase sempre eficaz
	3.Sempre Eficaz

12.Habitualmente faz carta de Alta das senhoras que estão à sua responsabilidade?

	1.Nunca
	2.Algumas vezes
	3.Quase sempre
	4.Sempre

13.A Carta de Alta como comunicação entre o Hospital e Centro de Saúde é na sua opinião

	1.Ineficaz
	2.Algumas vezes eficaz
	3. Quase sempre eficaz
	3.Sempre Eficaz

Muito obrigada pelo tempo que nos dispensou ao preencher este questionário

APÊNDICE I: Estudos Estrangeiros

Estudos sobre programas de intervenção com população-alvo

Base de Dados	PubMed
Palavras-Chave	Postpartum & Home & Hospital
Referência	Beake, S., Bick, D., & Weavers, A. (2012). Revising care to meet maternal needs post birth: an overview of the hospital to home postnatal study. <i>Pract Midwife</i> , 15(6), 10, 12-13.
Objetivo	Aumentar a qualidade dos cuidados
Amostra	Sub-amostra do estudo NICE
Participantes	Mulheres de unidade hospitalar de referência no Canadá
Resultados principais	Recomendações de que os cuidados devem ser individualizados de acordo com as necessidades físicas e emocionais; os conteúdos dos cuidados devem ser relevantes para o momento de recuperação pós-parto e a informação deve ser oferecida conforme as condições de vida. Introduziram-se no sistema hospitalar medidas e procedimentos relevantes de acordo com a visão individualizada das mulheres.

Base de Dados	PubMed
Palavras-Chave	Postpartum & Home & Hospital
Referência	Coulm, B., & Blondel, B. (2013). [Hospital length-of-stay after childbirth in France]. <i>J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)</i> , 42(1), 76-85.
Objetivo	Estudar o hospital após o parto e as suas determinantes e descrever o cuidado que é oferecido às puerperas após a alta.
Amostra	Nós estudamos 10.302 mulheres com parto eutócico em 2010, sistema nacional francês. As características maternas e do recém-nascido da maternidade e da região do nascimento foram consideradas. Unidades de maternidade que ofereceram rotineiramente as visitas domiciliares home por midwives depois que a descarga foi descrita.
Participantes	Ao redor 29.0% das mulheres teve um \leq de LOS 3 dias, com variações significativas entre regiões. O \leq de LOS 3 dias era mais comum entre os multiparas e as mulheres que bottle-fed seu newborn. Na região Parisian mais grande, o \leq de LOS 3 dias variou de 16.6% no del 1000 $</$ ano confidenciais das unidades a 72.9% no \geq ensinando das unidades 3000 del/y. Entre as mulheres que tiveram um \leq de LOS 3 dias, only 19.7% estavam em uma unidade, que oferecesse visitas do repouso rotineiramente.
Resultados principais	O internamento varia principalmente de acordo com o lugar de entrega. As tendências para uma alta precoce são prováveis continuar devido às pressões econômicas e os serviços pós-alta devem ser desenvolvidos para assegurar a continuidade do cuidado para todas as mães após a alta.

Base de Dados	PubMed
Palavras-Chave	Postpartum & Home & Hospital
Referência	Cusack, C. L., Hall, W. A., Scruby, L. S., & Wong, S. T. (2008). Public health nurses' (Phns) perceptions of their role in early postpartum discharge. <i>Can J Public Health</i> , 99(3), 206-211.

Objetivo	Na sequência da introdução da alta pós-parto precoce (EPD) do hospital, os enfermeiros de saúde pública (PHNs) fornecem acompanhamento domiciliar em grande escala para promover a segurança e o bem-estar das mães e bebês. Dado o elevado número de nascimentos por ano, este programa tem afetado a prática dos PHNs. Este estudo qualitativo descritivo teve como objetivo explorar as percepções dos PHNs da EPD e seus efeitos sobre a sua prática.
Resultados principais	Os PHNs indicaram que a introdução de EPD alterou sua prática, reduzindo seu papel na intervenção a nível comunitário e atividades de promoção de saúde. Embora eles identifiquem benefícios nas atividades EPD, eles solicitam recursos do sistema público de saúde para melhor suporte, aumento dos PHNs no âmbito da prática e papéis históricos em promoção da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades.

Base de Dados	PubMed
	Continuing education module: postpartum maternal health care in the United States: a critical review
Palavras-Chave	Postpartum maternal care & home & newborn
Autor e Ano de Publicação	Cheng, C. Y., Fowles, R. E. & Walker, L. O. (2006).
Objetivo	Os cuidados nos pós-parto é um aspeto negligenciado da saúde da mulher. Esta negligência é mais evidente nos objetivos nacionais de saúde limitados e os dados relacionados com a saúde materna. Oportunidades perdidas para melhorar o atendimento de mulheres no pós-parto saúde ocorrem no âmbito dos cuidados pós-parto de rotina. Percepções diferentes das necessidades maternas entre enfermeiras e mães também contribuem para os cuidados de saúde inadequados. Portanto, a colheita de dados nacionais sobre morbidade materna pós-parto, reforma das políticas de cuidados pós-parto, oferecendo cuidado holístico e flexível a saúde materna, incentivando o apoio da família e envolvimento em grupos de apoio, e iniciar programas educacionais são recomendados. Mais pesquisas são necessárias sobre as questões relacionadas com a saúde materna pós-parto.
Participantes	Puerperas, recém-nascidos e EESMO
Resultados principais	Os Cuidados de saúde materna pós-parto influenciam a saúde das mães e seus filhos, no entanto, não são referidos em políticas nacionais ou objetivos nacionais de saúde nos Estados Unidos. Recomendações para promover a saúde materna incluem o estabelecimento de políticas sobre saúde materna pós-parto, reavaliadas e criar um programa de cuidados pós-parto, incentivando o apoio familiar, oferecendo suporte a grupos, criando programas educacionais a longo prazo e realizando pesquisas focadas na saúde materna pós-parto.

Base de Dados	SciELO
Título	Puérpera vivenciando a consulta de retorno e as orientações recebidas sobre o puerpério.
Palavras-Chave	Puerpério & Cuidados de enfermagem domiciliares
Autor e Ano de Publicação	Centa, M. L., Oberhofer P. R. & Chammas, J. (2002).
Objetivo	Este estudo tem como objetivo conhecer como as puérperas vivenciam a consulta de retorno e as orientações recebidas sobre puerpério em numa unidade de serviço de saúde. Trata-se de um estudo qualitativo, realizado em uma Unidade de Saúde da cidade de São José dos Pinhais-PR. Os dados foram obtidos através de entrevistas semiestruturadas, sendo observado o que estabelece a Resolução n° 196/96 sobre Pesquisas em Seres Humanos.

Participantes	12 Puérperas com idade entre 18 e 41 anos.
Resultados principais	Os resultados obtidos evidenciam que as puérperas: procuram tardiamente a consulta de retorno; seguem as orientações dadas pela família; percebem que seu conhecimento cultural é desconsiderado; apontam os cuidados com os pontos da sutura da episiotomia e amamentação como foco das orientações recebidas e não sentem suas necessidades atendidas. Como categoria central FALHAS NA COMUNICAÇÃO FRAGILIZANDO AS ORIENTAÇÕES. Torna-se necessário que os profissionais revejam suas ações de modo a prestar um cuidado multidimensional, contemplando no planejamento assistencial os aspectos biopsicossociais, cultural e intelectual para contribuir, efetivamente, para um puerpério saudável e para diminuir o índice de morbimortalidade puerperal.

Base de Dados	PubMed
Título	Mother's sense of security in the first postnatal week: interview study.
Palavras-Chave	Postpartum maternal care & Home
Autor e Ano de Publicação	Pesson, E.K., Fridlund, B., Kvist, L.J. & Dykes, A. (2010).
Objetivo	Este documento é um relatório de um estudo de fatores que influenciam o sentimento das mães de segurança durante a primeira semana pós-parto.
Participantes	Puerperas
Resultados principais	Atitudes do pessoal devem ser discutidas continuamente em todas as unidades de prestação de cuidados de maternidade. Estas discussões devem incluir as atitudes para com o pai e o significado de sua presença para o bem-estar da família. Preparação para o início do período pós-parto é importante e todas as informações prestadas devem ser coerentes, em particulares informações sobre o aleitamento materno.

Base de Dados	PubMed
Título	The postpartum visit--why wait 6 weeks?
Palavras-Chave	postpartum maternal care & health-care policy & newborn
Autor e Ano de Publicação	Piejko, E. (2006)
Objetivo	Os cuidados de saúde materna no pós-parto é um aspeto negligenciado pelos serviços de saúde. Essa negligência é evidente nos objectivos nacionais de saúde limitada e dados relacionados à saúde materna. Oportunidades perdidas para melhorar a saúde das mulheres após o parto ocorrerem no âmbito dos cuidados de rotina após o parto. Diferentes percepções de necessidades maternas entre enfermeiros e mães também contribuam aos cuidados de saúde inadequados.
Participantes	Enfermeiros, puerperas
Resultados principais	Portanto, recolher dados nacionais sobre morbidade materna pós-parto, reforma políticas de cuidados após o parto, prestar cuidados de saúde materno holístico e flexível, incentivando a participação em grupos de apoio e suporte familiar e dar início a programas educacionais são recomendadas. É necessária investigação adicional sobre questões relacionadas à saúde materna após o parto.

APÊNDICE J: Pareceres do Enfermeiro Diretor da ULSBA quanto à aplicação dos Questionários

Relatório Detalhado da Distribuição: EDOC/2012/11187



Assunto:	Proposta de mestrado intitulado: ALTA PUERPERAL: COMUNICAÇÃO ENTRE CUIDADOS DIFERENCIADOS E CUIDADOS DE SAUDE PRIMARIOS				
Observações:					
Processos					
Código	Assunto			Estado	
Antecedentes					
Código	Assunto			Data Início	
Registos Associados					
Livro	Ano	Número	Assunto	Observações	Criado em
Conhecimentos					
Perfil	Nome		Autor		Data
Etapas					
Descrição	Detalhe				
Distribuição:	EDOC/2012/11187				
Etapa nº:	1				
Nome:					
Descrição:					
Percurso:					
Estado:	Enviada				
Operações Efectuadas:					
Fase:					
Interveniente:	Telma Brissos - ULSBA				
Executante:	Telma Brissos - ULSBA				
Data de Leitura:	09-02-2012 14:51:24				
Envio:	09-02-2012 14:55:01				
Assinada:	Não				
Documentos:	Nome	Assinaturas			
	PropostaDissertaçãoMestradoTELEMA2ºRecebido.doc				
Cópias Para:					
Parecer/Informação:	ao senhor enfermeiro director venho por este meio pedir autorização para a realização do projecto: ALTA PUERPERAL: COMUNICAÇÃO ENTRE CUIDADOS DIFERENCIADOS E CUIDADOS DE SAUDE PRIMARIOS, inserido no ambito do mestrado de saude materna e obstetrícia, a qual me encontro a realizar (segue em anexo), com os melhores cumprimentos Telma Brissos				
Descrição	Detalhe				
Distribuição:	EDOC/2012/11187				
Etapa nº:	2				
Nome:					
Descrição:					
Percurso:					
Estado:	Enviada				
Operações Efectuadas:	Aceite em 10-02-2012 às 9:25 por Alexandra Abreu - ULSBA				

Fase:
Interveniente: Administração - Secretariado
Executante: Alexandra Abreu - ULSBA
Data de Leitura: 10-02-2012 9:25:42
Envio: 10-02-2012 9:26:21
Assinada: Não

Documentos:
Cópias Para:
Parecer/Informação:
Descrição: Detalhe
Distribuição: EDOC/2012/11187
Etapa nº: 3

Nome:
Descrição:
Percurso:
Estado: Devolvida
Operações Efectuadas:

Fase:
Interveniente: João Guerreiro - ULSBA
Executante: João Guerreiro - ULSBA
Data de Leitura: 10-02-2012 13:45:46
Envio: 10-02-2012 13:53:27
Assinada: Não

Documentos:
Cópias Para:
Parecer/Informação: Nada a opor.

Descrição: João Guerreiro
Enf. Diretor
Descrição: Detalhe
Distribuição: EDOC/2012/11187
Etapa nº: 4

Nome:
Descrição:
Percurso:
Estado: Enviada
Operações Efectuadas:

Fase:
Interveniente: Telma Brissos - ULSBA
Executante: Telma Brissos - ULSBA
Data de Leitura: 10-02-2012 14:40:46
Envio: 10-02-2012 14:43:06
Assinada: Não

Documentos:
Cópias Para:
Parecer/Informação:

Relatório Detalhado da Distribuição: EDOC/2012/34370



Assunto: Pedido de autorização	
Observações:	
Processos	
Código	Assunto Estado
Antecedentes	
Código	Assunto Data Início
Registos Associados	
Livro	Ano Número Assunto Observações Criado em
Conhecimentos	
Perfil	Nome Autor Data
Utilizador	Maria José Nobre - ULSBA Helena Serrano - ULSBA 09-05-2012 18:03:40
Etapas	
Descrição	Detalhe
Distribuição:	EDOC/2012/34370
Etapa nº:	1
Nome:	
Descrição:	
Percurso:	
Estado:	Enviada
Operações Efectuadas:	
Fase:	
Interveniente:	Telma Brissos - ULSBA
Executante:	Telma Brissos - ULSBA
Data de Leitura:	04-05-2012 15:58:36
Envio:	04-05-2012 16:03:35
Assinada:	Não
Documentos:	Nome Assinaturas
	Quest1AltaHospitalV2.doc
	Quest2CentroSaude.docx
	Pedido de autorização à ULSBA.docx
Cópias Para:	
Parecer/Informação:	<p>Telma Cristina Ramos Brissos, enfermeira no serviço de Obstetrícia, a frequentar o curso de mestrado de enfermagem de saúde materna e obstetrícia na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, da Universidade de Évora, e dando cumprimento à elaboração do trabalho final cujo objetivo geral é:</p> <p>- Melhorar a articulação da rede dos cuidados centrados na família em fase procriativa na área da sub-região de saúde do Baixo Alentejo;</p> <p>Vem por este meio, solicitar a Vossa Exa. a autorização da aplicação do instrumento de recolha de dados (questionário) às puérperas internadas no Serviço de Obstetrícia deste Hospital, no mês de Maio, Junho e Julho de 2012.</p> <p>Junto se anexa os questionários dirigidos às puérperas no dia em que têm alta e duas semanas depois.</p> <p>Cumprimentos</p> <p>Telma Brissos</p>
Descrição	Detalhe
Distribuição:	EDOC/2012/34370
Etapa nº:	2

Nome:
Descrição:
Percurso:
Estado: Enviada
Operações Efectuadas:
Fase:
Interveniente: João Guerreiro - ULSBA
Executante: João Guerreiro - ULSBA
Data de Leitura: 09-05-2012 17:18:26
Envio: 09-05-2012 17:25:17
Assinada: Não
Documentos:
Cópias Para:
Parecer/Informação: Sra Enfª Telma Brissos
Relativamente ao solicitado devo comunicar-lhe que o seu pedido está autorizado. Bom trabalho,

Cumprimentos cordiais,
João Guerreiro

Descrição: Detalhe
Distribuição: EDOC/2012/34370
Etapa nº: 3

Nome:
Descrição:
Percurso:
Estado: Devolvida
Operações Efectuadas:
Fase:
Interveniente: Helena Serrano - ULSBA
Executante: Helena Serrano - ULSBA
Data de Leitura: 09-05-2012 17:47:26
Envio: 09-05-2012 18:10:56
Assinada: Não
Documentos:
Cópias Para:
Parecer/Informação: Dado conhecimento à Sra. Enfermeira Chefe

Descrição: Detalhe
Distribuição: EDOC/2012/34370
Etapa nº: 4

Nome:
Descrição:
Percurso:
Estado: Enviada
Operações Efectuadas:
Fase:
Interveniente: Telma Brissos - ULSBA
Executante: Telma Brissos - ULSBA
Data de Leitura: 11-05-2012 14:20:56
Envio: 10-12-2012 22:11:04
Assinada: Não
Documentos:
Cópias Para:
Parecer/Informação:

APÊNDICE K: Apresentação do Projeto de Mestrado na Formação em Serviço


 Universidade de Évora
 Escola Superior de Enfermagem C. João de Deus
 2º Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
 

PROJECTO DE MESTRADO

REALIZADO POR: TELMA BRISSOS

ORIENTADORA: MARGARIDA SIM-SIM

1

ALTA PUERPERAL:
 COMUNICAÇÃO ENTRE
 CUIDADOS DIFERENCIADOS
 E CUIDADOS DE SAÚDE
 PRIMÁRIOS

2

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

PUERPÉRIO

"É o período que se inicia após a dequitação e termina 6 semanas após o parto".

(Graça, 2010 & Zigallo, 2008)

Embora outros autores identifiquem o puerpério compreendendo períodos aproximados, consiste essencialmente na recuperação das modificações físicas, locais e sistémicas, provocadas pela gravidez e parto.

(Pattinson, Et., Soles, Brook & Rooney, 2009; WHO, 2010; Caffery, 2007)

3

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA



- Em Portugal, a Direcção Geral de Saúde (DGS, 2004), registou que apenas 60% das mulheres realizam a chamada "revisão puerperal".
- Apesar de ser um período importante no ciclo reprodutivo da família, recebe contudo menor atenção dos cuidados de saúde, comparativamente à gravidez e parto (WHO, 2010);

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

- O puerpério envolve vários aspectos:
 - adaptações aos papéis parentais, uma vez que a dinâmica familiar após o nascimento tem que sofrer reajustes;
 - o evoluir da sociedade também nos trouxe o crescente desenvolvimento de famílias nucleares e as mudanças de suporte familiar.


(Lasi, 2008 & Carneiro, 2001)

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA



FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

- Ser pai e mãe é cada vez mais um desafio para a nossa futura sociedade, tornando o enfermeiro um elemento essencial de apoio no puerpério;
- A enfermeira é um recurso particularmente importante, pois as suas orientações e práticas são estruturantes para o desempenho do novo papel, permitindo ao casal viver esta nova experiência com o mínimo de dificuldades e máximo de gratificações



(Graça, 2010)

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

- Período de internamento cada vez mais curto
- Pouco apoio socio-familiar
- Situação crítica presente nas nossas instituições

FUNDAMENTAÇÃO TEORICA

Nesta fase torna-se deveras importante uma comunicação eficaz entre cuidados hospitalares e cuidados de saúde primários



para que qualquer intercorrência que seja detectada ainda durante o período de internamento seja comunicado atempadamente aos colegas de cuidados de saúde primários.

FUNDAMENTAÇÃO TEORICA

Boas práticas na comunicação entre os provedores de cuidados

são algumas das Guidelines recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2010)

FUNDAMENTAÇÃO TEORICA

- Durante o internamento hospitalar, vários são os ensinamentos realizados à puérpera, e sempre que é necessário, os ensinamentos são reforçados, tentando criar a máxima autonomia em todas as puerperas. Porém, a continuidade dos cuidados pode ser melhorada através de estratégias formais eficazmente estabelecidas entre os Cuidados Diferenciados [CD] e os CSP.

FUNDAMENTAÇÃO TEORICA

Cuidados de Saúde Primários

Uma forte comunicação e articulação entre estes e a maternidade

Assegura-se a continuidade dos cuidados.

A tudo isto correspondem cuidados com mais qualidade no ciclo gravídico-puerperal

Objectivo Geral

- Melhorar a articulação da rede dos cuidados centrados na família em fase procriativa na área de abrangência da sub-região de saúde do Baixo Alentejo;

Objectivos Específicos

- Capacitar os enfermeiros do Serviço Obstetria da U.L.S.B.A. para a facilitação da aquisição de competências das figuras parentais;
- Fomentar a continuidade de cuidados centrados na mulher que vive o ciclo gravídico-puerperal;
- Estabelecer protocolos de actuação entre os Cuidados Diferenciados e Primários;
- Criar uma rede de apoio entre os Cuidados Diferenciados e Primários.

Actividades de Implementação do Projecto

Objectivo: Capacitar os enfermeiros do Serviço Obstetria da U.L.S.B.A. para a facilitação da aquisição de competências das figuras parentais.

Actividades	Estratégias	Recursos	Data
Formação em serviço sobre transição para a Parentalidade	Sensibilização das Enfermeiras do Serviço de Obstetria do Hospital de Beja	Plano de formação Materiais	A definir

Actividades de Implementação do Projecto

Objectivo: Fomentar a continuidade de cuidados centrados na mulher que vive o ciclo gravídico-puerperal

Actividades	Estratégias	Recursos	Data
Formação em serviço sobre recuperação puerperal e cuidados maternos	Sensibilização das Enfermeiras do Serviço de Obstetria do Hospital de Beja	Plano de formação Materiais	A definir

Actividades de Implementação do Projecto

Objectivo: Estabelecer protocolos de actuação entre os Cuidados Diferenciados e Primários

Actividades	Estratégias	Recursos	Data
(Re)Criação de instrumentos de comunicação inter-institucionais	Reunião com as colegas de cuidados de saúde primários Reformulação da carta de alta do puerpério utilizada na instituição Implementação o telefonema de alta	Consulta de exemplos e documentação Plano de formação Materiais	A definir

Actividades de Implementação do Projecto

Objectivo: Criar uma rede de apoio entre os Cuidados Diferenciados e Primários

Actividades	Estratégias	Recursos	Data
Formação com as enfermeiras de cuidados diferenciados e primários	Sensibilização das Enfermeiras Definição de área de abrangência Identificação de Profissionais-Chave	Plano de formação Materiais	A definir

Actividades de Avaliação do Projecto

Objectivo: Avaliação do Impacto do Projecto

Actividade	Estratégias	Recursos	Data
Verificação da aplicação das novas directrizes	Casística do uso de carta de alta e telefonema de alta		A definir
Caracterização da satisfação das beneficiárias dos cuidados	Aplicação dos questionários a utentes	Questionário ou abordagem telefónica das puerperas	A definir

Referências Bibliográficas

- Canavarro, M. C. (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto
- Cañete, P. (2007). Urogénias Obstétricas. In L. Cabero Roura, D. Saldívar Rodríguez y E. Cabrillo (Eds.), *Obstetricia y Medicina Materno-Fetal* (pp. 1231-1238). Madrid: Médica Panamericana, S.A.
- Department of Health and Families. Austrália (2010). *Antenatal & Postnatal Care. Remote Health Atlas*. [On-line]. Disponível em: http://remotehealthatlas.ni.gov.au/antenatal_and_postnatal_care.pdf
- Direcção Geral de Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Orientações estratégicas. Vol II*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde. [On-line]. Disponível em http://www.dgsaude.mn-saude.pt/onsaude/planos_vol2.pdf
- Graça, L. C. C. (2010). *Contributos da Intervenção de Enfermagem na Promoção da Transição para a maternidade e do Aleitamento Materno*. Universidade de Lisboa.

Referências Bibliográficas

- Graça, L. M. (2010). *Medicina Materno-Fetal* (4ª ed.). Lisboa: LIDEL.
- Leal, I. (2005). *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2006). *Enfermagem na Maternidade* (7ª ed.). Loures: Lusodocada.
- Nursing and Midwives Council (2010). *Midwives Rules and Standards*. London: NMC
- Pattinson, R., Say, L., Souza, J., Broek, N. & Rooney, C. (2009). WHO maternal death and near-miss classification. *Bulletin World Health Organization*, 87 734-735.
- Regulamento nº 127/2011, Diário da República II Série, 35, 18 de Fevereiro (2011).
- WHO (2006). International Confederation of Midwives. Department of making pregnancy safer. Family and Community Health. [On-line]. Disponível em: <http://www.information.unhcr.org/Portals/5/docs/wife/VIC2/On%20line%20Mar%2006/Postpartum%20and%20perinatal%20care.pdf>
- WHO (2010). *WHO Technical Consultation on Postpartum and Postnatal Care*. Geneva: WHO
- Zugala, M. (2006). *Zugala obstetricia* (1ª ed.). São Paulo: Manole

MUITO OBRIGADO

APÊNDICE L: Resumo de contatos realizados com EESMO dos CSP

Resumo de contatos realizados com EESMO

Questões	Tópicos-Resposta
1.Como é a comunicação com o hospital	<ol style="list-style-type: none"> 1.A informação chega pela notícia de nascimento 2.Há acesso via IntraNet podendo escolher-se na visualização o local de residência, tipo de parto, se já tiveram alta....
1.Realização de VDP	<ol style="list-style-type: none"> 1.Está nos Objetivos de alguns Centros de Saúde (i.e.Odemira) 2.Realizada de vez em quando, conforme a gravidade do caos e a disponibilidade em tempo 3.Há contenção de custos 4.É realizada a maior parte vezes pela Enfermeira de Família, raramente pela EESMO, exceto em Odemira
3.Valorização da VDP pelas enfermeiras dos CSP	<ol style="list-style-type: none"> 1.É importante fazer a VDP; 2.Deveria ser feito pelas EESMO 3.As Enfermeiras de Família querem manter a responsabilidade desta vertente
4.Contatos Beneficiárias-EESMO	<ol style="list-style-type: none"> 1.As puérperas mostram grande abertura à VDP [Visita Domiciliaria Puerperal] 2.Por vezes são as próprias puérperas a telefonar à EESMO, em particular nos Centros de saúde onde é esta Enfermeira que gere o Curso de Preparação para o Parto 3.As mulheres de etnia cigana, etnia representativa no distrito, recorrem à vigilância de consulta pré-natal, não integram cursos de preparação para o parto, em geral após o nascimento da criança abandonam o contato com os CSP; a vacinação é muito estimulada pelas EESMO junto das mães desta etnia, mas nem sempre os resultados são positivos
5.Problemas mais Habituais	<ol style="list-style-type: none"> 1.Aleitamento Materno, nomeadamente o ingurgitamento mamário, é a principal dificuldade 2.A infeção de suturas [episiorrafia e cesárea] são porventura o segundo maior problema 3.Noutros problemas (i.e. infeção do coto umbilical) as puérperas recorrem de imediato à urgência do hospital

APÊNDICE M: Carta de Alta

Carta de Alta

Nome _____

Idade _____

Médico de Família: _____

Enfermeira de Família: _____

Data do Parto _____ IO(____;____;____;
____)

Grp/RhD _____ Data Imglob _____

Análises:

Tipo de Parto ____/____/____ ____:____	Estado do Périneo
<input type="checkbox"/> Eutócico	<input type="checkbox"/> Intacto
<input type="checkbox"/> Distócico Ventosa	<input type="checkbox"/> Episiorrafia Observações: _____
<input type="checkbox"/> Distócico Forceps	<input type="checkbox"/> Laceração Observações: _____
<input type="checkbox"/> Distócico Forceps + Ventosa	<input type="checkbox"/> Hemorróidas Observações: _____
<input type="checkbox"/> Cesariana	<input type="checkbox"/> Sutura com agrafes Retira agrafes/pontos em: _____
<input type="checkbox"/> Motivo do parto distócico: _____	

6h Pós-parto	Observado		Aconselhamento-Ensinos
Sinais Vitais	Normais	Alterados	
Transfusão/hemoderivados	Sim	Não	
Medicação	Sim	Não	
Levante	Sim	Não	
Perdas sanguíneas	Moderadas	Abundantes	
Aleitamento-Pega	Bem	Dificuldades	
Intercorrências			

24-48h Pós-parto	Observado						
Sinais Vitais	Normais	Alterados					
Transfusão/hemoderivados	Sim	Não					
Medicação	Sim	Não					
Lóquios-quantidade/cheiro/aspecto	Moderadas	Abundantes	Sui generis	Fétido	Hemáticos	Serosos	Sero-hemáticos
Aleitamento-Pega	Bem	Dificuldades					

Dia da Alta	Observado							
Sinais Vitais	T.sist:			T.dia:			Pulso:	
Medicação	Sim		Não					
Lóquios-quantidade/cheiro/aspecto	Moderadas	Abundantes	Sui generis	Fétido	Hemáticos	Serosos	Sero-hemáticos	
Leite-Produção-Tipo	Colostro		Leite transição	Normal	Escasso		Abundante	
Estado das mamas	Normotensa	Tensa	Ingurgitada					
Mamilos-Estado	Normal	Maceração	Fissuras					
Mamilos	Mamilos de silicone				Discos de Hidrogel			
Labilidade emocional	Normal	Exagerada	Preocupante					
Medicação	Sim	Não	(Colocar toda a medicação, incluindo os SOS)					
Nota: se labilidade emocional não normal, utente preenche Escala Depressão Pós-parto Edimburgo (DGS, 2005); se pontuação >12 chamar Psicóloga; Escala no final deste documento								

Auto-cuidado da Puérpera

Ensinos feitos		Cuidados Pessoais	Grau de capacidade da mãe no auto-cuidado									
Sim	Não	Banho	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Sim	Não	Higiene perineal & evolução de lóquios	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Sim	Não	Alimentação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Sim	Não	Exercício físico	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Sim	Não	Aleitamento-Pega	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Sim	Não	Aleitamento-Ingurgitamento	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Sim	Não	Aleitamento-Cuidados aos mamilos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Sim	Não	Contracetivos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Sim	Não	Estratégias no Stress & “Blues pós-parto”	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Sim	Não	Estratégias de proteção nos desconfortos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Dados da Amamentação

Alimentação do RN no internamento	Observações-Motivo
<input type="checkbox"/> Só mama	
<input type="checkbox"/> Mama ou copo ou biberão de leite materno	Motivo _____
<input type="checkbox"/> Mama e biberão de leite artificial	Motivo _____
<input type="checkbox"/> Biberão de leite artificial	Motivo _____
<input type="checkbox"/> Mama, biberão de leite artificial e Soro	Motivo _____

Alimentação do RN à data da Alta	Observações-Motivo
<input type="checkbox"/> Só mama	
<input type="checkbox"/> Mama ou copo ou biberão de leite materno	Motivo _____
<input type="checkbox"/> Mama e biberão de leite artificial	Motivo _____
<input type="checkbox"/> Biberão de leite artificial	Motivo _____
<input type="checkbox"/> Mama, biberão de leite artificial e Soro	Motivo _____

Perceção da Enfermeira sobre intenções da puérpera na alimentação do RN (adap. Nommsen-Rivers, & Dewey, 2009)

Tem intenção de alimentar RN só com fórmula (Recusa amamentar).....	Sim	Indecisa	Não
Tem intenção de pelo menos, tentar dar de mamar.....	Sim	Indecisa	Não
Até ao fim do 1º mês de idade tem intenção de amamentar em exclusivo.....	Sim	Indecisa	Não
Até ao fim do 3º mês de idade tem intenção de amamentar em exclusivo.....	Sim	Indecisa	Não
Até ao fim do 6º mês de idade tem intenção de amamentar em exclusivo.....	Sim	Indecisa	Não

Experiência anterior de amamentação

<input type="checkbox"/> Sim. Exclusiva-Duração _____; Mista-Duração _____; Introduziu Fórmula aos _____ meses
<input type="checkbox"/> Não
Problemas ocorridos em experiência anterior
<input type="checkbox"/> Sem problemas
<input type="checkbox"/> Ingurgitamento
<input type="checkbox"/> Mastite
<input type="checkbox"/> Fissuras
<input type="checkbox"/> Outras

Dados do Recém-nascido

Idade Gestacional _____

Peso do RN _____;
Sexo

Masculino Feminino

APGAR 1º m ____; 5º m ____; 10º m ____;

Dia da Alta	Observado		
Coto umbilical aspeto	Normal	Macerado	Em vias mumificação
Coto umbilical cheiro	Sim		Não
Aleitamento-Pega	Bem		Dificuldades
Cólicas	Não		Sim
Coloração da pele	Rosado	Sub-ictérico	Ictérico
Pele-textura	Hidratada	Descamativa	Seca
Pele-condição	Normal	Millium	Eritema tóxico
Atividade motora	Vigoroso		Adormecido
Choro	Normal		Irritável

Ensinos feitos		Cuidados ao RN	Grau de facilidade da mãe nos cuidados ao RN									
Sim	Não	Banho/ Coto umbilical	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Sim	Não	Mudança da fralda	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Sim	Não	Observação da pele	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Sim	Não	Acalmar o choro	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Sim	Não	Colocar a dormir	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Sim	Não	Sinais de fome	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Sim	Não	Amamentação-Pega	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Sim	Não	Alimentação-fórmula	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Sim	Não	Segurança rodoviária	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Interação da Puerpera com RN e Família

Dia da Alta	Observado		Aconselhamento-Encaminhamento			
Figura paterna presente	Sim	Não				
Apoio família alargada	Sim	Não				
Necessidade de apoio psíquico	Não	Sim				
Necessidade de apoio social	Não	Sim				

Ligação dos CSP

Procedimentos Realizados ou Encaminhados			Observações			
Sim	Não	Telefonema CSP				
Sim	Não	Marcação de consulta pós-parto				
Sim	Não	Teste do Pézinho				
Sim	Não	Vacinação BCG				
Sim	Não	Leva informação em Contraceção pós-parto				
Sim	Não	Recursos nos Problemas de Aleitamento				

Previsão de Visita Domiciliária Puerperal

Recomendável		Ocorrência recomendada aos CSP			
Sim	Não	Não necessita	Nas 2 semanas pós-parto	Na 1ª semana pós-parto	Urgente no regresso a casa

Enfª: _____

Data: ____/____/____

APÊNDICE N: E-mail enviado às Enfermeiras dos CSP

EMAIL ENVIADO ÀS ENFERMEIRAS DE CSP



Caras colegas:

Na nossa prática profissional fomos detetando que vários são os casais que vivenciam o puerpério com grande ansiedade. Durante o internamento hospitalar, vários são os ensinamentos realizados à puérpera/casal, no entanto, este é um período próprio que envolve situações em que a mesma encontra-se e com muitas dúvidas acerca de todas as mudanças que ocorrem, tornando-se necessária uma avaliação das informações fornecidas, tentando criar a máxima autonomia em todas as puérperas. Atualmente a alta precoce no pós-parto é uma tendência que afeta cada vez maior número de utentes das maternidades e as enfermeiras que lhe prestam cuidados. Estas puérperas quando vão para casa ainda levam muitas dúvidas e muitas vezes não têm os apoios familiares necessários para a resolução dos problemas.

Sentir confiança e apoio perante toda a equipa de saúde é ponto essencial, para que o puerpério decorra sem qualquer constrangimento. Nesta fase torna-se deveras importante uma comunicação eficaz entre cuidados hospitalares e cuidados de saúde primários, para que qualquer intercorrência que seja detetada ainda durante o período de internamento seja comunicado atempadamente aos colegas de cuidados de saúde primários.

Referimo-nos, para exemplo, à actual Carta de Alta, onde são transmitidos quais os ensinamentos realizados, não abordando, no entanto se existem evidências práticas da apreensão dos cuidados pela mãe, ou se surgiu alguma intercorrência hospitalar.

Os CSP apresentam competências complementares, sendo fundamental a existência de uma forte comunicação e articulação entre estes e a maternidade.

No âmbito do mestrado em enfermagem de saúde materna e obstetrícia que me encontro a realizar na escola de enfermagem de Évora, propus-me a realizar um projeto intitulado: **ALTA PUERPERAL: COMUNICAÇÃO ENTRE CUIDADOS DIFERENCIADOS E CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.**

A escolha do tema tem a ver com o exercício das nossas funções enquanto enfermeiras especialistas de saúde materna e obstetrícia e prestadoras de cuidados no puerpério.

Perguntamos então, de que forma podemos reformular a nossa carta de alta, tendo como objectivo principal:

- Melhorar a articulação da rede dos cuidados centrados na família em fase procriativa na área de abrangência da sub-região de saúde do Baixo Alentejo;
- Implementação o telefonema de alta;

- Fomentar a continuidade de cuidados centrados na mulher que vive o ciclo gravídico-puerperal;
- Criar uma rede de apoio entre os Cuidados Diferenciados e Primários;

Aguardo uma opinião vossa acerca da forma como é redigida a atual carta de alta, bem como o seu contexto (pertinência, falta de informação), e qual o melhor momento para efetivar-mos o telefonema de alta.

Atenciosamente,

Telma Brissos

APÊNDICE O: Proposta de Relatório de Mestrado SMO



MESTRADO

**PROPOSTA DE DISSERTAÇÃO,
ESTÁGIO, TRABALHO DE PROJETO, RELATÓRIO PROFISSIONAL**

APROVAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA

PARECER DO DIRETOR DE CURSO

1. IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

Nome Telma Cristina Ramos Brissos

Telefone 965767540 E-mail brissos.telma@gmail.com

Curso: 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria

Nº Matricula 7200 Edição (Ano Letivo em que iniciou o Mestrado) 2010

2. IDENTIFICAÇÃO DO ORIENTADOR (ANEXAR DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO)

Orientador Maria Margarida Santana Fialho Sim-Sim

Universidade/Instituição Universidade de Évora / ESESJD

Telefone E-mail msimsim@uevora.pt

3. IDENTIFICAÇÃO DO CO-ORIENTADOR (ANEXAR DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO)

Orientado

Universidade/Instituição

Telefone E-mail

4. TIPO DE TRABALHO (DISSERTAÇÃO, ESTÁGIO, TRABALHO PROJECTO, RELATÓRIO PROFISSIONAL)

Dissertação Est Trabalho ctio Relatório Profissio

5. TÍTULO DA TESE/DISSERTAÇÃO/ESTÁGIO/PROJECTO TRABALHO/RELATÓRIO PROFISSIONAL

Título ALTA PUERPERAL: COMUNICAÇÃO ENTRE CUIDADOS DIFERENCIADOS E CUIDADOS DE SAUDE PRIMARIOS

Nº PÁGINAS DO PROJECTO ____

6. RESUMO DO TRABALHO

O puerpério, tal como referem Graça (2010) e Zugaib (2008), é o período que se inicia após a dequitação e termina 6 semanas após o parto. Embora outros autores identifiquem o puerpério compreendendo períodos aproximados ou numa outra expressão (e.g. WHO-ICM, 2006; Pattinson, Say, Souza, Broek & Rooney, 2009; WHO, 2010: 42 dias; Cañete, 2007: 6 a 8 semanas), consiste essencialmente na recuperação das modificações físicas, locais e sistémicas, provocadas pela gravidez e parto. Alguns autores, utilizam outra terminologia e respectiva definição temporal (i.e. pós-natal). O Department of Health and Families, Austrália(2010) entende a fase pós-natal durante os 40 dias após o parto. O Nursing and Midwives Council (2010), considera esta fase, não inferior a 10 dias, acrescenta a exigência de assistência por enfermeira obstétrica, a qual definirá o seu *terminus*, caso a caso.

Em Portugal, o termo puerpério é o mais utilizado, registando a Direcção Geral de Saúde (DGS, 2004), que cerca de 60% das mulheres realizam a chamada “revisão puerperal”. O puerpério envolve vários aspectos, passando pelas adaptações aos papéis parentais, uma vez que a dinâmica familiar após o nascimento tem que sofrer reajustes, conduzindo ao processo psicológico de adaptação da mulher à maternidade (Leal, 2005 & Canavaro, 2001). Tal como referem Leal (2005) e Canavaro (2001), o evoluir da sociedade também nos trouxe o crescente desenvolvimento de famílias nucleares e as mudanças de suporte familiar. Mulheres/homens estão cada vez mais ocupados e competitivos, a questão familiar é deixada para mais tarde, o contacto e até mesmo o convívio com bebés são escassos. O primeiro contacto com crianças é muitas vezes no momento em que têm o seu primeiro filho. Ainda segundo estas autoras, a representação da maternidade é assim influenciada consoante a sua experiência com crianças (irmãos, sobrinhos, filhos de amigos) anterior, seja positiva ou negativa. Quando nos surge o desejo de ter um filho, somos assombrados com pensamentos de incerteza para um futuro em que a falta de tempo, de recursos económicos e familiares são imperativos neste grande passo. Apesar de ser um período importante no ciclo reprodutivo da família, recebe contudo menor atenção dos cuidados de saúde, comparativamente à gravidez e parto (WHO, 2010)

Ser pai e mãe é cada vez mais um desafio para a nossa futura sociedade, tornando o enfermeiro um elemento essencial de apoio no puerpério; enquanto a mulher não desenvolve a perícia e formas particulares de gerir as situações, as enfermeiras, são um recurso particularmente importante, pois as suas orientações e práticas são estruturantes para o desempenho do novo papel, permitindo ao casal viver esta nova experiência com o mínimo de dificuldades e máximo de gratificações (Graça, 2010). Além do desafio dos papéis parentais, existe ainda o risco de complicações do estado físico da mulher, representando a hemorragia, a infecção as causas mais significativas da morbi-mortalidade materna (WHO, 2010).

Na nossa prática profissional fomos detectando que varios são os casais que vêm esta etapa da sua vida com grande ansiedade, muitas vezes impera o desconhecimento quer dos aspectos físicos da recuperação corporal, quer dos aspectos práticos do exercício da maternidade, aliados a um periodo de internamento cada vez mais curto. Tal é reconhecido como situação crítica por organizações internacionais, que consideram reduzidas, as observações rotineiras da mulher/família na fase pré-alta (WHO, 2010). Actualmente a alta precoce no pós-parto é uma tendência que afecta cada vez maior número de utentes das maternidades e as enfermeiras que lhe prestam cuidados. Estas puérperas quando vão para casa ainda levam muitas dúvidas e muitas vezes não têm os apoios familiares necessários para a resolução dos problemas.

Sentir confiança e apoio perante toda a equipe de saúde é ponto essencial, para que o puerperio decorra sem qualquer constrangimento.

Nesta fase torna-se deveras importante uma comunicação eficaz entre cuidados hospitalares e cuidados de saúde primários, para que qualquer intercorrência que seja detectada ainda durante o periodo de internamento seja comunicado atempadamente aos colegas de cuidados de saúde primários. De facto as boas práticas na comunicação entre os provedores de cuidados, são algumas das Guidélines recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2010).

Os Cuidados de Saúde Primários [CSP], tal como refere Graça (2010), têm como pressupostos a proximidade, a continuidade, a sustentabilidade, a acessibilidade, a eficiencia, a participacao e a equidade, visando a promocao da saúde, ajudando os individuos e famílias a melhorar,manter ou recuperar a saúde, para conseguir a melhor qualidade de vida possível.

Durante o internamento hospitalar, vários são os ensinamentos realizados à puérpera, no entanto, este é um período próprio que envolve situações em que a mesma encontra-se e com muitas dúvidas acerca de todas as mudanças que ocorrem, tornando-se necessária uma avaliação das informações fornecidas. Sempre que é necessário, os ensinamentos são reforçados, tentando criar a máxima autonomia em todas as puérperas. Porém, a continuidade dos cuidados pode ser melhorada através de estratégias formais eficazmente estabelecidas entre os Cuidados Diferenciados [CD] e os CSP. Referimo-nos, para exemplo, à actual Carta de Alta, onde são transmitidos quais os ensinamentos realizados, não abordando se existem evidências práticas da apreensão dos cuidados pela mãe, ou se surgiu alguma intercorrência hospitalar.

Os CSP apresentam competências complementares, sendo fundamental a existência de uma forte comunicação e articulação entre estes e a maternidade, para que se assegure a eficaz continuidade dos cuidados. A tudo isto correspondem cuidados com mais qualidade no ciclo gravídico-puerperal, deparando-nos com casais mais preparados para esta nova etapa da sua vida (Graça, 2010). De facto, no exercício das competências profissionais, os cuidados neste período constituem uma área bem estabelecida (i.e. H4: Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal; Regulamento nº 127/2011, D.R, 2011), razão pela qual nos sentimos motivadas, para levar a cabo este Projecto. Para tal, obtivemos já, ainda de maneira informal, consenso sobre o seu interesse.

Constitui **Objectivo Objectivo Geral:**

- Melhorar a articulação da rede dos cuidados centrados na família em fase procriativa na área de abrangência da sub-região de saúde do Baixo Alentejo;

Definimos os seguintes **Objectivos Específicos:**

- Capacitar os enfermeiros do Serviço Obstetrícia da U.L.S.B.A. para a facilitação da aquisição de competências das figuras parentais;
- Fomentar a continuidade de cuidados centrados na mulher que vive o ciclo gravídico-puerperal;
- Estabelecer protocolos de actuação entre os Cuidados Diferenciados e Primários;
- Criar uma rede de apoio entre os Cuidados Diferenciados e Primários

7. PLANO

Atividades de Preparação do Projeto

Reuniões com representantes da hierarquia dos CSP e CD [Enfermeira chefe do serviço de obstetrícia e da Enfermeira chefe da sub-região de saúde de Beja e Direção de Enfermagem da Unidade de Saúde Local do Baixo Alentejo]
Reuniões de orientação pedagógica
Pesquisa bibliográfica em bases de dados eletrónicas e outras para fundamentação do projeto
Elaborar a proposta do projeto de mestrado

Atividades de Implementação do Projeto

Objetivo: Capacitar os enfermeiros do Serviço Obstetrícia da U.L.S.B.A. para a facilitação da aquisição de competências das figuras parentais

Atividades	Estratégias	Recursos	Data
Formação em serviço sobre transição para a Parentalidade	Sensibilização das Enfermeiras do Serviço de Obstetrícia do Hospital de Beja	Plano de formação Materiais	A definir

Objetivo: Fomentar a continuidade de cuidados centrados na mulher que vive o ciclo gravídico-puerperal

Atividades	Estratégias	Recursos	Data
Formação em serviço sobre recuperação puerperal Formação em serviço sobre cuidados maternos	Sensibilização das Enfermeiras do Serviço de Obstetrícia do Hospital de Beja	Plano de formação Materiais	A definir

Objetivo: Estabelecer protocolos de atuação entre os Cuidados Diferenciados e Primários

Atividades	Estratégias	Recursos	Data
(Re)Criação de instrumentos de comunicação inter-institucionais	Reunião com as colegas de cuidados de saúde primários Reformulação da carta de alta do puerpério utilizada na instituição Implementação o telefonema de alta	Consulta de exemplos e documentação Plano de formação Materiais	A definir

Objetivo: Criar uma rede de apoio entre os Cuidados Diferenciados e Primários

Atividades	Estratégias	Recursos	Data
Formação com as enfermeiras de cuidados diferenciados e primários	Sensibilização das Enfermeiras Definição de área de abrangência Identificação de Profissionais-Chave	Plano de formação Materiais	A definir

Atividades de Avaliação do Projecto

Para a avaliação do Projeto, realizar-se-ão atividades parcelares de acordo com cada Objetivo Específico. Prevê-se uma avaliação global posterior, junto das utentes beneficiárias e profissionais da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo.

Objetivo: Avaliação do Impacto do Projeto

Atividade	Estratégias	Recursos	Data
Verificação da aplicação das novas diretrizes	Casística do uso de carta de alta e telefonema de alta ----		A definir
Caracterização da satisfação das beneficiárias dos cuidados	Aplicação dos questionários a utentes	Questionário ou abordagem telefónica das puérperas	A definir

Cronograma

Atividades	Meses						
	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun
Apresentação do projecto aos enfermeiros do serviço	X						
Realização de ações de formação		X	X				
Implementação da nova carta de alta e chamada de alta			X				
Elaboração de Protocolos		X					

Avaliação do Impacto do Projeto				X	X		
Elaboração do relatório final					X	X	
Entrega do relatório final							X

Referências Bibliográficas

- Canavarro, M. C. (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto
- Cañete, P. (2007). Urgências Obstétricas. In L. Cabero Roura, D. Saldivar Rodríguez y E. Cabrillo (Eds.). *Obstetricia y Medicina Materno-Fetal*. (pp. 1231-1238). Madrid: Médica Panamericana, S.A.
- Department of Health and Families. Austrália (2010). *Antenatal & Postnatal Care. Remote Health Atlas*. [On-line]. Disponível em: http://remotehealthatlas.nt.gov.au/antenatal_&_postnatal_care.pdf
- Direcção Geral de Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Orientações estratégicas. Vol II*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde. [On-line]. Disponível em http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol2.pdf
- Graça, L. C. C. (2010). *Contributos da Intervenção de Enfermagem na Promoção da Transição para a maternidade e do Aleitamento Materno*. Universidade de Lisboa.
- Graça, L. M. (2010). *Medicina Materno-Fetal* (4ª ed.). Lisboa: LIDEL.
- Leal, I. (2005). *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2006). *Enfermagem na Maternidade* (7ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Nursing and Midwives Council (2010). *Midwives Rules and Standarts*. London: NMC
- Pattinson, R., Say, L., Souza, J., Broek, N. & Rooney, C. (2009). WHO maternal death and near-miss classification. *Bulletin World Health Organization*, 87 734-735.
- Regulamento nº 127/2011, Diário da República II Serie, 35, 18 de Fevereiro (2011).
- WHO (2006). International Confederation of Midwives. Department of making pregnancy safer. Family and Community Health. [On-line]. Disponível em: <http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/midwifery%20modules/ManagingPostpartumHaemorrhage.pdf>
- WHO (2010). *WHO technical Consultation on Postpartum and Postnatal Care*. Geneva: WHO
- Zugaib, M. (2008). *Zugaib obstetricia* (1ª ed.). São Paulo: Manole

APÊNDICE P: Cartaz da Formação em Serviço



FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Dia 26 de Março de 2012

Das 09.30h às 13.30h

15:00 às 17h

(Num total de 6 horas)

Apresentação dos Projetos, Formação no âmbito, da
Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e
Obstétrica pelas Enfermeiras:

- Vanda Pereira
- Telma Brissos

APÊNDICE Q: Formação em Serviço – Transição para a parentalidade




Universidade de Évora
Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
1º Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

REALIZADO POR: TELMA BRISSOS
ORIENTADORA: MARGARIDA SIN SIN

1

TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

2




TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

- Parentalidade, o que é?
- Palavra latina parentâle
- "é um processo maturativo que leva a uma reestruturação psicoafectiva permitindo a dois adultos tornarem-se pais (...)"

3


(Bayle in Leal, 2005)



TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

- A transição para a parentalidade é um período do ciclo vital familiar, caracterizado por grandes alterações na vida e no relacionamento dos indivíduos que a experimentam.


(Hernandez & Hutz, 2009)



TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

- Entre todas as transições, aquela que se destaca é a que ocorre quando a mulher e o homem se tornam pais;
- Descrita como um momento de crise, principalmente no caso do primeiro filho;

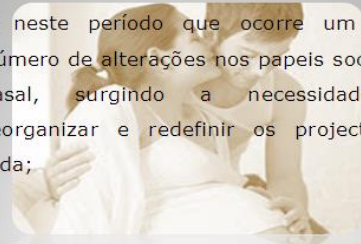
(Abreu, 2009)



TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

- É neste período que ocorre um maior número de alterações nos papéis sociais do casal, surgindo a necessidade de reorganizar e redefinir os projectos de vida;

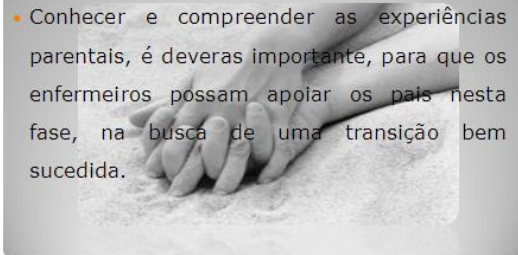
(Martins (2009) & Abreu (2009))



TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

- Conhecer e compreender as experiências parentais, é deveras importante, para que os enfermeiros possam apoiar os pais nesta fase, na busca de uma transição bem sucedida.

(Martins (2009) & Abreu (2009))



TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

A forma de olhar a parentalidade, mudou:



Ontem: Família social
 Hoje: Família individual

TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

Utopia a família de ontem?

Decadente a família de hoje?

TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

Papel do PAI?



- Mudou a participação do pai nos cuidados pós-natais;
- Actualmente o pai está mais próximo dos filhos;
- Partilha as tarefas com a mãe, tal como o papel educativo;

Apesar de mais participativos, mantêm-se privados no que concerne às leis actuais

TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE



Vídeo disponível em:
<http://www.youtube.com/watch?v=3fSb1AD58Q>

TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

- “ Não é verdade que a licença de parto, após a gravidez sejam férias. Todo esse tempo tem momentos demasiado solitários, de liberdade condicional, de dor e depressão, que magoam pela intolerância que suscitam nos outros, como se não fosse compreensível outro estado de espírito da mãe que não fosse um olhar zen para o bebé, pelo meio de gestos sempre ternurentos, amorosos e idílicos.”

Eduardo Sá in *Perturbações da Parentalidade*, 2008

PROPOSTAS:

- 1 • Incluir o pai nos cuidados ao rn
- 2 • Criar uma visita só para o pai
- 3 • Instituir o telefonema de alta

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abreu, Lúlia Maria Reis (2009). Transição para a parentalidade: Estudo comparativo entre mulheres e homens primíparas. Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade, ISPA.
- Bayle, F. & Martinet, S. (2008). *Perturbações da Parentalidade*. Climepsi: Lisboa.
- Hernandez, J. A. E. & Hutz, C. S. (2009). Transição para a parentalidade: ajustamento conjugal e emocional. *Psico*, v. 40, n. 4, pp. 414-421.
- Leal, Isabel (2005). *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.
- Martins, Cristina Araújo (2009). Transição para a parentalidade: Uma revisão sistemática da literatura. *Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho*.

APÊNDICE R: Formação em Serviço – Uniformização de ensinamentos no puerpério



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM S. JOÃO DE DEUS
1º Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica



CUIDADOS NO PUERPÉRIO

Uniformização dos Ensinos

ORIENTADORA:
MARGÁRIDA SIM SIM

REALIZADO POR: TELMA BRISSOS

- Após a transferência para uma enfermaria, será servida uma refeição ligeira à mãe;
- O RN será colocado a mamar o mais cedo possível;
- Avaliar os conhecimentos da puérpera e a sua motivação para amamentar;

Nas primeiras 4 a 6 horas

Ainda na sala de partos:

- Nos PE, ventosa e fórceps, a enfermeira informa que o 1º levante deve realizar-se 4 a 6 horas após o parto com a sua supervisão;
- Na cesariana, quando a senhora regressa do recobro a enfermeira informa que o 1º levante deve realizar-se 8 a 12 horas após o parto com a sua supervisão;
- No 1º levante vai acompanhada até ao WC;
- No caso de ocorrer um fluxo elevado, deve comunicar à enfermeira;

Imediatamente após o parto:

Evolução dos lóquios :

- Referir à mãe que se vão manter durante cerca de um mês, variando de mulher para mulher;
- Explicar que a evolução passa desde a cor vermelho vivo, castanho, alaranjado, amarelo e na quantidade variável ao longo dos dias, indo diminuindo progressivamente;
- Referir o cheiro característico a sangue. Se surgir cheiro fétido e/ou aumento da quantidade, consultar o médico;

Nas primeiras 4 a 6 horas

•AMAMENTAÇÃO

- Ensinar segundo procedimento específico existente no serviço a técnica da amamentação.
- Caso não seja possível a mãe amamentar o RN temporariamente oferecer o leite adaptado sempre por copo.

Durante as primeiras 24h após o parto:

- ❖ Dispõe de duche, incentivando a sua utilização;
- ❖ Ensino sobre os cuidados gerais aos mamilos;
- ❖ Explicar à mãe a importância de utilização da pulseira eletrónica de identificação no RN;
- ❖ A técnica da mamada deve ser vigiada, principalmente nas 1ªs 24h.



Turno em que faz o primeiro levante

Ensinar a mãe sobre a mudança da fralda ao RN

- 1) Explicar à mãe as características da urina do recém-nascido.
- 2) Explicar à mãe a possível presença de uratos, secreção vaginal e /ou pseudo menstruação no recém-nascido.
- 3) Explicar e demonstrar à mãe a técnica de mudança da fralda (umbigo de fora até cair).

- 4) Explicar a mãe as características das fezes (mecónio e fezes de transição)



Turno em que faz o primeiro levante

Técnica de amamentação



- Explicar à mãe que pode amamentar em qualquer posição desde que esteja confortável;
- Deve respeitar o horário livre para amamentar, despidando sinais de hipoglicemia (sonolência, tremores, hipotonia, recusa alimentar);
- Explicar que o bebé deve estar numa posição semi sentada, ter a cabeça apoiada no antebraço da mãe estando a mão desta apoiada na região nadegueira.
- Referir que quando o bebé adormece durante a mamada, estimulá-lo (mexendo-lhe nos pés, pavilhões auriculares e joelhos)
- Explicar a importância da eructação no final da mamada, e que após a eructação é normal o bebé solugar e/ou bolsar

Cuidados gerais aos mamilos

- Ensinar, instruir e treinar a mãe sobre pega eficaz;
- Supervisionar pega eficaz;
- Ensinar mãe a iniciar a mamada pelo mamilo menos doloroso;
- Ensinar, instruir e treinar a mãe a massajar o seio com colostro;
- Aplicar coadjuvantes da cicatrização:
 - Aplicação do colostro;
 - Discos de hidrogel (presença de fissuras);

Turno da manhã

RECÉM-NASCIDO:

- Ensinar a mãe a detectar **alterações na pele do RN.**
- Explicar o que é o eritema tóxico.
- Explicar a icterícia fisiológica (entre o 1º dia e até a primeira semana).
- Explicar o que é a mancha mongólica, se o bebé a apresentar.

Técnica do banho

Permitida a presença do pai.

A enfermeira durante o TP deverá informar o casal

- Preparar o material e preparar o ambiente;
- Explicar o procedimento a mãe;
- Verificar a temperatura da água;
- Iniciar pela lavagem dos olhos, com uma bola de algodão de fora para dentro. Um algodão para cada olho, do canto externo para o interno, depois lavar a cara;
- Introduzir o sabão na água e iniciar o banho do recém nascido começando pela cabeça (cefalocaudal)
- Retirar o bebé da banheira e secar bem
- Proceder aos cuidados ao coto umbilical
- Colocar fralda e vestir o recém nascido
- Despistar sinais de alteração da pele e do coto umbilical.

Cuidados ao coto umbilical

Após o banho, no turno da Manhã

- Desinfecção com álcool a 70° até a queda do coto umbilical.
- Limpar a mola e alertar para os sinais de infecção: rubor, calor, dor e exsudado;
- Após queda do coto umbilical, aplicação de Eosina a 2%, durante dois a três dias.

Lactação



- Explicar sumariamente as características do colostro/leite de transição e as características do leite durante a mamada;
- A importância do aumento de ingestão de líquidos assim como a sua restrição durante o período da descida do leite;
- Explicar que a subida do leite ocorre entre as 48 e 72 horas pós parto;

Contracetivos



- > Alertar para a possibilidade de engravidar sem utilização de método anticoncepcivo;
- > Explicar que o reinício da actividade sexual deve ser feito após a consulta de revisão do puerpério;
- > Informar a mãe que existe a pílula da amamentação que só é eficaz se só amamentar em intervalos regulares e se só amamentar.

Labilidade emocional pós parto "blues"



- Referir a mãe a normalidade da labilidade emocional, pós parto;
- Explicar a mãe a importância de partilhar os cuidados ao bebé com familiares, para que se sinta apoiada;
- Alertar para sinais de agravamento e a necessidade de recorrer a profissionais de saúde, em último recurso telefonar para o serviço de obstetria;

Todos os dias no turno da tarde, deverá ser reproduzido o filme "Ensinos no Puerpério"

Medidas de segurança dia da alta



- Alertar para a necessidade do transporte do recém nascido da maternidade para casa, ser feito num dispositivo (ovo) homologado pela Direcção Geral de Viação;

Dia da alta:



- Informar a mãe sobre a importância da revisão do puerpério
 - Explicar à mãe que entre a 4ª e 6ª semana após o parto, deve recorrer ao seu médico assistente, para que seja feita revisão do parto.
- Informar a mãe sobre a importância do "teste do pézinho"
- Informar que na primeira visita ao centro de saúde agenda com a enfermeira de família o início do plano nacional de vacinação.

Dia da alta:



Informar a mãe sobre a importância da vigilância de saúde do recém-nascido:

- avaliação do peso do recém nascido aos 15 dias, que não deve perder mais do que 10% do peso a nasença;
- importância da primeira consulta de vigilância no centro de saúde;

Dia da alta:



A enfermeira responsável pela puérpera e rn deverá :

- Realizar um telefonema de alta para a enfermeira de família da puérpera ou EESMO (caso a senhora tenha contato prévio);
- Agrafar a carta de alta no Boletim de grávida;

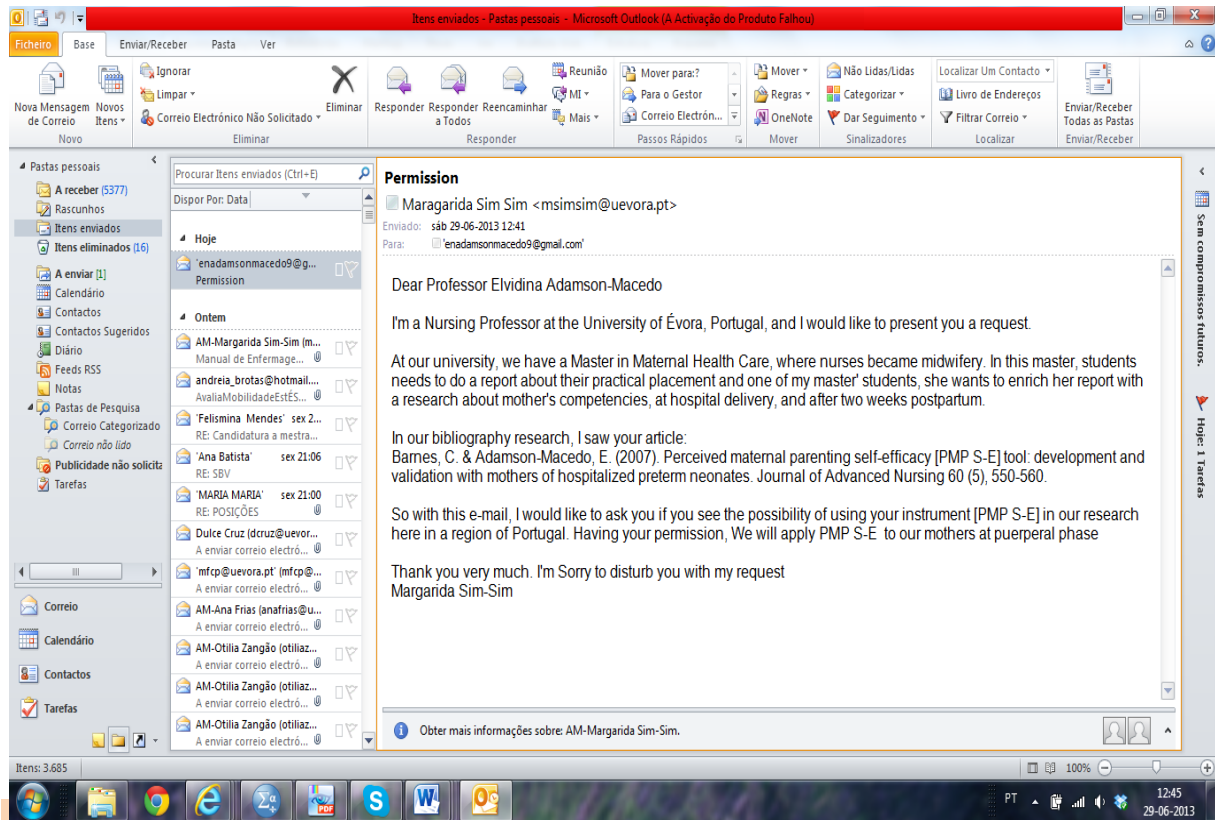
Dúvidas e opiniões

APÊNDICE S: Pedido de Autorização aos Autores do Instrumento Perceived
Maternal Parenting Self-Efficacy [PMP S-E]

Permissão para utilizar instrumentos de autor

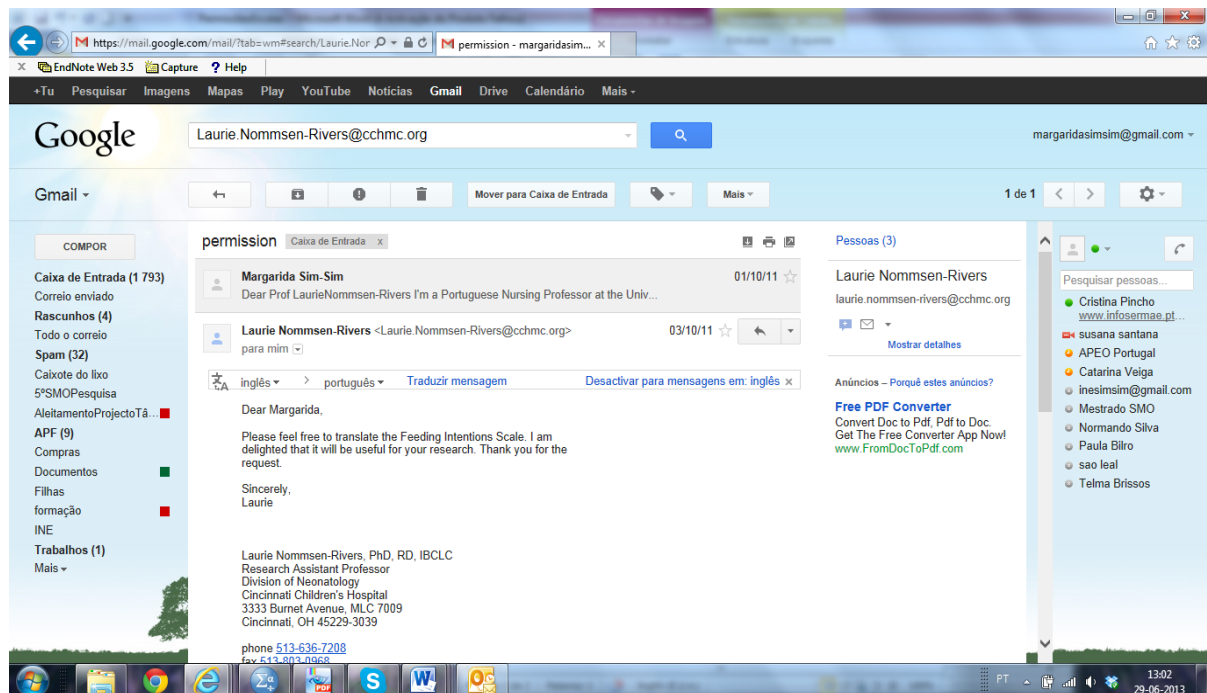
Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy [PMP S-E]

Barnes, C. R. & Adamson-Macedo, E. N. (2007). Perceived maternal parenting self-efficacy (PMP S-E) tool: development and validation with mothers of hospitalized preterm neonates. *Journal of Advanced Nursing* 60(5), 550-560.



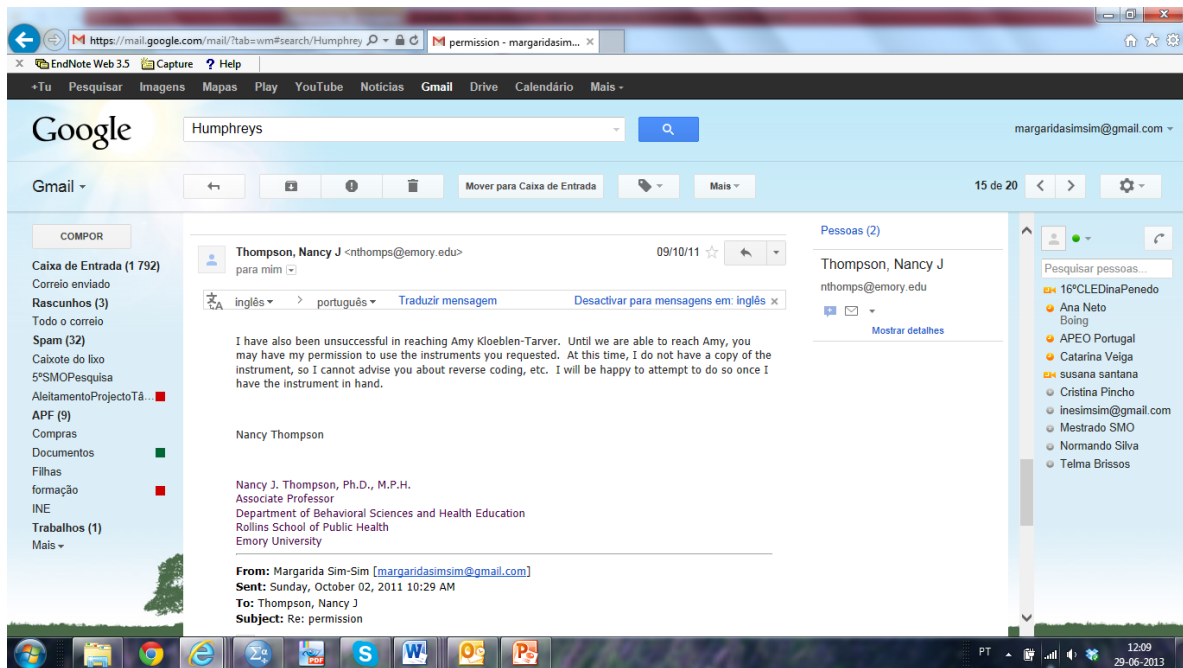
The Infant Feeding Intentions (IFI)

Nonnmsen-Rivers, L. & Dewey, K. (2009). Development and validation of the Infant Feeding Intentions Scale. *Maternal and Child Health Journal* 13(3), 334-342.



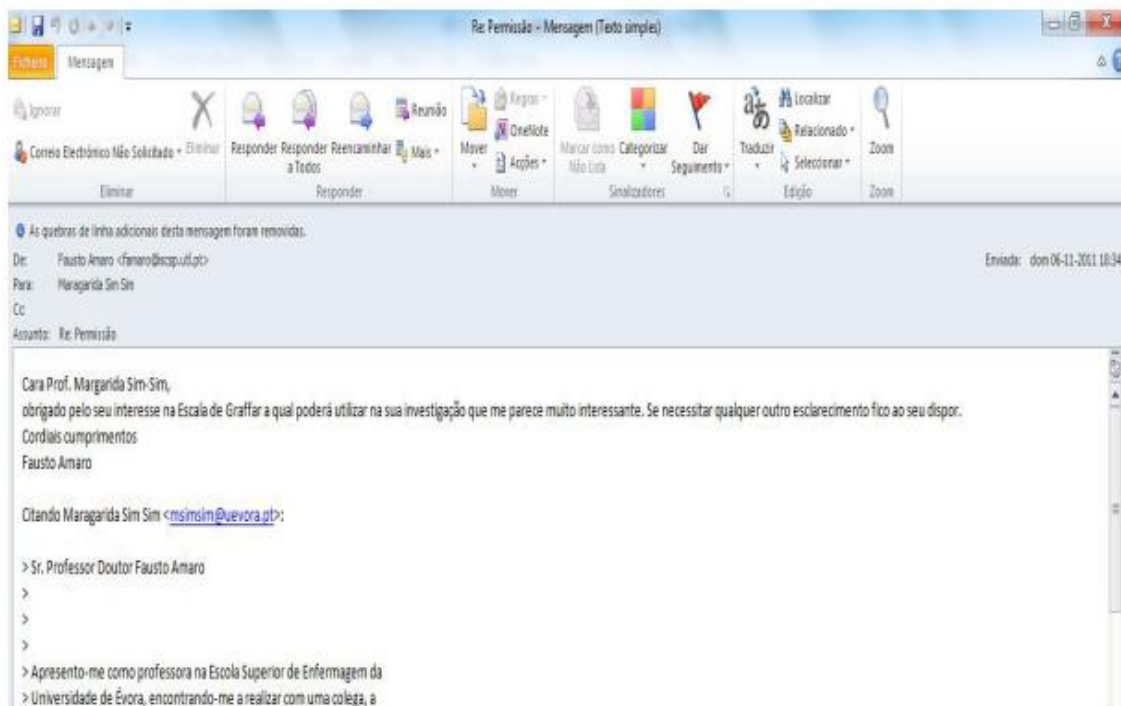
Breastfeeding Intentions

Humphreys, A., Thompson, N. & Miner, K. (1998). Intention to breastfeed in low-income pregnant women: the role of social support and previous experience. *Birth* 25(3), 169-174



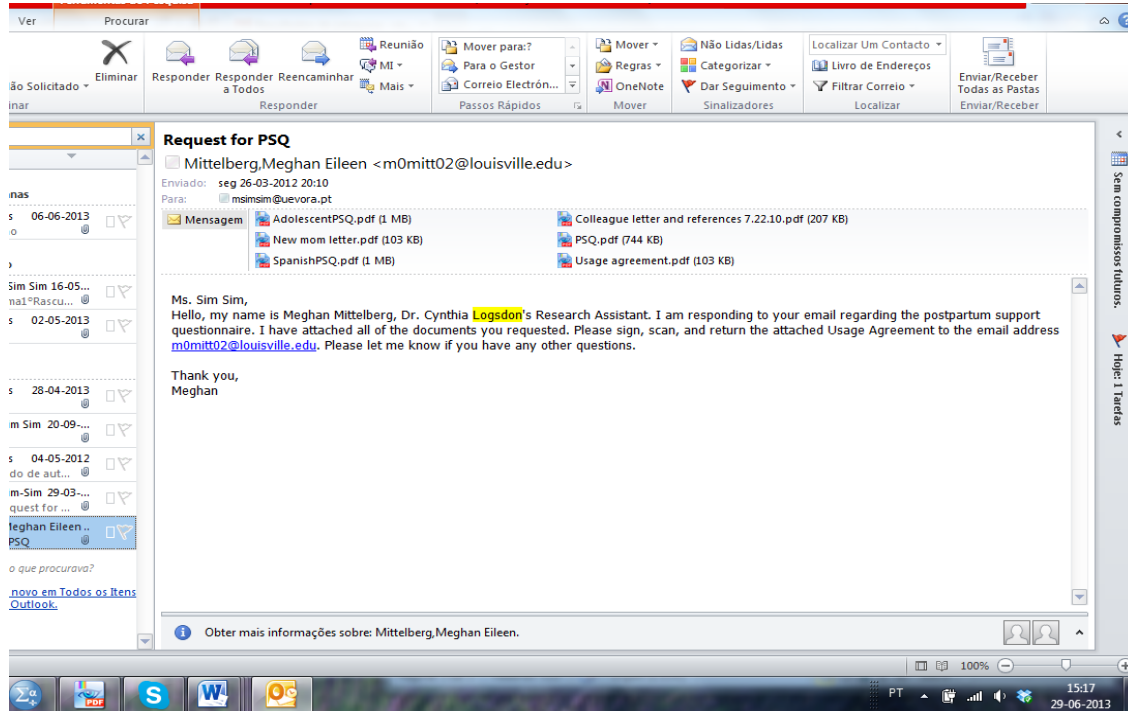
Índice de Graffar

Amaro, F. (2001). *A classificação das Famílias segundo a Escala de Graffar*. Lisboa: Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso



Postpartum support Questionnaire

Logsdon, M. C., Usui, W., Birkimer, J. C. & McBride, A. B. (1996). The postpartum support questionnaire: reliability and validity. *Journal of Nursing Measurement* 4(2) 129-142.



Agreement Concerning the Use of the
Postpartum Support Questionnaire:
An Instrument to Measure Social Support in
Pregnant and Postpartum Women

I, Maie Maygaida Santana Filho Sim-Sim, agree to reference Dr. M. Cynthia Logsdon and the Postpartum Support Questionnaire (PSQ) in any publication or presentation based on data collected using this instrument. I agree to send Dr. Logsdon the following immediately upon completion of my study:

1. A copy of the abstract of the completed study.
2. A description of the reliability and validity data for the PSQ in my sample.

You are approved to use the Postpartum Support Questionnaire in your study,

_____ Dr Logsdon holds the copyright for the PSQ. You must request permission from her to use the PSQ for additional studies. Your signature below indicates that you understand and agree to the stipulations stated above.

Name Maie Maygaida Santana Filho Sim-Sim
Date 23rd February 2013