



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

GABINETE DE APOIO À NOVA FAMÍLIA

Lígia Manuela Correia da Silva Eira

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

Orientadora

Professora Doutora Ana Maria Aguiar Frias

2012

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

GABINETE DE APOIO À NOVA FAMÍLIA

Lígia Manuela Correia da Silva Eira

**Relatório Apresentado para a Obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de
Saúde Materna e Obstetrícia**

Orientadora

Professora Doutora Ana Maria Aguiar Frias

2012

RESUMO

Título: Gabinete de Apoio À Nova Família

Este trabalho é um relato da intervenção desenvolvida em contexto profissional, como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, tendo como objetivo geral a prestação de cuidados de enfermagem especializados às mulheres no período puerperal, que recorreram ao Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE, visando a promoção da saúde em benefício da puérpera, recém-nascido, casal, família nuclear e alargada. Como aspetos relevantes da prática desenvolvida destacamos a consulta puerperal, o conhecimento das dificuldades verbalizadas pelas mulheres no primeiro mês de puerpério, as intervenções realizadas para a resolução dos problemas referidos pelas mesmas e as medidas desenvolvidas para a implementação do gabinete. Concluímos que para prestar cuidados de qualidade é fundamental a atualização de conhecimentos, que contribuem para a formação, reconhecendo que o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia pode ser um vetor de formação e transformação, na sua atuação profissional.

Palavras-chave: Puerpério; evolução puerperal; pós-parto; consulta de enfermagem; família.

ABSTRACT

Title: Support Office for the New Family

This paper reports the intervention developed in a professional context, as a requirement for the degree of Master of Nursing Midwifery and Maternal Health, with the overall objective to provide specialized nursing care to women in the puerperal period, that resorted to the Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE, aiming to promote health for the benefit of puerperal woman, newborn, family, nuclear and extended family. How relevant aspects of practice developed puerperal highlight the query, knowledge of the difficulties verbalized by women during the first month postpartum, interventions to resolve the above problems for them and the measures undertaken to implement the office. We conclude that to provide quality care is critical to updating knowledge, which contribute to the formation, recognizing that the Nurse Specialist in Obstetrics and Maternal Health can be a vector of formation and transformation in their professional activities.

Keywords: puerperium; evolution puerperal, postpartum, nursing consultation; family.

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 8 |
| 2. ANÁLISE DO CONTEXTO | 10 |
| 2.1. CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL | 10 |
| 2.2. CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS..... | 11 |
| 2.3. DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS | 12 |
| 3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES | 13 |
| 3.1. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/UTENTES | 14 |
| 3.2. CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO-ALVO..... | 17 |
| 3.3. ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM A POPULAÇÃO-ALVO.... | 19 |
| 3.4. RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO | 23 |
| 4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS | 28 |
| 4.1. OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL..... | 28 |
| 4.2. OBJETIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO-ALVO..... | 30 |
| 5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES | 33 |
| 5.1. FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES..... | 33 |
| 5.1.1. <i>Intervenções Para Colocar Em Prática O Projeto Desenhado.....</i> | <i>33</i> |
| 5.1.2. <i>Intervenções Realizadas Às Famílias Aquando No Funcionamento Do GANF.....</i> | <i>33</i> |
| 5.2. METODOLOGIAS | 45 |
| 5.2.1. <i>Metodologia Aplicada Aos Profissionais</i> | <i>46</i> |
| 5.2.2. <i>Metodologia Aplicada Às Puérperas</i> | <i>46</i> |
| 5.3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS | 47 |
| 5.4. RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS | 52 |
| 5.5. CONTATOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS..... | 53 |
| 5.6. ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL | 54 |
| 5.7. CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA | 55 |
| 6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO..... | 56 |
| 6.1. AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS | 56 |
| 6.1.1. <i>Fase De Pré-Implementação.....</i> | <i>56</i> |
| 6.1.2. <i>Fase De Intervenção</i> | <i>60</i> |
| 6.2. AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA | 61 |
| 6.3. DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS | 62 |
| 7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS | 64 |
| CONCLUSÃO | 68 |
| REFERÊNCIAS | 70 |
| ANEXOS..... | 76 |

| | |
|--|-----|
| ANEXO A – IDENTIFICAÇÃO E LOCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS QUE SE ARTICULAM NA ÁREA DA SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA | 77 |
| ANEXO B – PROJETO DE INTERVENÇÃO | 80 |
| ANEXO C – BOLETIM INFORMATIVO | 83 |
| ANEXO D – “CAIXA GANF” | 87 |
| ANEXO E – FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA O GANF | 89 |
| ANEXO F – FOLHETO INFORMATIVO | 91 |
| ANEXO G – CARTÕES DE VISITA “MENINO/MENINA” | 94 |
| ANEXO H – PÁGINA DA INTRANET DO CHBA A PUBLICITAR O GABINETE DE APOIO À NOVA FAMÍLIA..... | 96 |
| ANEXO I – PARTICIPAÇÃO NA AÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO À POPULAÇÃO, NO CENTRO COMERCIAL AQUA EM PORTIMÃO | 98 |
| ANEXO J – PARTICIPAÇÃO NA RADIO E NA PALESTRA NO AUDITÓRIO DO CHBA..... | 100 |
| ANEXO K – PROPRIEDADES DO COLOSTRO | 102 |
| ANEXO L – FICHA DA FAMÍLIA | 104 |
| ANEXO M – FICHA DE SEGUIMENTO DA FAMÍLIA | 108 |
| ANEXO N – AGENDA MENSAL | 110 |
| ANEXO O – SESSÃO DE ESCLARECIMENTO À NOVA FAMÍLIA..... | 112 |
| ANEXO P – FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA O “CURSO DE CONFORTO, BEM-ESTAR E PROMOÇÃO DA SAÚDE DO BEBÊ” | 117 |
| ANEXO Q – PROCESSOS INVOLUTIVOS NORMAIS QUE DECORREM NO PUERPÉRIO | 119 |
| ANEXO R – NORMA DE ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM PARA A LIMPEZA DO COTO UMBILICAL | 124 |
| ANEXO S – CONSERVAÇÃO DO LEITE MATERNO | 128 |
| ANEXO T – FICHA DE OPINIÃO DAS FAMÍLIAS | 130 |
| ANEXO U – CRONOGRAMA..... | 132 |
| ANEXO V – COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA, OBSTETRÍCIA E GINECOLÓGICA..... | 134 |

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|--|-----------|
| TABELA 1. DISTRIBUIÇÃO DAS PUÉRPERAS SEGUNDO O TIPO DE PARTO..... | 17 |
| TABELA 2. FAMILIAR DE REFERÊNCIA INDICADO PELA PUÉRPERA NO ÚLTIMO CONTATO REALIZADO PELO GANF | 22 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|-----------|
| FIGURA 1. DISTRIBUIÇÃO DE UTENTES QUE RECORRERAM AO GANF SEGUNDO A SUA NACIONALIDADE.... | 15 |
| FIGURA 2. DISTRIBUIÇÃO DAS PUÉRPERAS SEGUNDO A SUA IDADE | 15 |
| FIGURA 3. DISTRIBUIÇÃO DAS PUÉRPERAS SEGUNDO A SUA ÁREA DE RESIDÊNCIA..... | 16 |
| FIGURA 4. DISTRIBUIÇÃO DAS PUÉRPERAS SEGUNDO A PARIDADE | 16 |
| FIGURA 5. PREOCUPAÇÕES MAIS FREQUENTES RELACIONADOS COM O RN, INDICADAS PELAS PUÉRPERAS. | 18 |
| FIGURA 6. PREOCUPAÇÕES MAIS FREQUENTES RELACIONADOS COM A PUÉRPERA | 19 |
| FIGURA 7. RODA DOS CUIDADOS AO RN, NO PÓS-PARTO, CENTRADO NA FAMÍLIA. | 21 |
| FIGURA 8. FAMILIAR QUE MAIOR APOIO PROPORCIONA À PUÉRPERA..... | 22 |
| FIGURA 9. ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS PARA O GANF PELOS DIVERSOS SERVIÇOS DE ARTICULAÇÃO | 25 |
| FIGURA 10. MOTIVOS DOS ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS PARA O GANF, POR SERVIÇO. | 26 |
| FIGURA 11. PROBLEMAS MAIS INDICADOS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, AQUANDO O ENCAMINHAMENTO PARA O GABINETE..... | 26 |
| FIGURA 12. PROBLEMAS MAIS INDICADOS POR SERVIÇO. | 27 |
| FIGURA 13. QUADRO INDICATIVO DOS OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL | 30 |
| FIGURA 14. CONTATOS REALIZADOS PELO GANF | 30 |
| FIGURA 15. NÚMERO DE CONTATOS REALIZADOS POR FAMÍLIA | 31 |
| FIGURA 16. PREOCUPAÇÕES MANIFESTADAS PELAS UTENTES VERBALIZADAS NOS 71 CONTATOS REALIZADOS | 34 |
| FIGURA 17. COMPOSIÇÃO DO LM MADURO AO LONGO DA MAMADA, ADAPTADO À DESCRIÇÃO DE LOTHROP (1997) | 36 |
| FIGURA 18. TIPOS DE LÓQUIOS | 37 |
| FIGURA 19. CUIDADOS E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE REALIZADOS CONSOANTE O PROBLEMA IDENTIFICADO | 44 |
| FIGURA 20. DISTRIBUIÇÃO DOS ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS PARA OUTROS SERVIÇOS | 44 |
| FIGURA 21. PROBLEMAS APONTADOS PELAS PUÉRPERAS QUE MAIS DIFICULDADES IMPUSERAM DURANTE O PUERPÉRIO..... | 45 |
| FIGURA 22. METODOLOGIAS UTILIZADAS AQUANDO NOS CONTATOS REALIZADOS COM A POPULAÇÃO-ALVO | 47 |
| FIGURA 23. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS PARA A CONCRETIZAÇÃO DE CADA OBJETIVO..... | 52 |
| FIGURA 24. RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS | 53 |
| FIGURA 25. GRAU DE SATISFAÇÃO DAS UTENTES EM RELAÇÃO AOS CUIDADOS PRESTADOS PELO GANF ... | 60 |
| FIGURA 26. COMPETÊNCIAS DA PARTEIRA SEGUNDO A CONFEDERAÇÃO INTERNACIONAL DAS PARTEIRAS (2002) | 65 |
| FIGURA 27. INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS NO TRINÓMIO EDUCAR, CUIDAR E PREVENIR..... | 66 |

1. INTRODUÇÃO

Gerar e criar uma criança são desafios permanentes de enorme responsabilidade para os pais, não só pela complexidade das competências parentais como pelos conhecimentos que são exigidos para cuidar do novo membro. O puerpério é uma fase de adaptação física e emocional, onde a mulher experimenta sentimentos controversos e confronta-se com a realidade do pós-parto, muitas vezes diferente das expectativas que construiu durante a gestação (Penna, Carinhanha & Rodrigues, 2006). É um momento marcante para a nova família onde as necessidades de aprendizagem, de consolidação da unidade familiar e dos laços afetivos são elevadas e é um período onde as dúvidas surgem com muita facilidade e rapidamente a insegurança aumenta, onde o papel dos profissionais de saúde é fundamental para apoiar a nova família e ajudá-la a ultrapassar as dificuldades (Teixeira et al, 2009).

O período puerperal inicia-se logo após a expulsão da placenta e termina quando as modificações produzidas pela gravidez no organismo materno voltam a sua normalidade. Podem ocorrer adaptações fisiológicas e comportamentais como sendo o estabelecimento da amamentação, a adaptação psicológica ao novo membro da família e cimentação da relação mãe-filho e familiares (Santos, 2002). No que se refere à duração, existe um consenso entre os autores de que o início do puerpério ocorre imediatamente após a expulsão da placenta e membranas ovulares (Almeida & Silva, 2008). Quando se referem ao final, a literatura não é uniforme, pois para alguns autores, o retorno ao estado pré-gravídico vai até aos 12 meses; para outros, o retorno das menstruações ou o término da amamentação identifica o final do puerpério (Crum, 2008), contudo, o conceito mais comum, propõe o final desta fase na sexta semana pós-parto, indo ao encontro dos ditos populares de 40 dias para o “resguardo puerperal” (Santos et al, 2009).

Rezende e Montenegro (1999), classificam o puerpério em 3 fases: imediato, tardio e remoto, sendo que o puerpério imediato ocorre entre o 1.º e o 10.º dia pós-parto, onde se verificam modificações fisiológicas que permitem o retorno do organismo ao estado anterior à gravidez; o tardio situa-se entre o 11.º e 45.º dia pós-parto, onde ocorre a recuperação, a regeneração da genitália materna, verificam-se adaptações físicas, sociais e psicológicas inerentes à maternidade; o remoto, com final impreciso, tem uma

duração entre 50 a 60 dias, verificando-se que nas mulheres que amamentam, este período pode ser maior consoante o tempo em que a lactação está.

No puerpério verificam-se modificações fisiológicas, emocionais e sociais na puérpera, sendo fundamental a vigilância especializada, tendo em conta a individualidade de cada mulher (Soares & Varela, 2007). É importante que o enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia (EESMO) aquando na prestação de cuidados à puérpera tenha em consideração a mulher como um todo, tendo em atenção os seus hábitos de vida, as suas crenças, os tabus, o meio social em que está inserida e práticas culturais decorrentes da tradição familiar (Vieira, Bachion, Salge & Munari, 2010). Segundo a International Confederation of Midwives (2010), o modelo dos cuidados em Obstetrícia inclui assistir as mulheres durante o puerpério e identificar situações patológicas e encaminhá-las para consulta médica.

Tendo em consideração os autores consultados decidimos elaborar um projeto de intervenção que engloba não só a puérpera e recém-nascido (RN), mas também toda a família (nuclear e alargada – avós), pela influência que o novo membro provoca nos mesmos. O relatório aqui apresentado trata por isso da compilação, aquisição e reflexão da informação obtida quer a nível da literatura consultada quer através dos resultados obtidos aquando na implementação do projeto - a criação e implementação de um Gabinete de Apoio à Nova Família (GAFN), que tomou lugar no Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (CHBA), EPE. O objetivo geral da nossa intervenção foi a promoção da saúde da mulher e RN no primeiro mês após o parto, sendo esta uma das competências que o EESMO deve ser detentor.

No desenvolvimento da descrição deste relatório apresentamos a contextualização dos recursos e ambiente onde se realizou a nossa intervenção, dando a conhecer a síntese dos resultados da pesquisa bibliográfica relacionada com o tema identificado e enfocando a importância dos cuidados EESMO à mulher/RN/família no puerpério, seguindo-se a análise da população-alvo. Posteriormente serão analisados os objetivos traçados no projeto e as intervenções realizadas para os atingir. Por fim iremos proceder à análise da avaliação realizada ao longo da aplicação do projeto, bem como as competências mobilizadas e adquiridas. Este trabalho foi redigido de acordo com as normas da American Psychological Association (APA, 2006) e com o novo acordo ortográfico.

2. ANÁLISE DO CONTEXTO

O EESMO é indicado como o profissional que se reconhece com “competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados especializados na área clínica da sua especialidade” (Ministério da Saúde, 1998, p.1742). Procuramos desenvolver as nossas competências durante a implementação do projeto que foi aplicado no CHBA. Esta instituição é constituída por duas unidades hospitalares (Portimão e Lagos), sendo aplicado o GANF na primeira. O hospital tem ao dispor da população variados cuidados na área da saúde materna, contemplando a consulta externa de obstetrícia, preparação para o parto, bloco de partos (BP), serviço de obstetrícia (SO), Cantinho da amamentação (CAM), Curso de Bem-estar e Promoção da Saúde do Bebê (CCBEPSB). Em 2011, ocorreram cerca de 1597 partos neste hospital, sendo 1013 partos eutócicos, 584 partos distócicos (430 cesarianas e 154 ventosas/fórceps).

2.1. CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL

O interesse para a aplicação deste projeto no CHBA surge da necessidade em contribuir para melhorar os cuidados prestados na saúde materna, englobando todos os períodos que envolvem a maternidade. Ou seja, após reflexão, verificamos que existe apoio no pré-parto, apoio específico para ultrapassar as dificuldades na amamentação e apoio nos cuidados ao RN até ao ano de idade, no entanto, no puerpério tardio não existe um local específico para a prestação de cuidados dirigidos à mulher/RN/casal/família. Desta forma, a constituição do GANF surge como referência, servindo de “ponte” entre a saída do SO e o início do CCBEPSB, diminuindo assim a sensação de desamparo e insegurança sentida pelas mulheres nesta fase da maternidade. Pode observar-se em tabela a identificação e localização dos diversos serviços que se articulam com a área de saúde materna e obstetrícia (ANEXO A).

O GANF esteve em funcionamento entre 6 de Março a 30 de Maio de 2012, período que coincidiu com o estágio final que se realizou no SO (período mediado entre

6 de Fevereiro a 30 de Março de 2012) e no bloco de partos (período mediado entre 10 de Abril a 8 de Junho de 2012).

2.2. CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS

Aquando a realização do projeto de intervenção (ANEXO B), estudamos a possibilidade de implementar o gabinete tendo em atenção os custos e os recursos materiais existentes. Então, verificamos a existência de um espaço que continha as características necessárias para o funcionamento do GANF - o espaço comum ao CAM e ao Projeto “Nascer Cidadão” (este projeto foi promovido pelo Instituto dos Registos e Notariado, que permite que os bebés sejam registados nas Maternidades, logo após o nascimento e até ao momento da alta, por via eletrónica), no piso 2 do CHBA.

O gabinete em causa apresenta um ambiente tranquilo e acolhedor, permitindo aos utentes que a ele recorrem privacidade e a possibilidade de um atendimento personalizado e humanizado. Segundo Casate e Corrêa (2005), humanizar a relação com o utente exige que o EESMO entenda que a sua sensibilidade e afetividade são as características necessárias para o cuidar e, utilizando as técnicas de comunicação e empatia promove um cuidado “especial”, onde o utente sente valorizados os seus problemas, reconhecendo nesse profissional as competências para melhorar o seu estado de saúde.

O Projeto “Nascer Cidadão” funciona entre as 12.30h e as 16h e o CAM entre as 16h e as 18h. Durante a realização do projeto de intervenção verificamos que durante a manhã a sala não está em utilização por isso, projetamos o horário de funcionamento do GANF entre as 9.30h e as 12h. Por razões de disponibilidade das enfermeiras precetoras foi planeada a abertura do gabinete dois dias por semana, não sendo possível ser em dias certos, ou seja, os dias de funcionamento do GANF eram programados mensalmente e feita a comunicação aos diversos serviços cerca de uma semana antes do início de cada mês.

Em relação aos recursos humanos consideramos a discente, as precetoras e os enfermeiros que constituem as equipas dos serviços que se articulam com o GANF.

2.3. DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Para a realização e implementação do projeto de intervenção, foi necessário informar-nos minuciosamente acerca do tema *Puerpério* e desenvolver as intervenções de forma a que o projeto fosse exequível no tempo delimitado e, simultaneamente, conseguíssemos ficar satisfeita com os resultados conseguidos.

O Colégio da Especialidade de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica (2010) aponta várias competências às quais o EESMO deverá desenvolver com responsabilidade e brio profissional, entre elas, indica que “O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica assume a responsabilidade pelo exercício das seguintes áreas de atividade de intervenção: (...) 4. Puerpério – assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pós-natal; ...” (p.7).

Franco (1998) referenciando Costa e Melo (1993), indica que a competência é “a faculdade que tem uma pessoa para resolver um assunto, aptidão, idoneidade, atribuição de poder, capacidade para exercer uma ação” (p.37). Fizeram parte do *processo de aquisição de competências* vários factores, que nos permitiram aprofundar, adquirir e atualizar conhecimentos acerca do puerpério, de modo a poder corresponder também às expectativas e necessidades das utentes/família que recorressem ao GANF. Assim, podem destacar-se os seguintes:

- a) pesquisa em bibliografia atual publicada de cariz científica;
- b) orientação da professora orientadora;
- c) apoio e orientação das enfermeiras preceptoras do SO e do BP do CHBA.

3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

Para Fortin (2003) “uma população é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios” (p.203).

Nesta secção iremos proceder à análise descritiva da nossa população-alvo que são as puérperas que estiveram internadas no SO do CHBA e as que foram referenciadas pelos serviços que se articularam com o GANF. São também alvo da nossa intervenção o RN até ao 1.º mês de idade – embora segundo a Confederação Internacional das Parteiras/ICM (2010) indique que faz parte das competências do EESMO proporcionarem cuidados de qualidade ao RN saudável, do nascimento até aos 2 meses de idade, decidimos englobar os recém-nascidos (RNs) até ao 1.º mês de idade pois a partir deste momento surge o CCBEPSB para dar continuidade aos cuidados. Os filhos mais velhos, o casal e os avós ou outra pessoa de referência são alvo da nossa intervenção, embora que em segundo plano. Escolhemos esta população pois, como refere Manning (2008) toda a família sofre um processo de transformação, onde todos assumem um novo papel - pais, irmãos, avós.

O mesmo autor refere que de certa forma todos irão reorganizar-se perante o novo ser que acaba de nascer e todos podem influenciar, direta ou indiretamente, a evolução puerperal da nova mãe, por isso, torna-se fundamental incluir não só o pai, mas também os filhos existentes e os avós nos cuidados à puérpera e RN. Segundo Relvas (2004), o nascimento de um bebé é considerado um dos momentos mais importantes na vida dos progenitores e família, que assinala uma nova fase de transição e aquisição de novos papéis, ou seja, para além da função conjugal, o casal passa a desempenhar a função parental, a qual pode ser mais ou menos complicada consoante os objetivos de cada um.

A literatura existente refere que a mulher durante o puerpério é alvo de conflito de sentimentos que alternam entre alegria, medo, alívio, ansiedade, realização, dúvida e dificuldade (Penna et al, 2006). Os mesmos autores referem que a puérpera encontra-se numa fase de instabilidade emocional, de adaptação a novas rotinas, sendo por isso importante o apoio físico e emocional por parte da família. No entanto, esta ajuda deverá ser de facto efetiva, pois segundo Maldonado (2002), nos primeiros dias pós-parto a nova família recebe muitas visitas de familiares e amigos, que na sua boa

intenção de ajudar, acabam por fornecer informações diferentes e por vezes contraditórias, o que gera angústia na mulher/casal. O mesmo autor reforça que, informação diferente dificulta a capacidade dos pais em prestarem cuidados ao RN.

A inclusão de um novo membro na família pode causar sentimentos positivos ou negativos, exemplo disso são os irmãos mais velhos que podem experimentar sentimentos de ciúme, traição e abandono pelos pais (Maldonado, 2002). O nascimento de um bebé provoca grande impacto no filho existente, que terá de dividir a atenção dos pais e familiares quando anteriormente era exclusivamente sua, tornando-se fulcral a detecção precoce de alterações da vivência do(s) primeiro(s) filho(s), de forma a fornecer-lhe(s) a segurança afectiva que necessita(m) (Relvas, 2004). O ciúme é uma reacção normal, é um dos sentimentos mais manifestado pelos primogénitos em relação ao novo “intruso”, sendo evidenciado por comportamentos regressivos tais como, a título de exemplo, a regressão na linguagem, querer usar novamente chupeta ou biberão e enurese noturna (Maldonado, 2002).

Penna et al (2006) enfatizam a importância de estar atento à relação entre o casal, pois também esta sofre alterações que podem ocasionar o afastamento dos conjugues, sendo importante o EESMO observar não só a linguagem verbal mas também a não verbal emitida pelo casal, no sentido de identificar algum tipo de instabilidade.

3.1. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/UTENTES

A nossa população é constituída pelas utentes que foram referenciadas pelos serviços que se articularam com o GANF no período compreendido entre Março e Maio de 2012.

Aspetos sócio-demográficos

Iremos descrever aspetos relacionados com a nacionalidade, idade e local de residência.

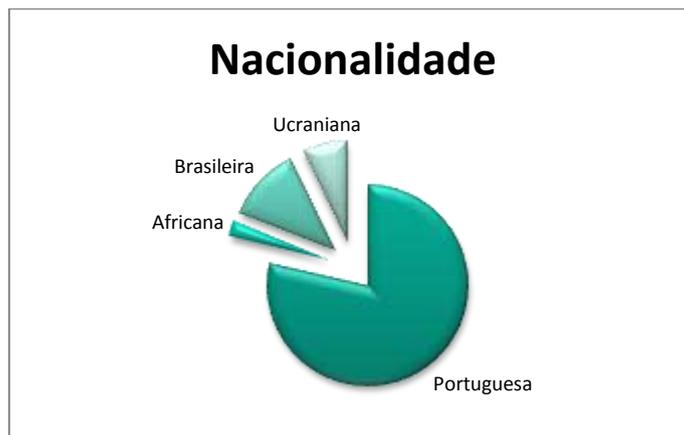


Figura 1. Distribuição de utentes que recorreram ao GANF segundo a sua nacionalidade

Recorreram ao GANF o total de 42 utentes, sendo que 33 são mulheres portuguesas, 1 africana, 5 brasileiras e 3 de nacionalidade ucraniana.

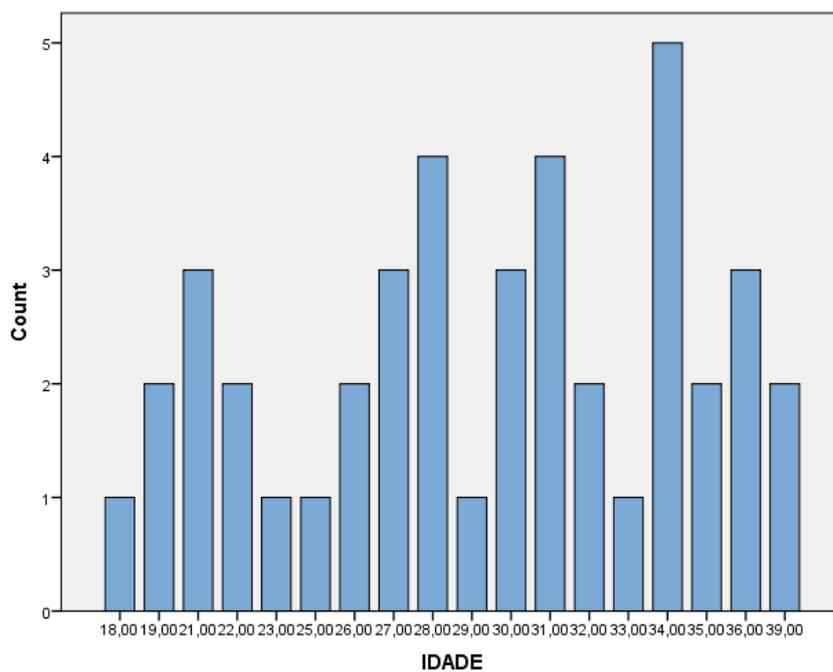


Figura 2. Distribuição das puérperas segundo a sua idade

Observou-se que a média de idade é de 29 anos, verificando-se que a puérpera mais nova que recorreu ao GANF tinha 18 anos e a mais velha 39 anos.

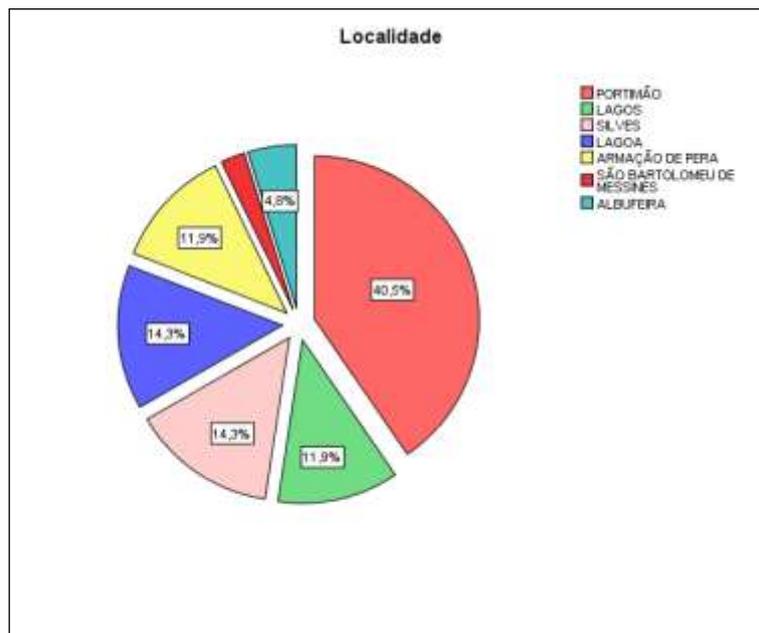


Figura 3. Distribuição das puérperas segundo a sua área de residência

A maioria das puérperas que recorreu ao gabinete reside em Portimão (40,5%), tendo no entanto também sido procurado por mulheres que residem em Lagos (11,9%), Silves (14,3%), Lagoa (14,3%), Armação de Pêra (11,9%), São Bartolomeu de Messines (2,4%) e Albufeira (4,8%).

História Obstétrica

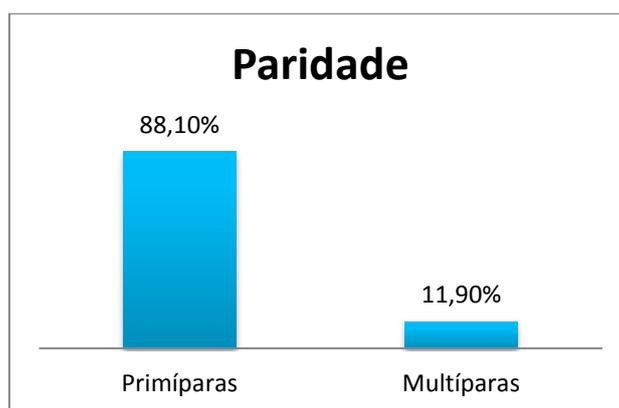


Figura 4. Distribuição das puérperas segundo a paridade

Cerca de 88,1% são primíparas e 11,9% multíparas.

Tabela 1. Distribuição das puérperas segundo o tipo de parto

| Tipo de parto | % |
|----------------------|----------|
| Parto eutócico | 59,5% |
| Parto por cesariana | 31% |
| Parto por ventosa | 9,5% |

Quanto ao tipo de parto, verificamos que a maioria das puérperas teve um parto eutócico.

3.2. CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO-ALVO

No período puerperal a mulher depara-se com uma nova realidade que a obriga a reajustar as suas rotinas de vida – cuidar de si e do bebé, sendo que a informação, apoio e orientação do EESMO permite ultrapassar medos e receios, diminuir ansiedade e reduzir as dúvidas que a nova mãe/família possa sentir (Ravelli, 2008). O mesmo autor refere que os contratempos mais comuns são os problemas com os mamilos e mamas, as crenças e tabus relacionados com o leite materno, involução uterina e dieta no pós-parto.

Considerado o puerpério um período de riscos, é fundamental que os cuidados de enfermagem tenham como vetores de orientação a prevenção de complicações, o conforto emocional e físico, bem como a realização de sessões educativas que forneçam à família a informação necessária para cuidar do RN, sendo de valorizar também a escuta activa sobre as queixas da mulher, tão facilmente influenciada pelas crendices e tabus existentes na rede social que a suporta (Almeida & Silva, 2008).

Os cuidados prestados à puérpera devem ter em conta todas as suas dimensões, ou seja, contemplar os aspectos bio-psico-sócio-culturais, por isso deve considerar-se o estilo de vida da mulher, o tipo de parto, como decorreu o pós-parto imediato, amamentação, a facilidade/dificuldade nos cuidados ao RN e o tipo de relação entre a família nuclear (Centa, Oberhofer & Chammas, 2002).

Na análise da nossa população-alvo identificamos os assuntos mais frequentes que surgiram no GANF e para facilitar a leitura dividimos em 2 grupos: a) preocupações relacionadas com o RN; b) preocupações relacionadas com a puérpera. No primeiro

grupo os problemas que as puérperas mais verbalizaram foram o sono e repouso, dificuldade em lidar com o choro do bebê, as cólicas e cuidados gerais ao RN, como sendo o banho, a segurança e cuidados com a pele. No segundo grupo as preocupações mais referidas pelas mulheres foram a evolução puerperal (lóquios, sutura e hemorroidas), técnica da amamentação, cuidados com os mamilos e mamas tensas/ingurgitadas, extração e armazenamento de leite materno, alimentação correta da puérpera que amamenta, planeamento familiar.

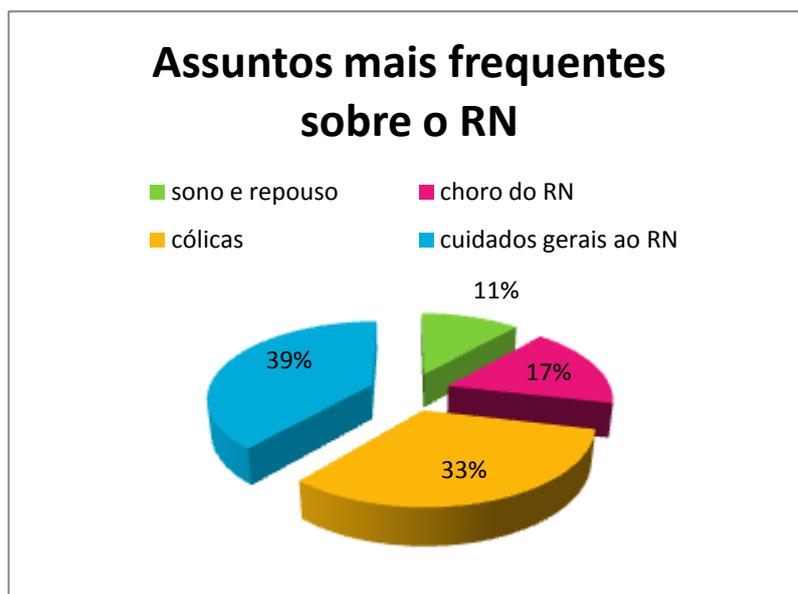


Figura 5. Preocupações mais frequentes relacionados com o RN, indicadas pelas puérperas

Nos problemas relacionados com o RN verificou-se que a maioria das mães demonstraram mais preocupação e dificuldade nos cuidados gerais ao RN, seguindo-se a problemática em lidar com as cólicas. O choro do bebê também preocupa a puérpera e por fim o processo complicado na adaptação ao ciclo de sono e repouso do bebê é fator destabilizador no ambiente familiar.

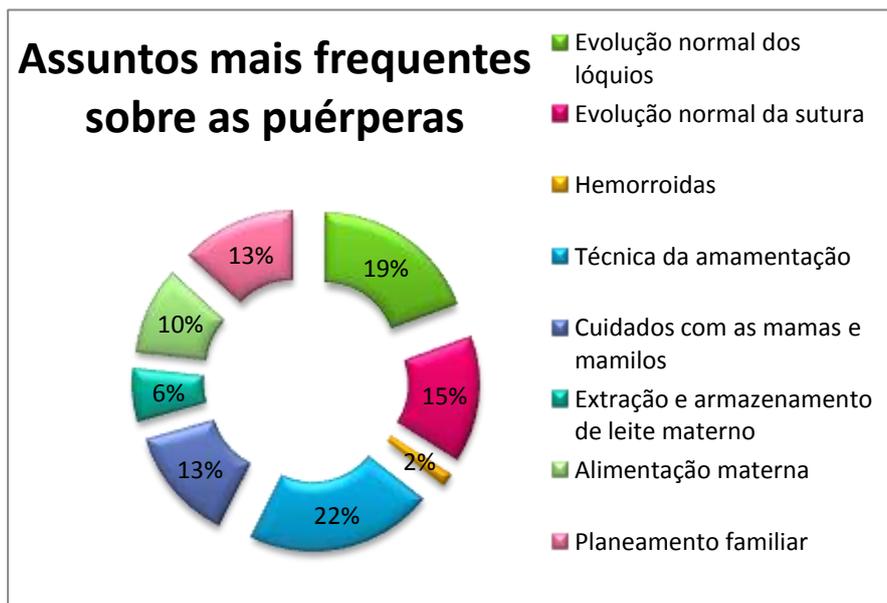


Figura 6. Preocupações mais frequentes relacionados com a puérpera

As preocupações relacionadas com as puérperas mais verbalizadas foram a técnica da amamentação e à evolução normal dos lóquios, sendo que a menor preocupação verbalizada pelas puérperas foi relativo a extração e armazenamento de leite materno e o desconforto da presença de hemorroidas.

3.3. ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM A POPULAÇÃO-ALVO

Durante a realização do II Ensino Clínico efetuado no âmbito do mestrado em enfermagem em saúde materna e obstetria foi elaborada uma revisão sistemática direcionada para o tema de *Puerpério*. Esta pesquisa foi bastante útil pois facilitou a elaboração do projeto que serviu de base para a implementação do GANF.

Os estudos consultados referem que o EESMO deve ter uma visão completa da mulher, a nível físico e emocional, pois este tipo de actuação é fundamental para que esta sinta confiança e expresse com veracidade como está a vivenciar o puerpério (Mendes, 2003). O Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2010) indica que uma das competências do EESMO é prestar cuidados à mulher inserida na família no período pós-natal, como tal e tendo em conta a literatura

consultada é pertinente a existência de um local onde os cuidados são direcionados para esta fase da maternidade.

A importância de um Gabinete de Apoio à Puérpera, onde se desenvolve a consulta de enfermagem, possibilita minimizar dúvidas, detectar precocemente situações problemáticas e resolve-las, sendo segundo Cardoso (2002):

“ [...] é uma atividade que proporciona ao enfermeiro, condições para atuar de forma direta e independente com o cliente, caracterizando desta forma, sua autonomia profissional. Essa atividade, por ser privativa do enfermeiro, fornece subsídios para a determinação do diagnóstico de enfermagem e elaboração do plano assistencial“ (p.2).

Segundo Filho et al (2006) o maior risco de morbidade e mortalidade materna e neonatal ocorre na primeira semana após o parto, assim, será importante a existência de um local onde a família possa recorrer para vigiar a saúde e detectar precocemente situações de desvio. Os mesmos autores referem que os principais objetivos do EESMO são: a) avaliar o estado de saúde da mãe e RN; b) fornecer informação e apoiar adequadamente acerca da amamentação; c) informar acerca dos cuidados ao RN (fator de insegurança e stress materno); d) vigiar a dinâmica familiar; e) identificar situações de risco e encaminhá-las; f) orientar para o planeamento familiar. Pinelli e Abrão (1998) reforçam ainda a importância em identificar problemas de caráter físico e emocional e favorecer a vinculação entre o bebé e a família. De acordo com a investigação de Cardoso (2002), a implementação da consulta de enfermagem deverá servir para reduzir a morbi e mortalidade neonatal.

Os profissionais de saúde necessitam de estabelecer um bom vínculo com a puérpera, compreendendo e respeitando os seus valores culturais, levando-a a ponderar a informação técnico-científica em detrimento de crenças populares, sendo também importante incluir na educação para a saúde não só os pais mas também os avós para que estes possam entender a evolução técnica dos cuidados (Canteiro & Martins, 2004; Fonseca et al, 2011; Pinelli & Abrão, 1998).

Nas consultas de enfermagem, a presença dos familiares cuidadores é importante, visto que estes influenciam significativamente a puérpera em questões relacionadas com o aleitamento materno, auto-cuidado e nos cuidados ao RN (Pinelli e Abrão, 1998). Ferrari e Kaloustian (1994) vão ao encontro das autoras supracitadas, quando afirmam que a família é o espaço que garante a sobrevivência, desenvolvimento e protecção dos membros, independentemente dos seus valores ou hábitos culturais.

Manning (2008) reforça ainda que os cuidados efetuados ao RN serão sempre mais efetivos quando se envolve toda a família, permitindo a sua formação e atualização de conhecimentos, de forma a que se verifiquem ganhos em saúde, não só do RN como também da puérpera.

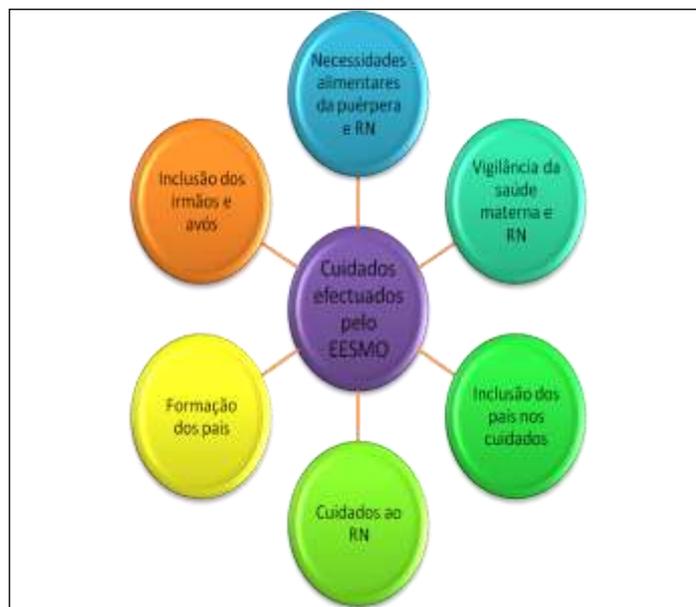


Figura 7. Roda dos cuidados ao RN, no pós-parto, centrado na família.

Adaptado de Manning (2008)

Manning (2008) refere que a efetividade dos cuidados prestados pelo EESMO devem abranger várias intervenções, nomeadamente a vigilância da saúde materna e do RN, cuidados ao RN e incentivo aos pais a participar nos mesmos, alertar/informar para as necessidades alimentares da puérpera e do RN, incentivar os irmãos e os avós a participarem no processo de adaptação à nova estrutura familiar.

No que diz respeito aos avós, Canteiro e Martins (2004), referem que principalmente a avó materna, tem grande influencia nos comportamentos e atitudes adotados pela mulher. São-lhe transmitidos mitos e crenças relacionados com os cuidados ao RN, com a amamentação, a alimentação e cuidados de higiene que em muitos casos entram em conflito com a informação dada pelos profissionais de saúde (Canteiro e Martins, 2004). Fonseca, Fonseca e Soares (2011) afirmam que a maioria das puérperas procura apoio junto aos familiares para esclarecer dúvidas, sentindo-se mais tranquilas e seguras, sendo a avó materna a provedora de sabedoria mais

procurada. Cada família adota diferentes formas de cuidados segundo os seus valores e hábitos de vida, sendo as primíparas as mulheres que mais seguem os conselhos familiares (Fonseca et al, 2011).

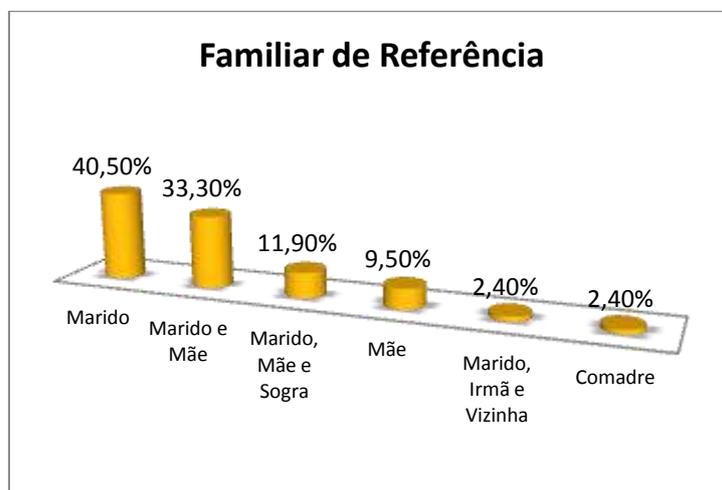


Figura 8. Familiar que maior apoio proporciona à puérpera

Todas as mulheres que recorreram ao GANF referiram que tinham apoio de um ou mais familiares, sendo que a maioria das puérperas (40,5%) identificou o marido como seu familiar de apoio, 33,3% referem o marido e a mãe como sendo o seu maior suporte, 11,9% indicam o marido, a mãe e a sogra e 9,5% apontam a mãe como pessoa de referência. Apenas uma mulher referiu o marido, a irmã e uma vizinha como figuras importantes e uma puérpera recorreu presencialmente ao gabinete com a sua comadre.

Através do instrumento aplicado às puérperas no último contato realizado verificamos que algumas puérperas indicaram outro familiar de referência, sendo que a maioria indicou o marido como familiar de apoio (tabela2).

Tabela 2. Familiar de referência indicado pela puérpera no último contato realizado pelo GANF

| Familiar | % |
|----------|-------|
| Marido | 61,9% |
| Mãe | 28,6% |
| Sogra | 7,1% |
| Comadre | 2,4% |

3.4. RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO

Sendo a nossa população-alvo as puérperas referenciadas pelos serviços que se articulavam com o GANF, o recrutamento da mesma foi realizado tendo em atenção os seguintes critérios de inclusão:

- a) Mulheres que se encontrem no 1.º mês de puerpério e que demonstrem ansiedade e insegurança em relação à adaptação à maternidade;
- b) Mulheres cujo RN seja o 1.º filho (critério somente aplicado ao (SO));
- c) Dos restantes serviços de articulação, seriam encaminhadas as utentes que necessitassem de cuidados especializados ou demonstrassem ansiedade, dúvidas e insegurança em relação à maternidade

Para o recrutamento da população-alvo foi necessário implementar várias medidas de divulgação, de forma a poder cumprir o objetivo de identificação e utilização do gabinete como local de referência, onde as puérperas pudessem dirigir-se aquando dúvidas e inseguranças. Assim, procedemos à divulgação do gabinete em 3 frentes:

- a) Aos profissionais de saúde;
- b) Às puérperas;
- c) À comunidade.

a) **Divulgação aos profissionais de saúde**

Tratando-se de um projeto que envolve várias valências não poderia deixar de incluir os profissionais que nelas trabalham, por isso foram contactados todos os chefes dos serviços que podiam articular-se com o GANF, nomeadamente: a) SO; b) BP; c) serviço de neonatologia; d) serviço de pediatria; e) hospital de dia de pediatria; f) CCBEPSB; g) Unidade coordenadora de funcionamento – ACESS (UCF-ACES) Barlavento; h) CAM; i) serviço de urgência pediátrica (SUP); j) núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco; k) serviço social; l) consulta externa de obstetrícia. Para obter a colaboração dos profissionais foram efetuados contactos pontuais, sendo o primeiro após a reunião com o chefe de serviço e as posteriores sempre que visitava os serviços para recolher as *Fichas de Encaminhamento* para o GANF.

Para facilitar a divulgação do gabinete junto aos enfermeiros dos vários serviços e recrutar a população-alvo foram utilizados os seguintes instrumentos: a) uma caixa de

arquivo; b) um “*Boletim Informativo*”; c) um folheto para entregar às puérperas; d) um cartão de visita “*Menino/Menina*” para ser anexado ao boletim individual de saúde do bebê; e) ficha de encaminhamento da família para o GANF.

Para informar e motivar as equipas foi elaborado um “*Boletim Informativo*”, onde se definia sucintamente em que constava o gabinete, quais os seus objetivos e identificava a população-alvo. Este “*Boletim Informativo*” era atualizado mensalmente, pois nele estavam indicados os dias de funcionamento do GANF, ficando afixado nos quadros informativos dos serviços (ANEXO C).

Foi distribuída em cada serviço uma caixa de arquivo, a qual denominamos “*Caixa GANF*”, que continha *Folhetos Informativos* para entregar às puérperas, *Cartões de visita “Menino/Menina”* e *Fichas de Encaminhamento* para o GANF (ANEXO D).

Na *Caixa GANF* estavam ainda as *Fichas de Encaminhamento* (ANEXO E), que serviam como elo de ligação entre os vários serviços e o gabinete, facilitando a fácil comunicação, pois nela era descrita sucinta informação acerca da razão do encaminhamento, bem como a identificação da puérpera, do bebê, a data de nascimento e o contato telefónico.

b) Divulgação às puérperas

O *Folheto Informativo* – 3 dobras – foi elaborado com o objetivo de divulgar o gabinete junto às puérperas/família. No interior do folheto explicou-se sucintamente em que consistia o GANF, quais as suas metas e identificava a população-alvo; no exterior do folheto está a sua identificação (Gabinete de Apoio À Nova Família), o local onde está implementado, os dias de funcionamento consoante o mês, o horário, o contato telefónico – tratando-se de uma linha telefónica direta, que não passava pela telefonista, o email e a identificação dos EESMO de referência, responsáveis pelo projeto. Estes folhetos foram atualizados todos os meses devido aos diferentes dias de funcionamento específicos (ANEXO F).

Os *Cartões de Visita “Menino/Menina”* foram elaborados com o objetivo de fornecer às puérperas o fácil acesso dos contatos do gabinete, uma vez que o cartão era anexado ao boletim individual de saúde do bebê (ANEXO G). Também estes cartões, tal como o “*Boletim Informativo*” e o *Folheto Informativo*, eram atualizados mensalmente, com os respetivos dias de funcionamento.

O acesso ao GANF podia ser feito através do encaminhamento efetuado pelos serviços que se articulavam com o gabinete, diretamente do domicílio, através da linha telefónica e/ou do email criado exclusivamente para esta população – Ganf@hbalgarvio.min-saude.pt (ver indicação deste email no ANEXO F).

O GANF foi divulgado na página da intranet do CHBA, dando assim a conhecer o projeto à população profissional da instituição (ANEXO H).

c) Divulgação à comunidade

No âmbito das comemorações da semana do EESMO/Parteira, que decorreu entre 4 a 11 de Maio, o hospital realizou diversas atividades onde incluiu este projeto:

1. No dia 5 de Maio, a ação de sensibilização à população para as atividades desenvolvidas pelos EESMO, no centro comercial AQUA em Portimão (ANEXO I);
2. Palestra que teve lugar no auditório do CHBA, no dia 9 de Maio, onde foi apresentado o projeto à comunidade de profissionais da instituição (ANEXO J);
3. No dia 24 de Abril realizamos uma gravação na Rádio Alvor, onde demos a conhecer o gabinete e toda a informação com ele relacionada (esta gravação passou no dia 8 de Maio) (ANEXO J). Estas atividades deram visibilidade ao projeto, permitindo-lhe também uma maior credibilidade junto à população.

Foram encaminhados para o GANF 54 casos, sendo que 12 nunca responderam às tentativas de contato que foram realizadas (para uniformizar a atuação mediante utentes que não atendiam os telefonemas deliberou-se que se em 3 tentativas de contato ninguém respondesse, a ficha de encaminhamento seria arquivada).

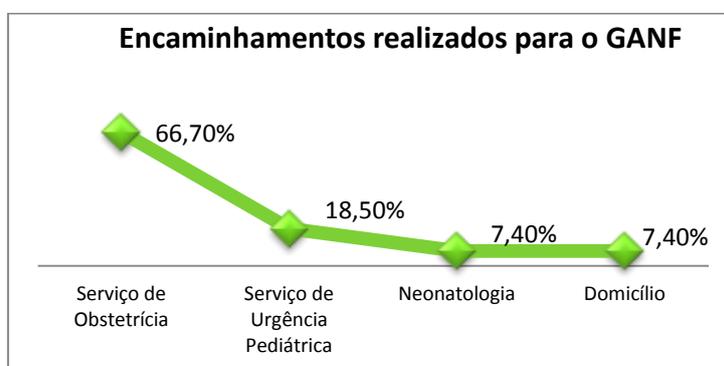


Figura 9. Encaminhamentos realizados para o GANF pelos diversos serviços de articulação

A população-alvo (42 casos) deste estudo foi maioritariamente encaminhada pelo SO, seguindo o SUP e, por fim, puérperas vindas do domicílio com o mesmo número de encaminhamentos realizados pelo serviço de neonatologia.

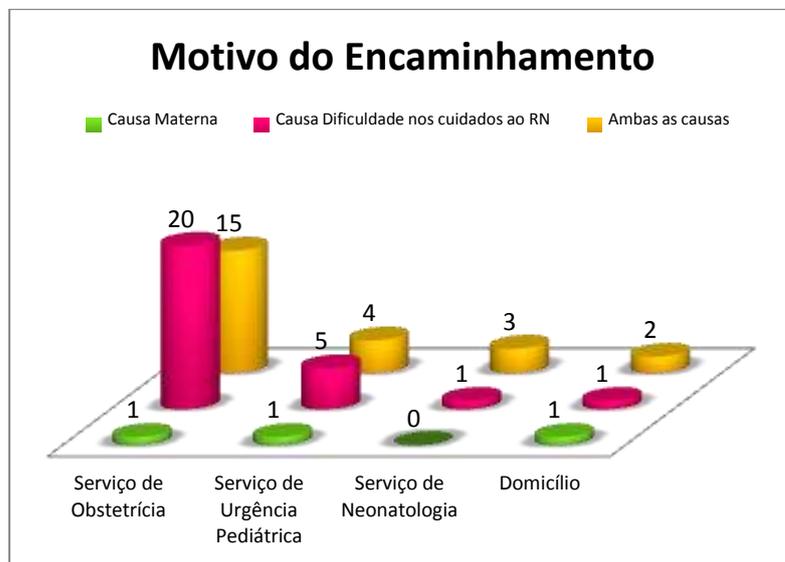


Figura 10. Motivos dos encaminhamentos realizados para o GANF, por serviço.

Os motivos dos encaminhamentos foram organizados em 3 categorias: a) encaminhamento de causa materna; b) encaminhamento por dificuldade nos cuidados ao RN; c) encaminhamento de causa materna e dificuldade nos cuidados ao RN. Verificamos que a maioria dos encaminhamentos foram realizados por se verificar dificuldades das puérperas em relação aos cuidados ao RN.



Figura 11. Problemas mais indicados pelos profissionais de saúde, quando o encaminhamento é para o gabinete

Os problemas mais indicados pelos enfermeiros que encaminharam os casos foram: ansiedade materna, problemas com as mamas e/ou mamilos (ingurgitamento mamário, mamilos fissurados), dificuldade nos cuidados ao RN (problemas na amamentação, banho do RN, cuidados com a pele, segurança do RN), situações de 1.º filho e famílias que foram referenciadas para a assistente social. Verificamos que o fator primeiro filho foi o mais indicado como “problema” e a ansiedade materna o motivo que mais levou os profissionais de saúde a realizar os encaminhamentos.

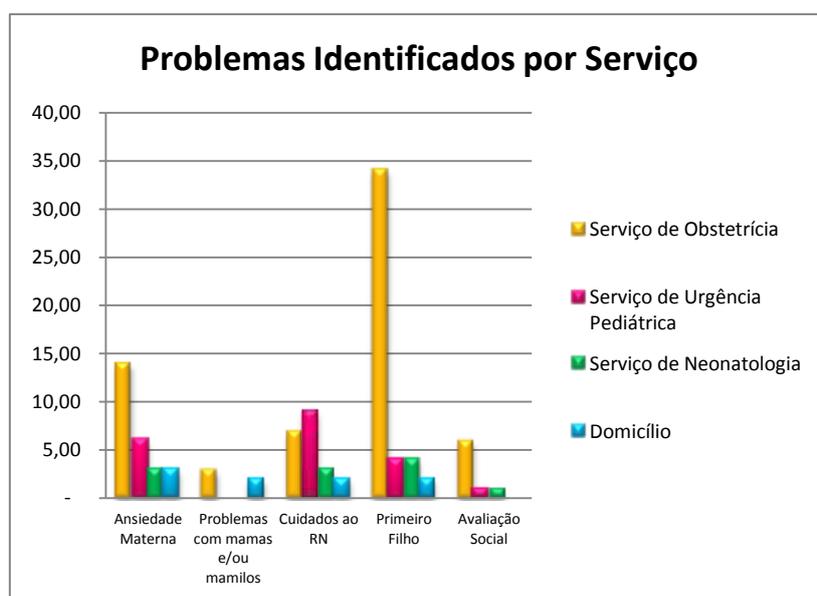


Figura 12. Problemas mais indicados por serviço.

Estudando cada serviço, podemos observar que o SO indicou com maior frequência o primeiro filho como motivo de encaminhamento, o SUP referiu as dificuldades nos cuidados ao RN (aspetos relacionados com a segurança no transporte do RN, cuidados com a pele, amamentação), a ansiedade materna foi a causa mais frequente das mulheres vindas do domicílio e do serviço de neonatologia.

Ficou decidido, após a reunião com a UCF-ACES do Barlavento Algarvio, que seria enviado para o email da coordenadora, os *Folhetos Informativos* correspondentes a cada mês, de forma a que pudesse existir articulação entre os centros de saúde e o GANF. Foi também enviado um “*Boletim Informativo*” para esclarecer e dar a conhecer o gabinete aos enfermeiros que trabalhavam na área da saúde materno-infantil.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

Os objetivos desenhados no projeto de intervenção foram planeados cuidadosamente de forma a que pudessem ser atingidos, tendo em conta o tempo para a implementação da intervenção. Estes contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de competências nos domínios do saber (conhecimento), saber ser (valores) e saber fazer (conhecimento prático/destreza na execução).

As metas traçadas deram forma ao início do que se esperava ser uma oportunidade para crescer pessoal e profissionalmente, pela transformação do imaginário (o que foi planeado), ao que acabou por ser real – o funcionamento pleno do gabinete. A realização do projeto foi a plataforma que permitiu conciliar o que se apreendeu na teoria com a prática em campo de trabalho real.

4.1. OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Os objetivos a que nos propusemos atingir tiveram em conta aspetos relacionados com o limite de tempo para implementação do projeto, o local e os recursos materiais e humanos disponíveis. Assim, podemos identificar, no quadro seguinte, quais os objetivos da intervenção profissional conjuntamente com a justificação do seu planeamento.

| Objetivos | Análise Reflexiva |
|---|---|
| 1. Obter parecer favorável para a aplicação do projeto no CHBA. | Para que pudesse implementar o projeto, este teria de ser aprovado pelo Concelho de Administração do CHBA, daí ter sido o primeiro objetivo a ser traçado. Provavelmente este terá sido uma das importantes metas a atingir pois, se não existisse aprovação, nunca teria sido posto em prática o gabinete. |
| 2. Adquirir conhecimentos relacionados com o tema do projeto. | O caminho percorrido até chegar à elaboração do projeto serviu de campo exploratório para investigar, conhecer, recordar e consolidar conhecimentos e informação acerca de vários assuntos que se cruzaram com o tema do estudo. Foi realizada uma triagem da informação necessária, pertinente e relevante para que, aquando o pleno funcionamento do gabinete, estivéssemos munidos de conhecimentos e, por isso seguros nos cuidados prestados, demonstrando à população-alvo que podia estabelecer uma relação de confiança e reconhecimento no profissional. |

| | |
|--|--|
| | <p>Segundo Fortin (2003), a pesquisa bibliográfica é um meio de conhecer os conceitos em estudo, quais as correntes conceptuais e teóricas e permite fazer um levantamento de informação em publicações de cariz científico sobre o tema de trabalho.</p> |
| <p>3. Obter a colaboração dos profissionais de saúde para o encaminhamento das situações de risco.</p> | <p>Uma vez que o GANF dependia de outros serviços para a realização dos encaminhamentos, achamos importante incentivar os vários profissionais a colaborar no projeto, ou seja, só trabalhando como equipa se poderia alcançar o sucesso. Mucchilli (1989) define equipa como sendo um conjunto de pessoas competentes e motivadas, com competências próprias, que trabalham no sentido de um objetivo comum. O mesmo autor refere ainda que todos os elementos que constituem a equipa são importantes e nenhuns considerados com menos influência para atingir a meta proposta.</p> |
| <p>4. Divulgar o GANF à população-alvo.</p> | <p>A existência do GANF só faria sentido se servisse à população mas, para que pudesse ser utilizado como recurso das famílias e sendo uma nova referência na instituição, seria fundamental a sua divulgação. Para que a divulgação do GANF à população-alvo fosse positiva, teria que cumprir três requisitos: a) dar a conhecer (informar acerca da existência do gabinete, qual o seu conceito, a quem se dirige, onde recorrer e horário de funcionamento); b) fazer gostar da ideia (o gabinete surge como local de recurso para apoio à nova família, minimizando dúvidas e receios, aumentando a coesão familiar, uma vez que é aberto também para a família alargada (avós ou outra pessoa de referência)); c) fazer “consumir” (levar as utentes a perceberem o benefício de recorrer ao GANF, ou seja, puderem recorrer ao gabinete sempre que o desejassem, sem obrigatoriedade de fazer marcação, havendo também a possibilidade de serem atendidas por telefone ou por email).</p> |
| <p>5. Elaborar a documentação a utilizar no GANF.</p> | <p>Todos os documentos elaborados para o GANF tiveram objetivos específicos e individuais igualmente importantes: a) divulgar (elaboração de folhetos, cartões de visita, boletim informativo); b) calendarizar, organizar e compilar informação (dossier de arquivo onde se organizaram por número de ficha, as <i>Fichas da família</i> e as <i>Fichas de seguimento da família, agenda mensal</i>); c) encaminhar (elaboração das <i>Fichas de encaminhamento</i> para o GANF, <i>Ficha de encaminhamento</i> para o CCBEPSB).</p> |
| <p>6. Articular o gabinete com os vários serviços.</p> | <p>Aquando em fase de projeto o gabinete foi idealizado como parte integrante de uma área de saúde que o CHBA proporciona à sua população – cuidados de saúde materno-infantis. Ou seja, foi projetado e planeado como fazendo parte (e passo a expressão) de uma “linha de montagem”, onde todos os postos são importantes, com consequência de, na existência de uma falha, o “produto final” não terá a melhor qualidade. Assim sendo, este objetivo faz todo o sentido pois a boa continuidade dos cuidados deriva da informação recebida.</p> <p>Mantendo a imagem de “linha de montagem”, o GANF iria sempre articular-se com o serviço que o precedeu (SO) e o CCBEPSB que o procede. No entanto, não poderíamos deixar de interagir com outros serviços, uma vez que deles poderiam provir encaminhamentos, como também do GANF poderia ser necessário dirigir, nomeadamente ao SUP, ao Hospital de Dia de Pediatria e ao Bloco de Partos.</p> <p>Procuramos projetar uma articulação com as várias valências de modo a oferecer à</p> |

| | |
|--|---|
| | população-alvo o melhor serviço possível. |
| 7. Elaborar um instrumento para ser aplicado à puérpera no último contato realizado. | Foi elaborado um instrumento do tipo misto, onde se verificaram e questões abertas e uma fechada. Com este questionário pretendíamos: a) conhecer o seu grau de satisfação em relação ao gabinete; b) conhecer as maiores dificuldades sentidas pela utente no 1.º mês pós-parto; c) qual o familiar de referência; d) sugestões para melhoria do GANF. As informações recolhidas através deste instrumento servirão, de futuro, para melhorar a dinâmica, organização e orientação do gabinete. |

Figura 13. Quadro indicativo dos objetivos da intervenção profissional

4.2. OBJETIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO-ALVO

As actividades desenvolvidas no GANF tinham como finalidade primordial ir ao encontro das necessidades específicas de cada utente/família, sendo realizado um atendimento individualizado e personalizado, capacitando as mulheres para o autocuidado e para a prestação de cuidados ao RN de forma segura e autónoma. Para atingir este objetivo em muito contribuíram os seguintes aspetos: a) o espaço físico; b) a possibilidade do contato realizado ser presencial ou telefónico; c) existência das *Fichas da Família e Fichas de Seguimento da Família*; d) boa articulação entre os serviços.

O espaço físico era favorecedor de um ambiente tranquilo, o que facilitou um clima de confiança para que a comunicação ocorresse sem perturbações ou falhas, quer se tratasse de um contato telefónico ou presencial.

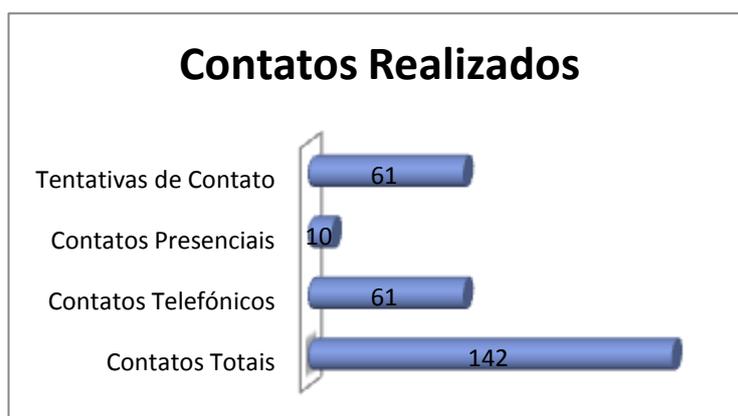


Figura 14. Contatos realizados pelo GANF

A possibilidade do contato ser presencial ou telefónico permitiu às famílias obter do gabinete o tipo de atendimento que melhor respondia às suas necessidades, sendo que das 54 famílias que foram encaminhadas ou recorreram ao GANF, 10 foram contatos presenciais e 61 telefónicos. É de referir que, foram realizados 61 telefonemas cujas utentes não responderam.

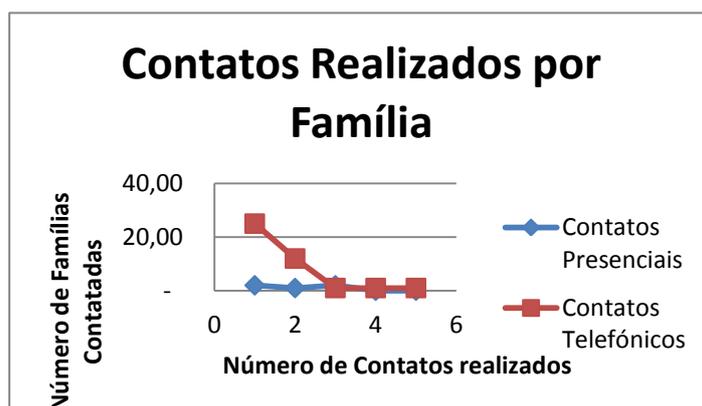


Figura 15. Número de contatos realizados por família

No que diz respeito ao número de contatos telefónicos realizados podemos ainda concluir que 25 utentes foram contactadas uma vez, 12 mulheres contactadas duas vezes, uma mulher contactada 3 vezes, uma puérpera com 4 telefonemas e a uma outra utente foram realizados 5 contatos. Nos contatos presenciais duas mulheres recorreram 1 vez ao gabinete, 1 mulher recorreu duas vezes e duas mulheres tiveram três contatos presenciais.

A existência das *Fichas da Família* e *Fichas de Seguimento da Família* permitiu obter um arquivo organizado, fazendo com que em cada contato fossemos detentores de toda a informação importante referente à utente em causa, evitando assim submeter a mesma à repetição de perguntas e dando continuidade à resolução dos problemas/preocupações por si identificados, aumentando assim a confiança e credibilidade que as famílias depositavam no gabinete.

A boa articulação entre os vários serviços e o GANF, no que diz respeito à descrição dos motivos do encaminhamento, facilitou a intervenção no primeiro contato. Ou seja, ao direcionar o assunto para as preocupações da utente fez com que esta estivesse mais receptiva ao ensino, levando muitas vezes a referir outro tipo de ansiedade e pedindo mesmo que fosse contactada novamente.

Em suma, o que pretendíamos era conseguir ganhos em saúde no que diz respeito à evolução saudável da mulher no período puerperal, facilitando a adaptação ao novo membro da família.

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

Neste momento, pretendemos indicar, com critério reflexivo, as intervenções realizadas para conseguir atingir os objetivos propostos em planeamento, indicando-os, bem como as estratégias utilizadas, as metodologias que mais se adequavam, os recursos materiais e humanos que solicitamos, os contatos realizados com os agentes que influenciaram a implementação/funcionamento do GANF, uma breve interpretação da estratégia orçamental e a referência ao cronograma estruturado em projeto.

5.1. FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

As intervenções realizadas serão apresentadas em duas plataformas: a) intervenções realizadas para colocar em prática o projeto desenhado; b) intervenções realizadas às famílias aquando no funcionamento do GANF.

5.1.1. Intervenções Para Colocar Em Prática O Projeto Desenhado

As intervenções realizadas que permitiram implementar o projeto foram divididas em 6 partes: a) pedido de permissão da instituição; b) compilação de informação relacionada com o puerpério; c) inclusão dos profissionais dos vários serviços no projeto; d) elaboração e organização documental; e) publicitação do GANF. Estas intervenções serão desenvolvidas mais pormenorizadamente mais à frente no ponto 5.3. (Análise Reflexiva sobre as Estratégias Acionadas).

5.1.2. Intervenções Realizadas Às Famílias Aquando No Funcionamento Do GANF

É no puerpério que se verificam intensas modificações biopsicossociais na mulher sendo, segundo Centa, Oberhofer e Chammas (2002), frequente a nova mãe sentir dificuldade na satisfação das necessidades básicas de sono e repouso, ver a sua

ansiedade aumentada em relação aos cuidados ao RN e com as expectativas relativas ao mesmo, passar por momentos depressivos e receios das observações dos familiares. Os mesmos autores referem ainda que são as primigestas que manifestam mais frequente e intensamente o acima referido.

Em relação às alterações anatomo-fisiológicas, a mulher é sujeita a processos involutivos que se manifestam subitamente (pela descompressão abdominal e suas conseqüências), de forma imediata (pelas alterações hormonais, hematológicas, imunológicas,...) e de modo mediato (pelo retorno dos ciclos menstruais) (Santos et al, 2009). Para que possamos identificar os desvios na saúde temos de conhecer a normal evolução do puerpério podendo assim, verificar a normal involução dos vários sistemas através dos quadros em anexo (Anexo Q).

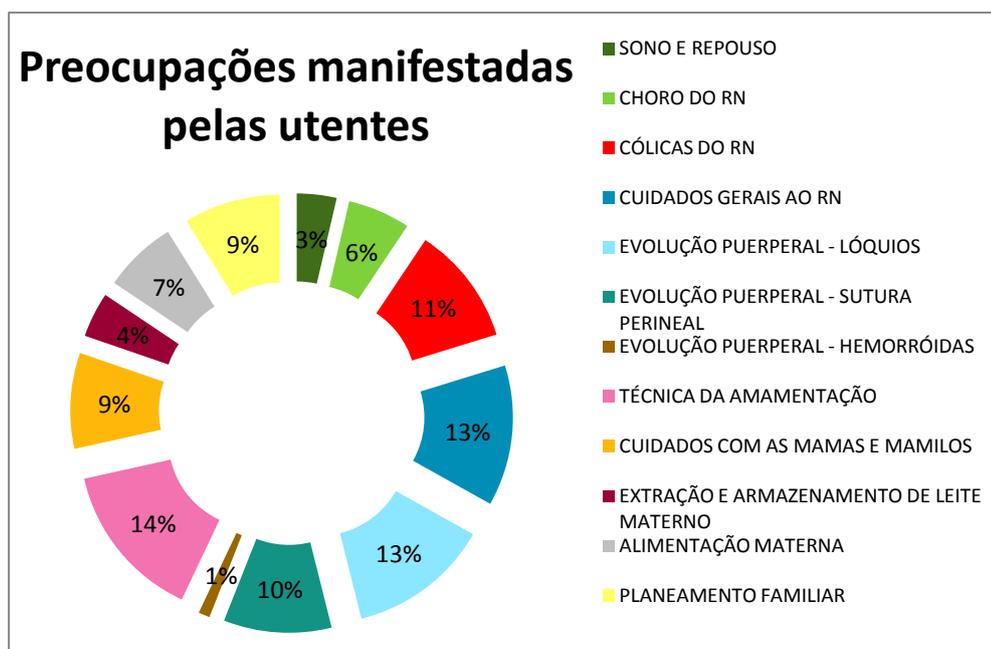


Figura 16. Preocupações manifestadas pelas utentes verbalizadas nos 71 contatos realizados

Durante o período de funcionamento do GANF os cuidados prestados às puérperas foram ao encontro das suas necessidades. Nos 71 contatos realizados (telefónicos e presenciais) as ações mais frequentes foram dirigidas às dificuldades com a técnica da amamentação (14%), aos cuidados gerais ao RN (13%), vigilância da evolução puerperal – lóquios (13%), cuidados à sutura perineal (10%), cuidados com os problemas relacionados com as mamas e mamilos (9%) e planeamento familiar (9%).

As preocupações menos referidas prenderam-se com os cuidados com a alimentação materna (7%), o choro do RN (6%), extração e armazenamento de leite materno (4%), sono e repouso (3%) e os cuidados relacionados com as hemorroidas (2%).

Tendo em conta as preocupações, dúvidas e ansiedades manifestadas pelas puérperas, desenvolvemos os cuidados de forma personalizada e de acordo com as competências desenvolvidas na área do saber, do fazer e do ser. No quadro seguinte tentamos sistematizar os cuidados e educação para a saúde realizada perante os problemas identificados pelas utentes.

| | |
|--|---|
| Assunto | I. Técnica da amamentação (14% das mulheres referiram dificuldade na técnica da amamentação). |
| Problemas Identificados | Os problemas mais referidos pelas puérperas e/ou observados por nós foram: a) dificuldade na pega do RN à mama; b) posicionamento incorreto do RN à mama; c) desconhecimento da constituição do LM; d) horário e duração da mamada. |
| Cuidados e Educação para a Saúde Realizados | <p>a) Dificuldade na pega do RN à mama: é fundamental que a mãe conheça os sinais de boa pega para facilitar a adaptação do bebé à mama e para prevenir complicações inerentes a uma situação de má pega (Galvão, 2006). Assim, quando necessário eram identificados os sinais de boa pega, que segundo Lothrop (1997), Pereira (2006) e Galvão (2006) são: a) o queixo toca na mama; b) a boca fica bem aberta; c) os lábios ficam revirados para fora; d) aréola dentro da boca – deve estar maior porção de aréola inferior dentro da boca do bebé do que aréola superior. Os mesmos autores referem que podem ser dadas indicações acerca de como segurar a mama para facilitar o processo de amamentação: a) com os dedos contra o tórax abaixo da mama; b) o indicador apoiando a mama; c) o polegar acima da aréola; d) os dedos não devem estar próximo da aréola; d) a mão deve ser colocada em forma de C para segurar e apoiar a mama, pois a pinça bloqueia os ductos de leite, promovendo a retenção do mesmo nos canais galactóforos.</p> <p>b) Posicionamento do bebé à mama: o incorreto posicionamento do bebé à mama pode levar a problemas tanto para a mãe como para o próprio RN (Lothrop, 1997 & Galvão, 2006). Os mesmos autores referem que os inconvenientes mais frequentes para o bebé são a ingestão acentuada de ar que irá posteriormente provocar cólicas e a insatisfação do bebé, uma vez que não retira a quantidade de leite suficiente, cansando-se mais aquando na sua extração; para a mãe, o incorreto posicionamento pode gerar problemas na integridade dos mamilos como sendo fissuras ou arrancamento parcial do mamilo, bloqueio de ductos galactóforos e mastites pelo esvaziamento incompleto da mama. Assim, sempre que necessário, indicávamos como a puérpera deveria segurar o bebé à mama, segundo as linhas orientadoras de Galvão (2006), Pereira (2006) e Lothrop (1997): a) cabeça do bebé apoiada no antebraço; b) bebé com cabeça, orelha e anca em linha reta; c) rosto de frente</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>para a mama e nariz de frente para o mamilo; d) o corpo junto ao corpo da mãe (barriga com barriga); e) o bebé deve ter as nádegas bem apoiadas e não apenas cabeça e ombros.</p> <p>c) Constituição do LM: acerca deste assunto era explicado à puérpera a constituição do LM desde o colostro ao leite maduro, salientando a sua importância e vantagens.</p> <p>O colostro consiste num líquido amarelado de aspecto cremoso e espesso segregado pela glândula mamária, sendo o primeiro leite produzido até cerca do 3.º dia após o parto (podendo chegar até ao 7.º dia) até tornar-se, por volta do 5.º dia, o leite maduro, processo que se completa até ao 15.º dia do pós-parto (King, 1991; Lana, 2001; Pereira, 2006).</p> <p>Lothrop (1997) refere que o colostro, pelas suas propriedades únicas promove diversos benefícios, pelas propriedades que contem, ou seja, é rico em anticorpos, pela elevada contagem de leucócitos protege contra a infecção, tem um efeito laxante, apresenta fatores de crescimento e é rico em vitaminas (ANEXO K).</p> <p>Ao fim de uma ou duas semanas, o leite aumenta em quantidade e muda o seu aspecto e composição, apresentando uma coloração branca e mais consistente (Lana, 2001). A sua composição varia ao longo da mamada, ou seja, o leite inicial tem maior percentagem de água e menor nos outros constituintes que o leite final que tem maior quantidade de gordura, como se pode observar nos gráficos seguintes (Lothrop, 1997):</p> <div data-bbox="496 1016 1329 1301" style="text-align: center;"> </div> <p>Figura 17. Composição do LM maduro ao longo da mamada, adaptado à descrição de Lothrop (1997)</p> <p>d) Horário e duração da mamada: Levy e Bértolo (2008) referem que o horário da amamentação deve ser em regime livre, ou seja, o bebé mama quando tem fome. Em relação à duração da mamada, também esta é decidida pelo bebé, isto é, a amamentação termina quando o bebé larga a mama e fica satisfeito (Galvão, 2006 & Lothrop, 1997). Lana (2001) refere que é importante que o bebé mame uma mama até que esteja bem esvaziada, pelas vantagens daí conseguidas: a) bom aumento de peso; b) aumenta o tempo entre as mamadas; c) diminui os gases e flatulência.</p> |
| <p>Situação especiais ocorridas no GANF</p> | <p>De uma forma geral a maioria das mulheres surgiram com dúvidas em relação aos pontos supracitados, no entanto, demonstravam maior dificuldade em colocar o bebé à mama devido ao posicionamento incorreto e ao desconhecimento dos sinais de boa pega.</p> |
| <p>Assunto</p> | <p>2. Evolução puerperal – lóquios (cerca de 13% das mulheres demonstraram desconhecer a evolução normal dos lóquios).</p> |
| <p>Problemas Identificados</p> | <p>As dúvidas mais frequentes referidas pelas puérperas estavam relacionadas com o aspecto dos lóquios em relação à idade puerperal.</p> |

| Cuidados e Educação para a Saúde Realizados | Os lóquios são as secreções eliminadas pelo útero durante o puerpério (Silva, 2007). Segundo Branden (2000) os lóquios passam por 3 fases concretas, indicando a progressiva cicatrização endometrial. | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|-----------------|-------------------|--------------------------|---|-----------------|-------------------------|--|------------------------|----------------------------|--|
| | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Tipo de lóquios</th> <th style="width: 33%;">Duração</th> <th style="width: 33%;">Características</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lóquios hemáticos</td> <td>1 a 4 dias após o parto.</td> <td>Constituído por sangue e tecido da descídua. Tem uma coloração vermelha viva, sanguinolento. Pode ter cheiro mais activo.</td> </tr> <tr> <td>Lóquios serosos</td> <td>5 a 7 dias após o parto</td> <td>Constituído por líquido seroso, tecido da descídua, leucócitos e eritrócitos. Pode ter uma coloração rosada ou acastanhada. É inodoro.</td> </tr> <tr> <td>Lóquios esbranquiçados</td> <td>1 a 3 semanas após o parto</td> <td>Constituído por leucócitos e células da descídua. Pode ter uma coloração esbranquiçada, acastanhada ou quase incolor. Pode ter um cheiro mais activo que o anterior.</td> </tr> </tbody> </table> | Tipo de lóquios | Duração | Características | Lóquios hemáticos | 1 a 4 dias após o parto. | Constituído por sangue e tecido da descídua. Tem uma coloração vermelha viva, sanguinolento. Pode ter cheiro mais activo. | Lóquios serosos | 5 a 7 dias após o parto | Constituído por líquido seroso, tecido da descídua, leucócitos e eritrócitos. Pode ter uma coloração rosada ou acastanhada. É inodoro. | Lóquios esbranquiçados | 1 a 3 semanas após o parto | Constituído por leucócitos e células da descídua. Pode ter uma coloração esbranquiçada, acastanhada ou quase incolor. Pode ter um cheiro mais activo que o anterior. |
| | Tipo de lóquios | Duração | Características | | | | | | | | | | |
| | Lóquios hemáticos | 1 a 4 dias após o parto. | Constituído por sangue e tecido da descídua. Tem uma coloração vermelha viva, sanguinolento. Pode ter cheiro mais activo. | | | | | | | | | | |
| | Lóquios serosos | 5 a 7 dias após o parto | Constituído por líquido seroso, tecido da descídua, leucócitos e eritrócitos. Pode ter uma coloração rosada ou acastanhada. É inodoro. | | | | | | | | | | |
| Lóquios esbranquiçados | 1 a 3 semanas após o parto | Constituído por leucócitos e células da descídua. Pode ter uma coloração esbranquiçada, acastanhada ou quase incolor. Pode ter um cheiro mais activo que o anterior. | | | | | | | | | | | |
| Figura 18. Tipos de lóquios | | | | | | | | | | | | | |
| Situação especiais ocorridas no GANF | A maioria das puérperas referiu estar com lóquios de características adequadas à sua idade puerperal, no entanto, verificaram-se 2 casos em que as mulheres referiram estar com lóquios esverdeados e com cheiro fétido. Ambas as situações foram contatos telefónicos pelo que foram aconselhadas a recorrer ao seu médico assistente para que fossem observadas, sendo que nos contatos posteriores confirmou-se que ambas as puérperas estavam medicadas com antibiótico. | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| Assunto | 3. Cuidados gerais ao RN (13% das utentes referiu ter dificuldades na prestação de cuidados gerais ao RN). | | | | | | | | | | | | |
| Problemas Identificados | Os aspetos que mais preocupavam as puérperas eram os cuidados relacionados com: <ul style="list-style-type: none"> a) banho do RN; b) cuidados ao coto umbilical; c) cuidados com a pele do RN; d) segurança com o transporte do RN em cadeira própria. | | | | | | | | | | | | |
| Cuidados e Educação para a Saúde Realizados | <p>a) Banho do RN: o banho é uma atividade que promove conforto e relaxamento ao RN mas gera, normalmente, um momento de ansiedade para os pais, daí ser importante a transmissão de informações que podem minimizar a sua insegurança (Oliva e Salgado, 2003). Os mesmos autores referem que o banho pode ser dado em dias alterados e, tendo em conta as características da pele do bebé, para evitar alterações da sua função de barreira, devem evitar-se o uso de sabonetes, sendo que quando utilizados devem ter pH neutro.</p> <p>Apesar de ser dada a recomendação de retração do prepúcio durante o banho, estudo realizados concluíram que 96% dos RNs têm fimose, que se resolve espontaneamente em cerca de 95% dos casos até aos 7 anos, sendo que no 1.º ano mantem fimose 50%, aos 2 anos apresentam fimose 20%, aos 3 anos 10% e aos 7 anos 5% (Duarte & Salgado, 2000). Os mesmos autores referem que o repuxamento do prepúcio está contraindicado devido às micro fissuras que pode provocar no anel prepucial, havendo posterior fibrose, com consequente fimose secundária.</p> <p>Como medidas preventivas de acidentes durante o banho a Associação para a Promoção da</p> | | | | | | | | | | | | |

| | |
|----------------------------------|---|
| | <p>Segurança Infantil (APSI) recomenda que sejam cumpridos fatores de segurança, assim, Menezes, Edanius e Cordeiro (2003) indicam os seguintes aspetos: a) nunca encher muito a banheira; b) abrir a torneira de água fria e depois completar com a água quente; c) nunca deixar o bebé em cadeiras de banho; d) utilizar um termómetro de água para prevenir as queimaduras por água quente.</p> <p>Após o banho deve ter o cuidado de secar bem a pele do bebé, com especial atenção às pregas cutâneas e às membranas interdigitais para evitar o aparecimento de pequenas fissuras, evitando assim o desconforto e dor que pode gerar (Beck, Ganges, Goldman & Long, 2004).</p> <p>b) Cuidados ao coto umbilical: as indicações dadas às puérperas acerca dos cuidados ao coto umbilical do RN respeitam a norma instituída no CHBA (ANEXO R), ou seja, a puérpera deveria manter o coto umbilical sempre seco e fora da fralda para evitar o contato com urina ou fezes. Era explicado a evolução normal de mumificação do coto umbilical, indicando a sua aparência (evolui de um aspeto esbranquiçado e gelatinoso para uma coloração acastanhada e seca). A utente era alertada para os sinais de infeção como sendo o aparecimento de conteúdo esverdeado ou purulento, com exsudato e com cheiro fétido – caso se verificassem estas características, deveria limpar o coto umbilical com álcool a 70%, mantendo os cuidados anteriormente referidos.</p> <p>c) Cuidados com a pele do bebé: a pele do RN apresenta características muito específicas, tendo 2 funções principais: função de relação (função psicossocial e órgão sensorial) e função de protecção (informação sensorial e imunitária; barreira – de dentro para fora (função termorreguladora, perdas invisíveis de água e manutenção do meio interno) e de fora para dentro (protecção contra traumatismos e absorção cutânea das substâncias aplicadas) (Macedo, Peixoto, Rodrigues & Guedes, 2004).</p> <p>A permeabilidade cutânea da pele do RN é muito elevada, principalmente nos seus primeiros 15 dias de vida, pelo que a absorção percutânea de cremes é elevada (Fernandes, Machado & Oliveira, 2011). Os mesmos autores referem que a pele pode ser facilmente agredida pelo contato com a fralda ou pelo uso de toalhetas de limpeza, devido à remoção de células, aumentando assim a permeabilidade da pele.</p> <p>Pelas características da pele do RN recomendávamos o uso de creme de pH neutro somente em casos que demonstrassem pele seca e/ou com rubor, alertando sempre para a observação de reacções de alergia.</p> <p>d) Segurança do RN em cadeira própria: Oliva e Salgado (2003) referem que o transporte do RN no ovo deve respeitar os seguintes aspetos: a) não colocar o ovo num lugar equipado com “airbag”; b) até aos 18 meses o ovo ou cadeira devem sempre ir virados para trás; c) os cintos devem estar bem ajustados, com 1 dedo de folga, sem ficar torcidos e sem colocar nenhuma manta por baixo do RN.</p> |
| <p>Situação especiais</p> | <p>A maioria das puérperas referiu mais dúvidas acerca dos cuidados à pele e ao coto umbilical.</p> <p>Nos contatos presenciais eram sempre observadas as condições de segurança em que se encontrava o bebé no ovo de transporte, sendo alertados para a importância de deslocar o</p> |

| | |
|--|--|
| ocorridas no GANF | RN no ovo sempre com os cintos colocados e bem ajustados. Foram referenciadas pelo SUP cerca de 3 situações de encaminhamento devido à má colocação dos cintos ou ausência deles – no GANF foram realizados e/ou reforçados os ensinamentos adequados à segurança no transporte do bebê. |
| Assunto | 4. Cólicas do RN (11% das utentes referiu ter dificuldades relacionada com as cólicas do RN). |
| Problemas identificados | Os aspetos mais apontados pelas puérperas em relação às cólicas foram: a) dificuldade em realizar as massagens de conforto e alívio da dor. |
| Cuidados e Educação para a Saúde Realizados | a) massagem abdominal: a cólica neonatal é uma intercorrência comum dos latentes nos primeiros 3 meses de vida (Saide, 1996). O mesmo autor refere que uma das formas de minorar o desconforto e dor causados pelas cólicas são as posições de conforto que o RN pode adoptar (decúbito ventral, posicionado em cima do antebraço) e realizar a massagem abdominal (no sentido dos ponteiros do relógio, pressionando ligeiramente). |
| Situação especiais ocorridas no GANF | Nos contactos realizados foram realizados os ensinamentos sobre a massagem abdominal e identificados os sinais de cólicas. A maioria das mulheres refere dificuldade em gerir o choro do RN e fazer a massagem abdominal simultaneamente, sendo que, tendencialmente, acabam por desistir e não concluir as manobras da massagem. |
| Assunto | 5. Evolução puerperal – desconforto perineal |
| Problemas identificados | 10% das mulheres referiram desconforto a nível da sutura e 1% referiu desconforto devido às hemorroidas. |
| Cuidados e Educação para a Saúde Realizados | Durante o período puerperal, a dor é um fator que perturba o exercício da maternidade na sua plenitude, pois influencia a realização de atividades do dia-a-dia, o auto-cuidado, a amamentação, os cuidados ao RN, interfere no sono, no apetite e nas necessidades de eliminação (Francisco, Oliveira, Santos & Silva, 2011). Os mesmos autores referem que reconhecendo a existência da dor é importante que o EESMO esteja desperto para promover a eliminação da dor através de tratamento medicamentoso (administração de analgesia que não interfira com a amamentação, aplicação de pomada específica para reduzir as hemorroidas) e não medicamentoso (aplicação de gelo no períneo). Sendo a sutura uma solução de continuidade há que ter os cuidados necessários para prevenir o aparecimento de infecção que segundo Vieira, Bachion, Salge e Murani (2010) são os seguintes: a) Os cuidados de higiene perineal permitem reduzir as probabilidades de infecção, visto que o períneo é um local úmido e de difícil cicatrização; b) Ensinar acerca dos cuidados de higiene perineal: 1) proceder à higiene perineal com água corrente e sabão com pH neutro após micção e dejeção e sempre que necessário; 2) secar muito bem o períneo após as lavagens recorrendo ao uso de toalhas turcas ou até mesmo o secador (com ar frio) de forma a assegurar que o local não fica úmido; 3) mudar frequentemente os absorventes perineais. |

| | |
|--|---|
| Situação especiais ocorridas no GANF | Nos contatos realizados não encontramos sinais de infecção relacionados com as suturas perineais. |
| Assunto | 6. Cuidados com as mamas e mamilos (cerca de 9% das mulheres indicaram problemas relacionados com as mamas e mamilos). |
| Problemas identificados | As mulheres que recorreram ao GANF identificaram as seguintes dificuldades: a) mamilos dolorosos, fissurados ou sangrantes; b) ingurgitamento mamário; c) ducto bloqueado. |
| Cuidados e Educação para a Saúde Realizados | <p>Segundo Lana (2001) e Galvão (2006) é fundamental realizar os ensinamentos relacionados com as vantagens da amamentação quer para o RN quer para a mulher bem como os riscos da alimentação artificial. Desta forma, uma mãe esclarecida toma conscientemente a decisão de como irá alimentar o seu filho (Ferrón, Martínez, Rubini, & Sánchez, 2003).</p> <p>a) mamilos dolorosos, fissurados ou sangrantes: Durante a amamentação os mamilos podem ficar dolorosos, fissurados ou sangrar e quando não são tratados devidamente podem levar a uma situação de mastite (Beck et al, 2004). Lana (2001) refere que os problemas relacionados com os mamilos são consequência do mau posicionamento do RN à mama e/ou da pega/apreensão do mamilo incorreto.</p> <p>Beck et al (2004), Lana (2001) e Lothrop (1997) referem que aquando na presença de mamilos dolorosos, fissurados ou sangrantes as intervenções a desenvolver são:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observar a posição e a pega do bebé – corpo do bebé virado para a mãe e alinhado (devem estar alinhados em linha reta a orelha, o ombro e a anca); 2. Informar a puérpera acerca dos sinais de boa pega: a) queixo do bebé toca na mama; b) a boca do bebé está bem aberta; c) o lábio inferior revirado para fora; d) aréola acima da boca visualiza-se mais do que a parte de baixo; 3. Informar a puérpera acerca dos vários posicionamentos que pode adotar para amamentar – deitada de lado, sentada, posição invertida ou em “bola de raguebi”, procurando aquela em que se sente mais confortável; 4. No caso de mamilos fissurados: a) ensinar a colocar o leite materno em todo o mamilo após o bebé mamar e deixar secar ao ar, repetindo a atitude várias vezes ao dia; b) deve evitar o uso de discos de algodão pois estes colam-se à superfície fissurada, dificultando assim a evolução cicatricial; c) colocar os mamilos à claridade solar, pois promove a cicatrização; 5. A dor dos mamilos está relacionada com a má pega por isso quando esta é corrigida o problema deve ficar solucionado. No caso a mulher sentir muita dor pode ser administrado 1 gr de paracetamol para melhorar o conforto. <p>No caso dos mamilos se apresentarem avermelhados e dolorosos em que a pega é aparentemente correta, pode suspeitar-se de uma situação de monilíase/candidíase (Beck et al, 2004).</p> <p>b) ingurgitamento mamário: segundo Pereira e Reis (1998) o ingurgitamento mamário é a retenção de leite na mama, ocorrendo geralmente nos 3-4 dias após o parto,</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>simultaneamente com a subida do leite. Beck et al (2004) faz a distinção entre mamas cheias e mamas ingurgitadas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mamas cheias: Quente, pesada, endurecida, o leite flui, não há febre; 2. Mamas ingurgitadas: Dolorosa, tensa (dura), mamilo apagado, com brilho (edema), eritema, o leite não flui, pode haver febre. <p>As intervenções a desenvolver no caso de ingurgitamento mamário são (Beck et al, 2004; Pereira & Reis, 1998; Lana, 2001):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicação de toalhas quentes nas mamas ou tomar banho e fazer a massagem com água quente nas mamas; 2. Antes de iniciar a mamada deve estimular o reflexo da ocitocina, aplicando calor (compressas ou chuveiro), massajar as mamas e estimular o mamilo, ajudar a mãe a relaxar; 3. Antes de colocar o bebé à mama deve retirar uma pequena quantidade de leite com a mão, que seja suficiente para “amolecer” a região areolar de forma a facilitar a pega do RN; 4. Depois de amamentar colocar toalhas frias pois ajudam a reduzir a dor e o edema que possa existir; 5. Amamentar frequentemente o bebé, em intervalos não superiores a 3 horas; 6. Se após a mamada a mama manter-se ainda tensa deve retirar manualmente (pois com bomba a estimulação para a produção de leite é maior) até que sinta conforto na mama. <p>Beck et al (2004) referem ainda que as puérperas devem ser informadas acerca dos seguintes cuidados:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Não usar soutiãs apertados; 2. Colocar folhas de repolho frias nas mamas (esta intervenção facilita o conforto da mama, bem como o seu amolecimento); 3. Em situação de dor, administrar 1 gr de paracetamol; 4. Informar acerca dos sinais de infecção – dor, vermelhidão, calor, edema na mama, febre e tremores. <p>c) ductos bloqueados: um ducto bloqueado verifica-se com a presença de um nódulo na mama (Beck et al, 2004). Os autores referem que as intervenções a realizar são:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Antes da mamada colocar sobre o nódulo uma toalha quente; 2. Antes da mamada, massajar gentilmente o local cujo ducto está bloqueado – mover a mão sobre a área na direção do mamilo; 3. Oferecer a mama cujo problema se identifica; 4. Incentivar o bebé a mamar mais tempo na mama em causa; 5. Se se verificar o canal bloqueado na face externa da mama, informar a mãe que pode adotar a posição de “bola de raguebi” para amamentar; 6. Não usar soutiã apertado. |
| | <p>Cerca de 5 utentes recorreram ao gabinete devido a problemas relacionados com o mamilos e com ingurgitamento mamário.</p> <p>Uma puérpera no 12.º dia de puerpério apresentava arrancamento parcial de ambos os</p> |

| | |
|--|--|
| Situação especiais ocorridas no GANF | <p>mamilos, provocado pela má pega do bebé à mama e posicionamento incorreto. No GANF foi observada a amamentação, implementadas medidas corretivas acerca dos procedimentos que estavam a ser realizados de forma prejudicial e informada acerca das medidas mais indicadas a adotar no domicílio, para dar continuidade ao tratamento. Esta utente recorreu mais 3 dias ao gabinete, para monitorizar a sua evolução, aferir e reforçando a informação dada, sendo que no final, verificamos a cicatrização bilateral das feridas e observamos a correta pega e posicionamento do bebé à mama.</p> <p>Outras situações que nos surgiram foram relacionadas com o ingurgitamento mamário – 3 mulheres combinaram contato presencial e 1 surgiu no gabinete sem qualquer contato prévio. Todas estas mulheres foram acompanhadas (2 pelos maridos, 1 pela mãe e 1 pela comadre) e, vantajosamente, foram transmitidas as medidas a adotar no domicílio e como o familiar de referência poderia ajudar a mulher. Aquando no gabinete em todas as mulheres foi aplicado o calor húmido e feito o esvaziamento mamário manual, observando-se efeito positivo no final das manobras.</p> <p>Estas puérperas foram encaminhadas para o CAM do CHBA, no entanto, todas elas preferiram continuar a recorrer ao GANF até que conseguissem controlar as alterações supracitadas.</p> |
| | |
| Assunto | 7. Planeamento familiar (cerca de 9% das mulheres referiram dúvidas). |
| Problemas identificados | As mulheres referiram dúvidas acerca do método anticoncepcional a utilizar durante o puerpério, nomeadamente durante da amamentação. |
| Cuidados e Educação para a Saúde Realizados | A ovulação no pós-parto ocorre ao 27.º dias nas mulheres que não amamentam, sendo o intervalo variável, podendo não ocorrer durante vários meses, nas puérperas que amamentam o RN em exclusivo com leite materno (Vieira, Brito & YaZille, 2008). Os mesmos autores referem que a duração da infertilidade provocada pela amamentação é imprevisível, pelo que a puérpera deverá ser sempre esclarecida sobre os vários métodos anticoncepcionais existentes (métodos não hormonais e hormonais) de forma a tomar uma decisão esclarecida e responsável. |
| Situação especiais ocorridas no GANF | Todas as mulheres que referiram este assunto referiram preferir o método hormonal como medida anticoncepcional. |
| | |
| Assunto | 8. Alimentação materna (7% das mulheres questionaram acerca dos cuidados a ter com sua alimentação) |
| Problemas identificados | As mulheres fizeram questões acerca do tipo de alimentos que poderiam ou não ingerir. |
| Cuidados e Educação para a Saúde Realizados | <p>Muitos são os mitos em torno dos alimentos que a puérpera deve ingerir para fazer aumentar a produção de leite, são crenças por vezes profundamente enraizadas no seio familiar/social que influenciam, em alguns casos, desfavoravelmente a produção do leite (Lana, 2001). É fundamental que os profissionais de saúde esclareçam que é importante uma alimentação variada e equilibrada, sem anular a ingesta de algum alimento, para que possam existir no leite materno todos os constituintes que são tão importantes para o crescimento e desenvolvimento do RN (Lothrop, 1997).</p> <p>Rigo e Neves (2008) referem que fazendo as crenças parte da cultura de cada mulher será</p> |

| | |
|--|--|
| | necessário avaliar que devem ser excluídas ou não pois, alguns mitos, mesmo que não interfiram positivamente não são maléficos para a saúde da mulher ou para o processo de lactogénese. |
| Situação especiais ocorridas no GANF | As questões relacionadas com a alimentação materna foram-nos sempre colocadas por telefone. |
| | |
| Assunto | 9. Choro do RN (cerca de 6% referiram o choro do RN como preocupação) e sono e repouso (3% manifestaram insatisfação em relação ao pouco tempo de sono do RN que dificulta o repouso da mulher). |
| Problemas identificados | Cerca de 11 mulheres referiram não saber lidar bem com o choro do bebé e 7 referiram as alterações de sono e repouso como fator de stress. |
| Cuidados e Educação para a Saúde Realizados | <p>O choro é socialmente associado a algo negativo, sendo por isso difícil uma recente mãe saber lidar com o choro do seu nascituro (Beck et al, 2004). As mesmas autoras reforçam que a função do profissional de saúde é ajudar a mulher a compreender que o choro é uma das formas que o RN tem para se manifestar e ajudá-la a arranjar estratégias para acalmar o bebé através da percepção/eliminação da causa, como sendo fome, dor, fralda suja, desconforto posicional, necessidade de carinho.</p> <p>Em relação ao sono e repouso Beck et al (2004) referem que os RNs dormem grande parte do tempo entre as mamadas, acordando de 2 a 3 horas para mamar, seja de dia ou noite e, por isso recomendam que a mãe descanse quando o bebé estiver a dormir, pois no primeiro mês os cuidados alimentares com o RN condicionam o seu sono e repouso.</p> |
| Situação especiais ocorridas no GANF | Estas preocupações foram manifestadas nos contatos telefónicos. |
| | |
| Assunto | 10. Extração e armazenamento de leite materno (cerca de 4% das mulheres questionaram acerca do procedimento a realizar aquando no armazenamento de leite materno) |
| Problemas identificados | Ausência de conhecimentos acerca do armazenamento de leite materno. |
| Cuidados e Educação para a Saúde Realizados | <p>Beck et al (2004), Lana (2001) e Lothrop (1997) indicam alguns cuidados relacionados com o transporte e recipiente que contem o leite materno, como se deve conservá-lo e como descongelá-lo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Em relação à extracção de leite esta pode ser realizada manualmente ou através de uma bomba eléctrica. 2. Se o leite for submetido a transporte deve obedecer a algumas especificidades: a) Usar um saco térmico para evitar grande oscilação de temperatura, b) Usar gelo para manter ambiente o mais frio possível; c) Proteger o recipiente do leite do contacto directo com o gelo. 3. O recipiente que contem o leite deve estar bem limpo. 4. Antes de conservar o leite deve-se identificar o recipiente com a data e a hora da recolha, para controlar a validade do leite materno. 5. A validade do leite materno varia consoante o congelador (ANEXO S). 6. Cuidados com o descongelamento do leite: a) descongelar lentamente, deixando o leite no frigorífico, b) agitar o recipiente com o leite, em água quente ou em |

| | |
|---|---|
| | “banho maria”; c) não usar o microondas, pois este destrói as propriedades do leite materno; d) depois de descongelado deve ser consumido nas 24 horas, mantendo-se no frigorífico; e) não se deve voltar a congelar o leite que já esteve congelado. |
| Situação especiais ocorridas no GANF | As mulheres que referiram este assunto fizeram as questões no contato telefónico. |

Figura 19. Cuidados e educação para a saúde realizados consoante o problema identificado

Destas intervenções resultaram alguns encaminhamentos para outros serviços de especialização, consoante as necessidades apresentadas pelas puérperas.

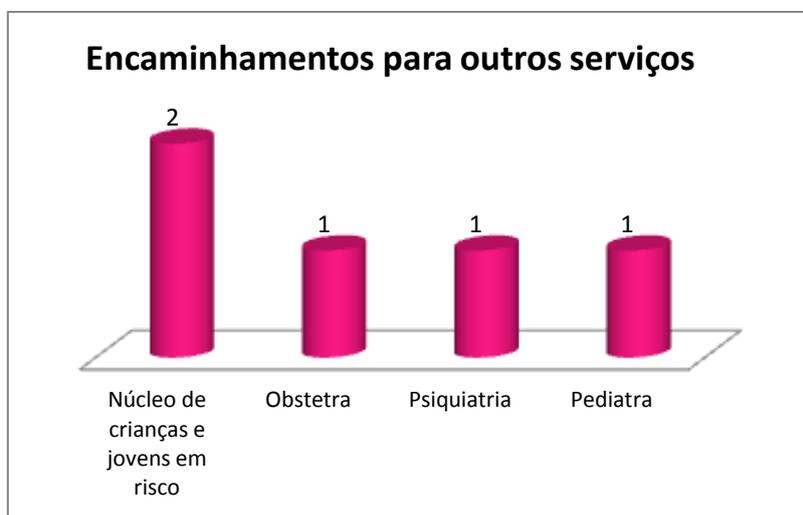


Figura 20. Distribuição dos encaminhamentos realizados para outros serviços

No total foram realizados 4 encaminhamentos sendo que 2 foram para a assistente social (elo de ligação com o núcleo de crianças e jovens em risco), 1 para o obstetra, 1 para a psiquiatria e 1 RN para o pediatra.

No que diz respeito à opinião das puérperas em relação às dificuldades sentidas durante o 1.º mês verificamos que divergiram daquelas que foram identificadas no primeiro contato.



Figura 21. Problemas apontados pelas puérperas que mais dificuldades impuseram durante o puerpério

Quando pedimos para as puérperas indicarem qual foi a dificuldade mais sentida no 1.º mês verificamos que a dor na região perineal e os cuidados aos RN foram as maiores preocupações verbalizadas pelas puérperas. Verificamos também que foram indicados novos assuntos como sendo a dificuldade relacionada com a recuperação pós-cesariana, gestão do tempo em relação aos filhos mais velhos e a adaptação ao novo membro da família.

5.2. METODOLOGIAS

Para que a aprendizagem ocorra é fundamental existir uma metodologia, através da qual as técnicas utilizadas no processo formativo permitam ao formando aprender e compreender a informação transmitida pelo formador (Castro, 2006). A mesma autora refere que a escolha do tipo de metodologia assenta nos objetivos que se pretende atingir com a população, ou seja, se pretende atingir objetivos no domínio cognitivo (saber-saber), objetivos com predomínio motor (saber-fazer) ou objetivos no domínio comportamental-afetivo (saber-ser). Para melhor compreensão da metodologia utilizada subdividimos este momento em duas partes: a) aplicado aos profissionais; b) aplicado às utentes.

5.2.1. Metodologia Aplicada Aos Profissionais

Na comunicação com os profissionais de saúde aplicamos o método expositivo aquando na explicação do conceito do GANF bem como na informação de como preencher as *Fichas de Encaminhamento* incluídas na “caixa GANF”. Esta metodologia foi utilizada aquando nas reuniões realizadas com a enfermeira diretora do CHBA, com as enfermeiras chefes dos serviços que se articulavam com o gabinete, com a coordenadora da UCF-ACES do Barlavento Algarvio e nas conversas informais com os vários elementos que constituíam as equipas de enfermagem.

Os materiais de apoio ao método expositivo utilizados foram a “*Caixa GANF*”, o *Boletim Informativo*, as *Fichas de Encaminhamento*, o *Folheto Informativo* e os *Cartões de visita Menino/Menina*.

Foi escolhido o método expositivo que, pelas suas características, permite atingir os objetivos planeados no projeto. Segundo Castro (2006) o método expositivo tem como objetivos:

- a) promover a aquisição e compreensão de conceitos;
- b) divulgar a informação;
- c) motivar a população-alvo para o tema;
- d) fornecer as indicações para a realização das atividades propostas.

5.2.2. Metodologia Aplicada Às Puérperas

A metodologia aplicada às puérperas variou consoante se tratasse de um contato telefónico ou presencial.

| Contato telefónico | Contato presencial |
|---|--|
| <p><i>Método interrogativo</i> – aquando no preenchimento da <i>Ficha da Família</i> ou da <i>Ficha de Seguimento da Família</i> eram realizadas questões que seguiam a linha orientadora das fichas.</p> <p><i>Método Expositivo</i> – aquando no esclarecimento de dúvidas.</p> | <p><i>Método expositivo</i> – aquando no esclarecimento de dúvidas relatadas pelas puérperas ou familiar que as acompanhasse.</p> <p><i>Método interrogativo</i> – aquando no preenchimento das fichas utilizadas no gabinete e aquando no esclarecimento e compreensão das dúvidas das utentes.</p> |

| | |
|--|---|
| | <i>Método demonstrativo</i> – aquando no esclarecimento de dúvidas onde se pudesse exemplificar a situação (exemplos: massagem abdominal para alívio das cólicas; correção da pega do RN à mama). |
|--|---|

Figura 22. Metodologias utilizadas aquando nos contatos realizados com a população-alvo

O método expositivo foi aplicado pelas mesmas razões anteriormente referidas, sendo também aplicado o método interrogativo e o demonstrativo. O método interrogativo é um método útil para verificar e compreender a situação em causa e para confirmar a aquisição de conhecimentos e é normalmente utilizado em simultâneo com outras metodologias, sendo um método complementar e não isolado (Castro, 2006). O método interrogativo foi primordialmente aplicado através de uma entrevista informal aquando no preenchimento da *Ficha da Família*. A mesma autora refere que o método demonstrativo permite ao formador transmitir o conhecimento cognitivo (saber-saber) e o conhecimento motor (saber-fazer), ou seja, permite à população-alvo executar em tempo real os conhecimentos adquiridos.

Foi utilizado um instrumento para conhecer a opinião das puérperas no último contato realizado: a) dificuldades mais sentidas no 1.º mês de puerpério; b) qual a pessoa de referência que mais apoio a puérpera nesse período; c) qual o grau de satisfação em relação aos cuidados prestados no GANF; d) quais as sugestões de melhoria para o GANF. De certa forma, pretendíamos conhecer quais são, independentemente da paridade, da cultura, da idade, as dúvidas e anseios que mais afetam as novas mães nesta fase, onde as alterações humorais são uma constante e o sentimento de insegurança é elevado (Centa, Oberhofer & Chammas 2002).

5.3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS

Para atingir os objetivos propostos foi necessário implementar determinadas estratégias, como se pode observar no quadro seguinte:

| FASE PRÉ-IMPLEMENTAÇÃO | |
|------------------------|---|
| Objetivo 1 | Obter parecer favorável para a aplicação do projeto no CHBA. |
| | Para obter a aprovação para a implementação do projeto de intervenção foi necessário realizar |

| | |
|--------------------------|---|
| Estratégias | <p>as seguintes atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • reuniões formais com as seguintes entidades: enfermeira diretora do CHBA, enfermeira chefe do bloco de partos, enfermeira chefe do serviço de pediatria, enfermeira chefe do SO. • o pedido formal escrito ao conselho de administração do CHBA. |
| Análise Reflexiva | <p>As estratégias utilizadas para atingir o objetivo tiveram o efeito desejado, pois a implementação do projeto foi autorizada.</p> <p>Pensamos terem sido importantes as reuniões formais com os chefes dos serviços e com a enfermeira diretora, pois deu oportunidade de explicar, pessoalmente, de que se tratava o projeto, ganhando assim o envolvimento das chefias.</p> |
| Objetivo 2 | Adquirir conhecimentos relacionados com o tema do projeto. |
| Estratégias | <p>Para consolidar e adquirir novos conhecimentos foi realizada pesquisa bibliográfica relacionada com o tema através de livros, artigos científicos e trabalhos académicos, acerca dos vários assuntos relacionados com o puerpério, nomeadamente: a) evolução puerperal (coloração da pele e mucosas, involução uterina, evolução dos lóquios, cuidados com a rafia perineal e hemorroidas); b) cuidados com as mamas e mamilos (problemas relacionados e forma de os ultrapassar, tais como, ingurgitamento mamário, mastites, abscesso mamário, fissuras dos mamilos); c) aleitamento materno (horário de amamentar, extração manual e elétrica de leite materno, armazenamento e acondicionamento de leite materno); d) cuidados gerais ao RN (banho do RN, cuidados com a pele, cuidados com o coto umbilical, cuidados de segurança no transporte do RN, sono e repouso); e) importância de uma referência familiar que permite à mulher aumentar/melhorar a sua auto-confiança.</p> |
| Análise Reflexiva | <p>A pesquisa efetuada foi fundamental para melhorar o projeto na sua fase de implementação.</p> <p>Permitiu também que nos sentíssemos mais seguras aquando na educação para a saúde realizada e nos cuidados prestados às puérperas que recorreram ao GANF.</p> |
| Objetivo 3 | Obter a colaboração dos profissionais de saúde para encaminhamento das situações de risco. |
| Estratégias | <p>Foi realizada a divulgação dos objetivos e forma de funcionamento do GANF aos enfermeiros que trabalham nos serviços que se articulam com o gabinete.</p> <p>Antes do início do funcionamento do GANF foram realizadas reuniões com os chefes dos vários serviços e distribuída a “Caixa GANF”. O conteúdo desta caixa de arquivo foi elemento facilitador para a compreensão do projeto e motivação dos profissionais.</p> <p>O facto do “Boletim Informativo” ficar exposto num local de fácil acesso à equipa também permitiu a divulgação do gabinete.</p> <p>As <i>Fichas de Encaminhamento</i> eram recolhidas nos dias de funcionamento do GANF, antes da sua abertura - o contato com os profissionais nesse momento permitia esclarecer dúvidas existentes e verificar o nível de motivação das equipas.</p> |
| Análise Reflexiva | <p>Foi indispensável a inclusão dos profissionais neste projeto, sendo notório o número de encaminhamentos realizados ao longo dos meses em que o GANF esteve aberto – 54 encaminhamentos, sendo que 36 surgiram do SO, 10 do SUP e 4 do serviço de neonatologia.</p> <p>Aquando a recolha das fichas de encaminhamento verificamos que os diferentes elementos com que contactava conheciam o projeto.</p> |

| | |
|--------------------------|---|
| Objetivo 4 | Divulgar o GANF à população-alvo. |
| Estratégias | <p>Cerca de um mês antes da abertura do GANF foram implementadas as seguintes medidas:</p> <p>1 – Para publicitar o gabinete pedimos a colaboração do gabinete de imagem do CHBA, para divulgar o GANF na página da intranet do hospital (ANEXO H), assim, foi enviado o <i>Folheto Informativo</i> e informação acerca do conceito do gabinete, bem como os horários e dias de funcionamento para serem publicitados na página web. Com esta medida conseguimos dar a conhecer o gabinete a todos os profissionais que trabalhavam na instituição.</p> <p>2 – O <i>Folheto Informativo</i> foi colocado nos vários serviços, com fácil acesso à população. Ao SO foi pedido aos enfermeiros que entregassem o folheto a todas as mães no dia da alta. Nos restantes serviços pediu-se que fosse entregue o impresso às mulheres que necessitassem de encaminhamento (desde que cumprissem as características da população-alvo - estivessem no primeiro mês após o parto).</p> <p>3 – Os cartões de visita “<i>Menino/Menina</i>” foram também colocados ao dispor da população nos vários serviços. Foi pedido aos enfermeiros do SO que agrafassem o mesmo na contracapa do boletim individual de saúde do bebé, no dia da alta. Nos restantes serviços os cartões seriam entregues às mulheres que necessitassem de encaminhamento.</p> <p>4 – Foi afixado na porta do gabinete um “<i>Boletim Informativo</i>”, permitindo assim que qualquer utente que se dirigisse a este local tomasse conhecimento da sua existência.</p> <p>5 – Foi realizada uma reunião com dois dos elementos responsáveis pelo Curso de Preparação para o Parto, no sentido de se puder divulgar o GANF às grávidas que frequentassem as sessões de preparação para o parto.</p> <p>6 – Foi realizada uma sessão de sensibilização à população no Centro Comercial AQUA em Portimão (ANEXO I).</p> <p>7 – Foi realizada uma palestra no auditório do CHBA (ANEXO J).</p> <p>8 – Foi realizada uma gravação na rádio no âmbito das comemorações da semana do EESMO/Parteira, alusivo ao GANF (ANEXO J).</p> |
| Análise Reflexiva | Aquando no primeiro dia de abertura do GANF já existiam encaminhamentos feitos pelos serviços de articulação, pelo que pensamos que a publicidade realizada tenha surtido o efeito desejado. |
| Objetivo 5 | Elaborar a documentação a utilizar no GANF. |
| | <p>Para evitar a perda de informação e para melhorar a comunicação entre os vários serviços e o gabinete foram elaborados os seguintes documentos:</p> <p>1 – <i>Ficha de encaminhamento</i>: utilizada para encaminhar os casos para o GANF (ANEXO E).</p> <p>2 – <i>Ficha da Família</i>: este documento era preenchido no primeiro contato realizado com a família, tentando sempre obter a maior informação possível (se a utente não demonstrasse disponibilidade, a ficha seria completada nos seguintes contatos). Sendo a ficha da família definiu-se que, por uma questão organizacional, o primeiro nome a identificar a ficha seria o último nome do bebé (o nome de família), seguindo-se os outros nomes (exemplo: Eira, Alexandre Miguel da Silva). Era sempre confirmado qual o número de telefone a contactar, para assegurar os contatos seguintes. No canto superior direito estava identificado o número da ficha, por uma questão prática de identificação na “<i>Agenda Mensal</i>” (mais à frente iremos</p> |

| | |
|---------------------------------|---|
| <p>Estratégias</p> | <p>explicar do que se trata). Foi contemplado um espaço para o registo do número de atendimentos por uma questão estatística, ou seja, esta informação permitia conhecer rapidamente quantos contatos tinham sido realizados à família em questão. A ficha da família estava dividida em três partes: informação relacionada com a puérpera, informação relacionada com o RN e informação relacionada com os problemas identificados pelas equipas dos vários serviços. Assim, na primeira parte, o documento contempla: a) os dados da mãe (nome, idade, área de residência, antecedentes pessoais e familiares, o número de gestações, a paridade, o tipo de parto e as intercorrências durante o internamento); a evolução puerperal (data do parto/idade puerperal no primeiro contato, aspeto da pele e mucosas, mamas e mamilos, involução uterina e lóquios, membros inferiores e observações gerais); c) amamentação (espaço dedicado à identificação de problemas relacionados com a amamentação); d) apoio familiar (permitia-nos verificar se a puérpera tinha apoio no domicílio nos primeiros dias do pós-parto, sendo que identificava o familiar de referência e o número de filhos anteriores e suas idades). Na informação relacionada com o RN temos os seguintes itens: a) dados do RN (nome, idade, peso ao nascer, peso atual, intercorrências durante o internamento, tipo de alimentação (aleitamento materno exclusivo, leite artificial, leite materno e artificial) e observações gerais). Na terceira parte da ficha estavam descritos: a) qual o motivo do encaminhamento; b) quais os problemas/preocupações verbalizadas pela família; c) quais os ensinamentos realizados/plano negociado com a família; d) de forma a garantir a continuidade do seguimento da família, no final era feita referência à programação de novo contato e se este seria presencial ou telefónico, era também indicada a data do novo contato (ANEXO L).</p> <p>3 – Foi elaborada a <i>Ficha de Seguimento da Família</i>: este documento servia para registar a atualização da informação dos contatos seguintes, sendo arquivado junto à <i>Ficha da Família</i> (ANEXO M).</p> <p>4 – <i>Agenda Mensal</i>: na agenda mensal constavam os dias de funcionamento do GANF no mês em causa, onde eram registados os números das fichas a contactar/dia (ANEXO N).</p> <p>5 – Foram elaborados os documentos que serviram para divulgar o gabinete (Boletim Informativo, Folhetos, Cartões de visita “Menino/Menina”).</p> <p>6 – Foi preparada uma sessão de esclarecimento/informação para a nova família a ser realizada em dias específicos (ANEXO O).</p> <p>7 – <i>Ficha de Encaminhamento</i> para o CCBEPSB (ANEXO P). Neste documento era fornecida a seguinte informação: nome da puérpera, nome do bebé, data de nascimento, tipo de parto e contato telefónico.</p> |
| <p>Análise Reflexiva</p> | <p>Durante o funcionamento do GANF foi importante a existência de documentos organizados, pois estes serviram de mediatrix, evitando erros não só para com a população-alvo mas também com os serviços com que se articulou.</p> <p>A <i>Ficha de Encaminhamento</i> foi um documento bastante útil, que facilitou a comunicação entre o gabinete e as equipas.</p> <p>O <i>Boletim Informativo, os Folhetos e os Cartões de Visita “Menino/Menina”</i> foram documentos que permitiram divulgar o gabinete, obtendo assim uma população-alvo de 42 famílias.</p> <p>A forma como se encontrava organizada a <i>Ficha da Família</i> e a <i>Ficha de Seguimento da Família</i>, permitiu compilar informação importante, facilitando a continuidade dos</p> |

| | |
|------------------------------|--|
| | <p>cuidados/ensinos às utentes nos contatos seguintes.</p> <p>A <i>Agenda Mensal</i> permitiu-nos evitar esquecimentos em relação aos contatos que tinham sido combinados com as famílias, evitando falhas, aumentando assim o nível de confiança que as famílias foram tendo no gabinete.</p> <p>A <i>Ficha de Encaminhamento</i> para o CCBEPSB facilitou a comunicação com a equipa responsável pelo mesmo.</p> <p>A sessão de esclarecimento/informação à nova família, apesar de não ter sido realizada (mais à frente iremos justificar o porquê) permitiu-nos investir mais uma vez na busca de informação, documentando os temas relacionados com a sessão.</p> <p>Concluimos que o facto de existir uma organização prévia de documentos facilitou o bom funcionamento do GANF.</p> |
| Objetivo 6 | Articular o gabinete com os vários serviços. |
| Estratégias | <p>Para facilitar a comunicação entre o GANF e os serviços foi concebida uma caixa arquivo que denominamos “<i>Caixa GANF</i>” que foi distribuída pelos vários locais e continham as <i>fichas de encaminhamento</i>, os <i>folhetos</i> e os <i>cartões de visita “Menino/Menina”</i> e também as <i>fichas de encaminhamento</i> preenchidas.</p> <p>Os vários serviços foram também informados que poderiam utilizar a linha telefónica do gabinete ou o seu email para encaminhar as famílias.</p> |
| Análise Reflexiva | A <i>Caixa GANF</i> foi uma boa estratégia para facilitar a comunicação entre os serviços, visto que foi o método mais utilizado para fazer o encaminhamento das famílias. Embora as equipas tivessem possibilidade de utilizar o email ou a linha telefónica do GANF, optaram sempre por utilizar a <i>ficha de encaminhamento</i> . |
| Objetivo 7 | Elaborar um instrumento para ser aplicado à puérpera para conhecer a sua opinião acerca de 4 questões. |
| Estratégias | Para conhecer a satisfação das famílias em relação ao GANF foi elaborado um questionário para ser aplicado à puérpera no último dia de contato, onde se identificou quais as maiores dificuldades sentidas pelo casal no primeiro mês pós-parto, qual a pessoa de referência que mais apoiou a puérpera, qual o grau de satisfação em relação ao GANF e quais as sugestões realizadas (ANEXO T). |
| Análise Reflexiva | A aplicação deste questionário possibilitou-nos conhecer a opinião da população-alvo em relação aos ensinos/cuidados prestados no gabinete, sendo que as suas sugestões foram consideradas importantes, uma vez que a partir delas poderemos sempre melhorar a forma de trabalhar. |
| FASE DE IMPLEMENTAÇÃO | |
| Objetivo 1 | Prestar cuidados individualizados e personalizados a cada utente/família que recorresse ao GANF. |
| | <p>Para fazer cumprir este objetivo tivemos em consideração os seguintes aspetos:</p> <p>a) Não reunir no gabinete mais de uma utente/família, ou seja, caso existissem dois atendimentos em simultâneo, uma das utentes aguardaria fora da sala (junto à porta encontram-se dois sofás);</p> |

| | |
|--------------------------|---|
| Estratégias | b) Não realizar um atendimento telefónico e presencial (duas utentes diferentes) em simultâneo; c) Identificar quais os motivos de recorrência ao GANF e realizar os cuidados/educação para a saúde dirigida aos mesmos; d) Avaliar a necessidade de novo contato (presencial ou telefónico), questionando sempre a utente/família a sua pretensão em relação a um novo contato. |
| Análise Reflexiva | O ambiente tranquilo e acolhedor do gabinete em muito facilitou a existência de um clima de empatia e confiança entre o profissional e a utente, sendo que o atendimento individualizado e personalizado transmitia à pessoa disponibilidade e atenção por parte do profissional. Pela avaliação positiva (serão indicados os resultados do instrumento utilizado para conhecer o grau de satisfação das utentes mais à frente, no ponto 6.1. Avaliação dos objetivos) dos utentes podemos concluir que o objetivo foi cumprido. |

Figura 23. Análise reflexiva sobre as estratégias acionadas para a concretização de cada objetivo

5.4. RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS

Para a implementação do projeto foram fundamentais a existência de recursos materiais e a colaboração dos recursos humanos. Nunes (2008) define recursos humanos como sendo as pessoas que colaboram com o projeto, incluindo as suas qualificações e, fazendo parte dos recursos materiais todos os equipamento e utensílios utilizados no gabinete, o local do seu funcionamento, os meios tecnológicos e de comunicação utilizados. Assim, através do quadro seguinte, podemos observar os recursos materiais e humanos utilizados em favor do GANF.

| Recursos materiais | Recursos Humanos |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Folheto de informação; • Boletim informativo; • Cartões de visita Menino/Menina; • Caixa GANF; • Ficha da família; • Ficha de seguimento da família; • Ficha de encaminhamento para o GANF; • Ficha de encaminhamento para o Curso “Conforto, bem-estar e promoção da saúde do bebé”; • Agenda mensal; • Ficha de opinião das famílias; • Dossier de arquivo das fichas de família, fichas de | <ul style="list-style-type: none"> • Discente do Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia; • Enfermeiras preceptoras da discente; • Enfermeira chefe do CHBA; • Enfermeiros chefes dos vários serviços; • Enfermeiros especialistas e generalistas que faziam parte dos vários serviços que se articularam com o GANF; • Pediatra do Hospital de dia; • Obstetra do Bloco de partos; • Assistente social; • Enfermeira coordenadora da UCF-ACES CHBA; |

| | |
|--|---|
| <p>seguimento e fichas de encaminhamento;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protocolos de atuação em enfermagem no SO; • Computador para consultar a email do GANF e realizar os registos nas diversas fichas do GANF; • Telefone para contatar as puérperas e receber os contatos externos; • 2 Cadeiras – 1 para o profissional e 1 para o acompanhante da utente; • Secretária; • Papel; • Canetas; • Cadeirão para a puérpera; • Bomba de extração de leite materno; • Almofada de amamentação; • Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20, utilizado para tratamento estatístico dos dados recolhidos nas fichas da família e do instrumento de conhecimento de opinião das puérperas. | <ul style="list-style-type: none"> • Técnica responsável pelo gabinete de imagem; • Técnico de informática. |
|--|---|

Figura 24. Recursos materiais e humanos

Os recursos materiais e humanos excederam aqueles que foram planeados na fase do projeto, no entanto, todos eles demonstraram ser determinantes para o bom funcionamento do gabinete.

5.5. CONTATOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS

Em Novembro de 2011 foi realizada uma reunião formal com a Enfermeira diretora do CHBA, para apresentação do projeto e feito posterior pedido escrito de autorização para a sua implementação no hospital referido.

Em Fevereiro de 2012 foram realizados os seguintes contactos:

- a) reuniões formais com as Enfermeiras chefes dos serviços do BP, SO, SUP, hospital de dia de pediatria, serviço de pediatria, serviço de neonatologia e consulta externa de obstetrícia;

- b) foi contactada a técnica responsável pelo gabinete de imagem do CHBA para que se procedesse à elaboração da página da intranet para divulgar o projeto junto à comunidade interna do hospital;
- c) contactado o técnico de informática para se realizar o email do GANF;
- d) foi realizada uma reunião com a enfermeira responsável pela preparação para o parto para informar acerca do projeto e pedir a sua colaboração na divulgação do mesmo junto às grávidas e seus companheiros.

Em Março as atividades desenvolvidas foram:

- a) aquando na distribuição das *Caixas GANF* foram realizados contatos com os enfermeiros chefes e os elementos que integravam as equipas nesse dia;
- b) contactada a assistente social;
- c) foi apresentado o projeto à enfermeira coordenadora da UCF-ACES do barlavento, através da reunião mensal que é realizada no hospital;
- d) foi divulgado o gabinete junto dos diretores de serviço da pediatria e de obstetrícia.

Em Abril foi realizada uma visita à Rádio Alvor para realizar a gravação acerca do conceito do GANF.

5.6. ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL

Não se verificaram custos para a população-alvo que constituiu o grupo do projeto. Para a instituição os custos que se verificaram foram inerentes aos telefonemas realizados e a luz consumida pelo computador e pela bomba elétrica extratora de leite.

Os maiores custos foram inerentes à impressão de todos os documentos utilizados no gabinete e foram por nós suportados. Mensalmente foram impressos cerca de 170 *folhetos informativos* coloridos (40 para o SO, 15 para o SUP, 10 para o serviço de neonatologia, cinco para o hospital de dia de pediatria, 50 para divulgação na sessão de sensibilização à população realizada no centro comercial AQUA e 50 para a palestra realizada no CHBA), três *boletins informativos* coloridos, 70 *cartões de visita Menino/Menina* coloridos (40 para o SO, 10 para SUP, 10 para o serviço de neonatologia e 10 para o hospital de dia de pediatria – metade de menino e a outra metade de menina), foram impressas cerca de 300 folhas com as fichas da família,

fichas de seguimento da família, fichas de encaminhamento, agenda mensal, ficha de encaminhamento para o CCBEPSB.

5.7. CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA

Para melhor visualização por parte do leitor, encontra-se em anexo a esquematização do cronograma (ANEXO U).

De uma forma geral os objetivos que nos propusemos a atingir foram cumpridos consoante o tempo estipulado no cronograma já identificado. No entanto, foi feito o adiamento da entrega das *Caixas GANF* para uma data mais próxima do dia de início do gabinete, sendo este adiamento propositado pois, no momento avaliamos que quanto mais próximo do 1.º dia de funcionamento do gabinete mais efetivo seria o seu uso – este objetivo estava programado para ocorrer em Fevereiro mas foi cumprido em Março.

Dos objetivos traçados não foi cumprida a realização do Workshop dirigido ao casal e família alargada. Embora tenha sido preparada toda a sessão de esclarecimento sobre os mitos e crenças em torno do puerpério dirigida à puérpera/casal e família alargada (ANEXO O), não compareceu nenhuma utente e, por este motivo, a realização desta atividade foi anulada.

6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

Todas as atividades desenvolvidas são objeto de avaliação, sujeitas a comparações, ou para tirar conclusões ou para tomar decisões acerca do rumo a seguir (Barbosa, 2008).

“A avaliação atravessa o ato de planejar e de executar; por isso, contribui em todo o percurso da ação planificada. A avaliação se faz presente não só na identificação da perspectiva político social, como também na seleção de meios alternativos e na execução do projeto, tendo em vista a sua construção. (...) A avaliação é uma ferramenta da qual o ser humano não se livra. Ela faz parte de seu modo de agir e, por isso, é necessário que seja usada da melhor forma possível” (Luckesi, 2002, p.118).

Os objetivos traçados tinham um caráter orientador e organizacional, tendo permitido implementar o gabinete no CHBA e fazê-lo funcionar sem intercorrências negativas.

6.1. AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS

Tendo em conta os objetivos traçados iremos enumerá-los e avaliar a sua concretização e pertinência. Desta forma subdividimos este momento em 2 fases: a) fase de pré-implementação; b) fase de intervenção.

6.1.1. Fase De Pré-Implementação

Numa apreciação geral podemos começar por referir que todos os objetivos desta fase foram atingidos na sua plenitude.

Em relação ao 1.º objetivo – *Obter parecer favorável para a aplicação do projeto no CHBA* – podemos comprovar a sua concretização, pelo funcionamento do GANF. Todos os profissionais contactados, nomeadamente a enfermeira diretora, enfermeiras chefes do BP e do serviço de pediatria demonstraram verbalmente o seu interesse no projeto e, apesar de não estar planeado no projeto foi incluída a enfermeira chefe do SO, pois a maioria da amostra seria proveniente deste serviço. A enfermeira

coordenadora da UCF-ACES do barlavento não foi contactada nesta fase, pois dela não dependia a sua aprovação para implementar o projeto na instituição em causa. Após apresentação às entidades supracitadas foi então elaborado um pedido para que se autorizasse o projeto.

Quanto ao 2.º objetivo – *adquirir conhecimentos relacionados com o tema do projeto* – referimos que a vantagem deste, evidenciou-se durante o funcionamento do gabinete, aquando nos contatos com as famílias. As pesquisas realizadas ao longo do percurso académico e desde o início da concepção do projeto, permitiram enriquecer os conhecimentos relacionados com a evolução puerperal a nível bio-psico-social, com os cuidados ao RN e sua adaptação ao meio que o rodeia e com a inclusão dos irmãos e da família alargada que, segundo Maldonado (2002), mediante o novo “inquilino” terá de se moldar e readaptar, o que pode gerar uma crise familiar. Foram então realizadas pesquisas bibliográficas em fontes teóricas através de livros, artigos científicos e trabalhos académicos, sendo que as pesquisas realizadas serviram não só para a prestação direta dos cuidados como também para a elaboração prévia de toda a documentação utilizada no GANF.

Em relação ao 3.º objetivo – *obter a colaboração dos profissionais de saúde para encaminhamento das situações de risco*: muito embora não tenhamos seguido as estratégias delimitadas no projeto consideramos, pelo número de encaminhamentos realizados para o GANF (54 encaminhamentos), este objetivo atingido. Tínhamos planeado uma sessão de formação para as equipas que viriam a colaborar no projeto, no entanto, não foi exequível, pois teria de haver disponibilidade dos vários elementos em simultâneo – optamos então por contactar primeiramente com os chefes dos serviços, pedindo-lhes que transmitissem o projeto à sua equipa, sendo feitos contatos posteriores (aquando na recolha das *Fichas de Encaminhamento para o GANF*) com os vários profissionais que se encontravam a trabalhar. O *Boletim Informativo* pareceu-nos ter sido bastante útil pois, sucintamente, esclarecia algumas dúvidas que pudessem surgir nas equipas.

Todas as estratégias planeadas para atingir o 4.º objetivo foram realizadas – *Divulgar o GANF à população alvo*. A divulgação do gabinete na página web do hospital foi permitida pelo Conselho Administrativo somente na intranet da instituição pois, tratando-se de um projeto académico e com prazo delimitado, apresentá-lo externamente à comunidade para depois encerrá-lo não daria a credibilidade que este

projeto merecia. Ficou definido então, consoante os resultados apresentados após a implementação do projeto, seria analisado se a sua continuidade será pertinente ou não.

No que diz respeito à divulgação junto às puérperas podemos concluir que estas tinham conhecimento acerca da existência do gabinete, pois o *Folheto Informativo* elaborado foi distribuído a todas as puérperas que foram internadas no SO e às que foram encaminhadas pelos outros serviços de articulação, no período de funcionamento do gabinete. Apesar de não terem sido projetados, para além deste impresso era também agrafado no boletim de saúde individual do RN, o *Cartão de Visita Menino/Menina*, para que as mulheres tivessem facilmente acesso aos contatos do gabinete sendo também afixado na porta do gabinete um *Boletim Informativo* identificando então o local, os horários e dias de funcionamento do GANF. Aquando nos primeiros contatos telefónicos, as puérperas reconheciam o gabinete e na sua maioria, a receptividade do telefonema era positiva.

Em relação ao feed-back dos serviços de neonatologia e SUP, estes referiam que quando informavam as puérperas acerca do encaminhamento para o GANF algumas reconheciam a sua existência. No que diz respeito às mulheres que fizeram preparação para o parto no CHBA, não tivemos conhecimento do efeito produzido da divulgação durante os cursos.

Divulgação não planeada e inesperada foi a que surgiu através das seguintes atividades desenvolvidas no âmbito das comemorações do Dia Internacional do EESMO/Parteira (situação proposta pela enfermeira chefe do BP e aprovado pelo Conselho de Administração do hospital): gravações na Rádio Alvor, sessão de sensibilização à população no Centro Comercial AQUA em Portimão e palestra no auditório do CHBA – qualquer uma destas medidas promoveu a visibilidade do gabinete à comunidade em geral.

No que diz respeito ao 5.º objetivo – *elaborar fichas de registo* – o planeado foi a elaboração da *Ficha da Família*. Esta ficha permitia reter um conjunto de informações relacionadas com a evolução da puérpera, a adaptação do RN ao meio, os problemas identificados pelo profissional que fez o encaminhamento ou problemas identificados pela puérpera, bem como o aconselhamento/educação para a saúde realizados, permitindo a continuidade dos cuidados e evitando a repetição de perguntas. Para além desta ficha houve necessidade de elaborar outros documentos que, aquando no funcionamento do gabinete se mostraram ser necessários – *Ficha de Seguimento da*

Família, Agenda Mensal, Ficha de Encaminhamento para o CCBEPSB. Notamos a necessidade da existência da *Ficha de Seguimento da Família* a partir do momento que se realizou o 2.º contato à família, ou seja, na *Ficha da Família* não estava contemplado a continuidade dos cuidados bem como a necessidade da programação de novo contato ou não e, dado que um número importante de famílias deste projeto teve mais que um contato, concluímos que a elaboração deste documento foi importante. A necessidade de existir uma *Agenda Mensal* surgiu quando tivemos que planejar um segundo contato, quer fosse presencial ou telefónico, sendo que a sua existência facilitou o planeamento do trabalho a realizar no dia (realizar novos contatos e contatos programados) evitando assim faltar ao prometido à puérpera (todos os contatos seguintes eram combinados com a mulher). A *Ficha de Encaminhamento para o CCBEPSB* foi realizada aquando a inscrição da primeira puérpera que demonstrou interesse em frequentar as sessões, tendo sido bastante útil na prevenção de perda de informação, facilitando também a comunicação entre o GANF e a enfermeira responsável pelo curso.

O 6.º objetivo contemplado no projeto – *encaminhar as utentes para o GANF* – foi planeado tendo em conta os vários serviços bem como a possibilidade de oferecer às puérperas forma de contactar diretamente o gabinete sem passar por algum serviço do hospital. A criação da *Caixa GANF* serviu como caixa de correspondência entre os vários serviços e o gabinete, servindo como ponto de referência para colocação dos encaminhamentos. A *Ficha de Encaminhamento para o GANF* foi um meio de comunicação exemplar pois permitiu sucintamente identificar a família (nome da mãe, da criança e contato telefónico) e a causa do encaminhamento. A existência de uma linha telefónica direta ao gabinete facilitou os telefonemas realizados à família, evitando mobilizar outros recursos humanos do hospital (telefonista). Muito embora tenha sido criado um email próprio para o GANF não se verificou procura, quer por parte dos utentes quer por parte dos profissionais, foi somente utilizado para trocar informação (conhecimento acerca dos dias de abertura do gabinete) com a coordenadora da UCF-ACES do barlavento.

O 7.º objetivo tinha como fundamento elaborar um instrumento que permitisse conhecer a satisfação da população-alvo em relação aos cuidados prestados no GANF. Projetou-se inicialmente a aplicação de um questionário, no entanto, visto que não seria fácil validá-lo, tendo em conta o curto espaço de tempo de funcionamento do gabinete e o tamanho do grupo do projeto, procurou-se então conhecer a opinião das utentes em

relação a 4 pontos: a) dificuldades mais sentidas no 1.º mês pós-parto; b) qual o familiar de referência que mais a ajudou; c) qual a sua satisfação em relação ao GANF; d) quais as suas sugestões de melhoria em relação ao gabinete.

6.1.2. Fase De Intervenção

Todas as etapas pelas quais passamos até chegar a esta fase foram importantes, no entanto, esta era a que mais nos preocupava, pois foi neste momento que fomos colocados à prova, ou seja, tínhamos de demonstrar na prática toda a aprendizagem teórica que havíamos adquirido até aí.

Nesta fase foram traçados dois objetivos: a) *responder às necessidades específicas da utente/família* através da prestação de cuidados individualizados e personalizados; b) *desmistificar mitos e crenças em relação à maternidade e cuidados gerais ao RN* através da realização de um Workshop dirigido ao casal e família alargada.

Para fazer cumprir o 1.º objetivo procurou-se ir sempre ao encontro das necessidades apresentadas pelas utentes, validando sempre se a situação em causa tinha sido resolvida ou não.



Figura 25. Grau de satisfação das utentes em relação aos cuidados prestados pelo GANF

Pelos resultados obtidos através das 4 questões que se colocou às puérperas aquando no último contato, podemos constatar que este objetivo foi cumprido, pois cerca de 95,2% da população referiu uma opinião positiva acerca dos cuidados prestados no GANF (59,5% considerou muito bons os cuidados prestados no gabinete, 35,7% considerou de satisfatórios e apenas 4,8% considerou os cuidados insatisfatórios), como se pode observar no gráfico.

Este instrumento foi facilmente aplicado, quer telefonicamente quer presencialmente e irá fazer parte dos resultados a apresentar ao Conselho de Administração do CHBA bem como aos chefes dos serviços de articulação.

Em relação ao 2.º objetivo delineado podemos dizer que não foi concluído na sua plenitude visto que, apesar de ter sido elaborado, não foi possível realizar o workshop dedicado à puérpera e sua família. Foi programada e divulgada a realização da sessão de informação através dos *Folhetos Informativos*, no entanto, o que constatamos foi que a maioria das mulheres contactadas na semana em que iria ser realizada a sessão desconhecia sequer a existência da mesma. Este fato leva-nos a acreditar que possivelmente esta tinha sido pouco divulgada e confirmou-se, pois quando junto aos enfermeiros do SO, percebemos que alguns não tinham informado as mulheres acerca da sessão aquando na entrega dos folhetos. Decidimos eliminar esta atividade, não porque não apareceu ninguém para assistir à sessão, pois estávamos confiantes que se tratou de pouca divulgação, mas sim porque na fase em que nos encontrávamos deparamo-nos com bastantes contatos a realizar e tivemos consciência que não conseguiríamos responder a tudo o que era solicitado. Optamos então pela educação para a saúde individualizada e personalizada, solicitando sempre a visita da utente ao gabinete, com dia e hora marcada, quando se avaliava ser necessária.

6.2.AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

Aquando na redação deste relatório podemos concluir que o projeto por nós traçado foi exequível tendo em conta os objetivos que nos propusemos atingir e as limitações de tempo.

Sendo um projeto com uma apreciação positiva, pensamos que deve ter continuidade futura, fazendo algumas alterações tendo em conta as recomendações

indicadas pelo grupo de utentes que recorreu ao gabinete, como sendo aumentar o número de dias e o horário de funcionamento do GANF. Observando as opiniões dos utentes verificamos que 14,3% dos utentes recomendou que se aumentasse o número de dias de atendimento no gabinete, 19% sugeriu ampliar o horário de funcionamento e 14,3% indicou o prolongamento dos contatos para além do 1.º mês de idade do RN.

Irá ser proposto ao CA que seja implementado o GANF como valência própria da instituição, contemplando os seguintes aspetos:

- a) formação de uma equipa constituída por um enfermeiro de cada serviço de articulação, existindo assim um elemento que servirá de elo de ligação entre o GANF e o seu serviço de referência;
- b) ampliação do número de dias de funcionamento (segunda a sexta feira), uma vez que o horário não é possível alterar (o local onde está implantado o gabinete serve também o Projeto Nascer Cidadão (12.30h e as 16h) e o CAM (16h e as 18h);
- c) realização de um workshop por mês dedicado à puérpera e família alargada;
- d) maior divulgação do gabinete através da página da internet do CHBA para a comunidade exterior, através da televisão interna da instituição e através da afixação de pôster alusivo ao GANF em locais de informação ao público.

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

A fase de implementação do projeto decorreu positivamente, foram concretizados a maioria dos objetivos propostos. No entanto, à medida que iam surgindo os atendimentos no gabinete, algumas medidas foram introduzidas no sentido de melhorar o seu funcionamento quer a nível organizacional quer a nível dos cuidados. As medidas introduzidas ocorreram logo nas primeiras semanas após a abertura oficial do GANF à população. Assim, as medidas implementadas foram as seguintes:

- a) inicialmente as diretrizes emanadas às enfermeiras que constituíam a equipa de enfermagem do SO tinham sido para realizarem o encaminhamento de puérperas que apresentassem, durante o internamento, algum problema de natureza fisiológica ou emocional, dificuldades na adaptação ao novo

membro da família ou problemas relacionados com o RN. Nas primeiras duas semanas não se verificaram muitos encaminhamentos para GANF, pelo que se acrescentou aos critérios anteriores a indicação de encaminhar todas as puérperas cujo RN fosse o seu 1.º filho. Esta alteração levou ao aumento do número de encaminhamentos;

- b) elaboração de documentos não planeados no projeto inicial, tais como a agenda mensal, ficha de seguimento da família, ficha de encaminhamento para o Curso de CCBEPSB;
- c) envio mensal do *Boletim Informativo* para a coordenadora da UCF-ACES do barlavento, como combinado aquando da reunião, de divulgação do projeto.

Após a introdução destas medidas não verificamos a necessidade de fazer qualquer tipo de alterações. Somos em dizer que as atividades supracitadas em muito melhoraram a qualidade do atendimento à população, principalmente as duas primeiras medidas referenciadas. Se por um lado os registos efetuados nos documentos elaborados permitiram uma boa organização de trabalho, por outro, o fato de serem encaminhadas as puérperas com o 1.º filho permitiu a identificação de problemas/preocupações por elas verbalizados que passavam despercebidos durante o internamento ou porque em casa, desamparadas, é que sentiam a necessidade de ter um apoio constante e fidedigno para ultrapassar dúvidas e anseios.

7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

O trabalho desenvolvido em torno do gabinete permitiu-nos evoluir no campo cognitivo e também motor, porque crescemos e melhoramos nas nossas competências profissionais, contribuindo para que se verificassem ganhos em saúde para todas as partes: para os utentes (porque podiam recorrer a um local especializado na área da saúde materna, minimizando as suas dúvidas e receios, permitindo o despiste de situações de risco e seu encaminhamento); e para a instituição (porque de forma indireta reduziu certamente o número de recorrências ao SUP por dúvidas relacionadas com o RN).

Segundo Zarifian (2003) o desenvolvimento das competências tem como base a combinação de 5 componentes que se verificam em 3 estratos: micro (indivíduo ou grupo), intermédio (ambiente social que engloba o sujeito em contexto social e em contexto profissional) e macro (sociedade em que o indivíduo se insere). Este autor refere que os estratos referidos interagem e servem de base para o desenvolvimento e atualização das competências através das 5 componentes:

- a) a componente cognitiva que assenta nos saberes que o indivíduo detém provenientes da teoria ou da prática;
- b) a componente afetiva que traduz o investimento afetivo que o indivíduo investe na atividade que desenvolve, tendo em conta a sua motivação em relação ao projeto;
- c) a componente social que se remete à percepção que o indivíduo tem acerca do reconhecimento dentro do círculo dos seus pares, em relação às suas competências;
- d) a componente cultural, que se interliga à social, assenta na cultura da organização a que pertence;
- e) a componente praxiológica remete-se à prática sendo a vertente mais visível das competências, traduzindo-se no seu desempenho junto à comunidade.

O principal objetivo que nos propúnhamos atingir era a prestação de cuidados especializados na área da saúde materna à puérpera/casal e família nuclear e alargada, durante o 1.º mês após o parto. Através das estratégias planeadas e das intervenções

realizadas foi possível aplicar as competências adquiridas ao longo deste processo de aprendizagem que teve início desde a sua concepção em fase de projeto, passando pela planificação e, por fim, pela sua concretização.

A Confederação Internacional das Parteiras (2002) no que diz respeito aos cuidados no pós-natal indica a importância dos conhecimentos expressos no seguinte quadro.

| Parteira | |
|--|---|
| Conhecimentos | Habilidades |
| <ul style="list-style-type: none"> • Processo normal de involução puerperal. • Processo de lactação e suas alterações e/ou complicações. • Alimentação materna, actividades, repouso e necessidades fisiológicas. • Alimentação do RN. • Vínculo parental. • Indicadores de involução ou complicações puerperais. • Indicadores de problemas na amamentação. • Sinais e sintomas de risco de vida. • Alterações psicológicas. • Cuidados inerentes à mulher após um aborto (complicações inerentes, alterações comportamentais). | <ul style="list-style-type: none"> • Realização de história clínica com registos referentes à gravidez, parto e nascimento. • Realização de exame físico da puérpera. • Avaliação da involução uterina e da cicatrização/recuperação do períneo. • Apoio e incentivo ao aleitamento materno exclusivo. • Informação acerca do auto-cuidado materno e dos cuidados gerais ao RN. • Identificação de hematomas e sinais de infecção materna para encaminhar para avaliação. • Realização de registos completos, incluindo as actividades realizadas para seguimento posterior. • Informação sobre sexualidade e planeamento familiar após o parto. • Apoio à mulher/família após aborto. |

Figura 26. Competências da parteira segundo a Confederação Internacional das Parteiras (2002)

Como EESMO, mobilizamos os nossos recursos cognitivos e praxiológicos aquando na implementação do projeto, tendo em atenção o trinómio de educar, cuidar e prevenir. Com base na identificação das competências do EESMO descritos no regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde materna, obstétrica e ginecológica, desenvolvemos as nossas intervenções (ANEXO V). O quadro seguinte retrata de que forma atuamos sobre a nossa população.

| População-Alvo | |
|-----------------------|---|
| | <p>A educação para a saúde realizada à população-alvo incidiu sobre vários temas, podendo verificar-se quais foram as preocupações mais manifestadas pelas utentes:</p> <p>a) 66,7% sobre a técnica da amamentação,</p> |

| | |
|----------|---|
| Educar | <ul style="list-style-type: none"> b) 59,5% sobre a evolução normal dos Lóquios, c) 59,5% sobre os cuidados gerais ao RN, d) 50% acerca de cólicas do RN, e) 45,2% sobre a evolução normal da sutura perineal, f) 40,5% sobre os cuidados a ter com as mamas e mamilos, g) 40,5% sobre a extração e armazenamento de leite materno, h) 40,5% sobre planeamento familiar, i) 31% sobre os cuidados com a alimentação materna, j) 26,2% acerca do choro do RN, k) 16,7% sobre sono e repouso, l) 4,8% sobre hemorroidas. |
| Cuidar | <p>Nos contatos presenciais verificamos que os cuidados mais solicitados foram os seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Cuidados na técnica da amamentação, nomeadamente dificuldade na pega e posicionamento corretos do RN à mama, b) Tratamento de fissuras de mamilos, c) Cuidados com ingurgitamento mamário, <p>Em todos os cuidados foi dado o apoio emocional e o reforço positivo das ações desenvolvidas pelas utentes.</p> |
| Prevenir | <p>Foram realizados encaminhamentos para outras áreas de especialização para dar continuidade aos cuidados iniciados no gabinete, promovendo a evolução para um bom estado de saúde e prevenindo complicações.</p> <p>Os encaminhamentos realizados foram:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Pediatra da consulta do hospital de dia de pediatria, b) Núcleo de apoio a crianças e jovens em risco c) Saúde mental – psiquiatra, d) Obstetra. |

Figura 27. Intervenções desenvolvidas no trinómio educar, cuidar e prevenir

Os profissionais de saúde devem atuar na prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, a nível do indivíduo e na comunidade, assegurando o cumprimento dos princípios éticos, nos cuidados prestados à comunidade (Peres & Ciampone, 2006).

As mesmas autoras referem que a competência “educação permanente” é da responsabilidade do profissional de saúde tanto na teoria como na prática, sendo adequado um espírito insaciado em relação ao saber e por isso em busca constante da renovação de conhecimentos. Serrano, Costa e Costa (2011) referem que as características individuais de cada um influenciam a sua competência e seu brio profissional, ou seja, o desenvolvimento das competências dependem da personalidade, motivação, individualidade e o modo como o profissional realiza as suas atividades

profissionais. Ora, tratando-se de um projeto elaborado por nós ficamos muito envolvidos sendo o grau de motivação bastante elevado.

Benner (2001) refere que as competências devem ser desenvolvidas pelas seguintes diretrizes:

- a) assumir a sua responsabilidade,
- b) estabelecer a relação de ajuda,
- c) humanização dos cuidados,
- d) motivar os pares,
- e) respeito e cumprimento ético.

Na intervenção realizada consideramos que atuamos positivamente e desenvolvemos as nossas competências de acordo com o regulamento das competências do EESMO emanado pela Ordem dos enfermeiros em 2010, ficando com o sentimento de dever cumprido mas não concluído, ou seja, atingimos os nossos objetivos mas a continuidade do projeto é algo a realizar, pois os benefícios, já vimos, que existem.

CONCLUSÃO

Com este relato consideramos ter respondido aos objetivos inicialmente desenhados. Projetamos e implementamos as estratégias planeadas para atingir a meta proposta: obter ganhos em saúde da mulher e RN no período puerperal e, afirmamos enriquecedora esta etapa do percurso académico pois permitiu-nos o crescimento pessoal e profissional na área do ser, saber e fazer.

A actuação do EESMO no ciclo puerperal é de extrema importância, tanto a nível da prestação de cuidados directos como a nível educacional. Prestar cuidados individualizados e humanizados ao binómio mãe-filho, bem como integrar toda a família deve ser o objectivo a atingir com sucesso para a prática de enfermagem. A redução de factores de morbi-mortalidade no puerpério, relaciona-se com a qualidade de informação fornecida, pelo que é fundamental a existência de programas de educação para a saúde, no sentido de modificar comportamentos menos adequados no que diz respeito à saúde da mãe e RN (Centa et al, 2002) e, como afirmam Pinelli e Abrão (1998), as consultas de enfermagem realizadas durante o puerpério são bastante valorizadas pelo núcleo familiar.

É de referir que o GANF recebeu 42 famílias, as quais apresentaram diversas dúvidas e indicaram problemas específicos do puerpério. Apesar da informação adquirida durante a gravidez através dos cursos de preparação para o parto, da literatura ou das experiências dos familiares, verificamos que a mulher, perante um determinado problema, procura ajuda do profissional de saúde para a ajudar a ultrapassar os obstáculos ou simplesmente para validar informação.

Verificamos que é de facto no seio familiar que a mulher vai buscar apoio na fase inicial do puerpério. Realçamos que no início do acompanhamento da família, as puérperas identificaram na sua maioria o marido, a mãe e a sogra como familiares de referência, no entanto, no último contacto a maioria identificou o marido como familiar de maior apoio.

Os cuidados de enfermagem durante a gestação, não são suficientes para garantir à mulher, a autonomia necessária para as ações que tem que desenvolver durante o puerpério. É fundamental que no pós-parto, o EESMO aplique a sua capacidade de educador, com vista a proporcionar maior segurança à puérpera para que esta ultrapasse

confiantemente as dificuldades com que se depara (Rodrigues, Fernandes, Silva & Rodrigues, 2006).

Verificamos que as preocupações das mulheres são muito variadas, sendo a sua maior insegurança relacionada com os cuidados prestados ao RN, com os cuidados relacionados com a normal evolução puerperal, com a técnica da amamentação e com os cuidados com as mamas e mamilos. Concluímos também que à medida que o tempo vai passando, os problemas identificados pelas mulheres também se vão modificando, ou seja, são identificados novos problemas ao fim do primeiro mês de puerpério que inicialmente foram desvalorizados ou não se colocaram.

A realização de consultas individuais e a frequência de sessões de grupo de educação para a saúde, beneficia a evolução positiva do puerpério. Ambas as situações favorecem a mulher/família, pois enquanto a consulta individual permite cuidados individualizados, as sessões de educação favorecem um ambiente de igualdade de sentimentos e experiências, onde as mulheres/família podem verificar que os problemas são comuns (Penna et al, 2006). Uma das principais dificuldades encontradas no decurso deste trabalho foi a seleção dos documentos pesquisados, tendo em conta o critério científico pretendido.

No final deste trabalho sentimos que adquirimos mais conhecimentos acerca do puerpério, que serão certamente uma mais valia para realizar com sucesso a prestação de cuidados à nova família.

No final dos 71 contatos (presenciais e telefónicos) que foram efetuados, sentimos que a missão a que nos propusemos atingir foi cumprida, pois conseguimos dar resposta às famílias ajudando na adaptação na nova dinâmica familiar. Sentimos que a inclusão de vários serviços no projeto possibilitou o sucesso do gabinete, pois foi através da boa articulação existente contemplamos as várias especificidades que influenciam a família durante a fase inicial do puerpério. A continuidade deste projeto é nosso objetivo, possibilitando assim a acessibilidade das famílias a um local seguro, a um “porto de abrigo”, onde podem recorrer quando se deparam com problemas ou desconfortos que são significativos para os elementos que constituem o agregado familiar.

REFERÊNCIAS

- Almeida, M. & Silva, I. (2008). Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 42(2), pp. 347-354. Consultado a 18 de Dezembro de 2011, através da fonte <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a18.pdf>
- APA (2006). *Manual de estilo da APA: regras básicas/American Psychological Association* (M. F. Lopes, Trad.). Porto Alegre: Artmed
- Barbosa, J. (2008, Janeiro-Abril). A avaliação da aprendizagem como processo interativo: um desafio para o educador. *Democratizar*. II(1), pp. 1-9. Consultado a 1 de Fevereiro de 2012, através da fonte http://www.faetec.rj.gov.br/desup/images/democratizar/v2-n1/art_democratizar_jane2.pdf
- Beck, D., Ganges, F., Goldman, S. & Long, P. (2004) *Cuidados ao recém nascido: manual de consulta* [Versão eletrônica]. Washington: Save the Children Federation. Consultado em 23 de Janeiro de 2012, através da fonte www.healthynewbornnetwork.org/sites/default/files/resources/Cuidados%20ao%20Recem-Nascido,%20Manual%20de%20Consulta.pdf
- Branden, P. (2000). *Enfermagem materno-infantil* (C. H. Cosendey, Trad) (2ª 70d.). Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Canteiro, E. & Martins, M. (2004). A Maternidade: Crenças e Tradições em Territórios Amostra do Distrito de Braga. O Passado, o Presente. Que Futuro? [Conference paper] *Anais do VII Congresso de ADEH*, Granada. Consultado a 12 de Janeiro de 2012, através da fonte http://www.ugr.es/~adeh/comunicaciones/Lopes_Canteiro_E_E.pdf
- Casate, J. & Corrêa, A. (2005, Janeiro-Fevereiro). Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 13(1), pp. 105-111. Consultado a 13 de Setembro de 2012, através da fonte <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a17.pdf>
- Cardoso, S. (2002, Maio). Consulta de Enfermagem: um processo de comunicação enfermeiro/cliente na construção da cidadania. *Anais do 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem*. Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Brasil. 2-3, pp. 8-9. Consultado a 20 de Dezembro de 2011, através da fonte <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v1/v1a031.pdf>

- Castro, A. (2006). *Métodos e técnicas pedagógicas* [Versão electrónica]. Escola de Negócios e Administração. Consultado a 12 de Dezembro de 2011, através da fonte http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=m%3%A9todos%20e%20t%C3%A9cnicas%20pedag%C3%B3gicas%20castro%202006&source=web&cd=3&cad=rja&ved=0CC8QFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.formate.com%2Fmediateca%2Fdownload-document%2F23447-metodos-e-tecnicas-pedagogicas.html&ei=RIFSUO7JJumu0QXQvYDABg&usg=AFQjCNHdII8iF9S1BMAkjDYGA5mtBo5z_w
- Centa, M., Oberhofer, P. & Chammas, J. (2002, Janeiro/Junho). Puérpera vivenciando a consulta de retorno e as orientações recebidas sobre o puerpério [Versão electrónica]. *Família, Saúde e Desenvolvimento*. 4(1), pp.16-22. Consultado a 8 de Janeiro de 2012, através da fonte <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/viewArticle/5061>
- Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2010). *Proposta de projecto de regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, Obstétrica e ginecológica*. Ordem dos Enfermeiros. Consultado em 27 de Outubro de 2011, através da fonte http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Confederação Internacional das Parteiras (2002). Competências essenciais para o exercício básico da Obstetrícia/2002. *International midwives organization*. Consultado em 26 de Outubro de 2011, através da fonte http://www.abenfo.org.br/site/arquivos/competencias_para_o_exercicio_da_obstetr%C3%ADcia.pdf
- Crum, K. (2008). Fisiologia Materna no Período Pós-Parto. In Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008) *Enfermagem na Maternidade* (7ª ed) (pp. 478-489). Loures: Editora Lusodidacta.
- Duarte, C. & Salgado, M (2000). Fimose – uma actualização. *Saúde Infantil*. 22(3), pp 73-75
- Fernandes, J., Machado, M. & Oliveira, Z. (2011). Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 86(1), pp. 102-110. Consultado a 12 de Fevereiro de 2012, através da fonte http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962011000100014
- Ferrari, M. & Kaloustian, S. (1994). *A família brasileira: a base de tudo*. São Paulo: Cortez Editora
- Ferrón, C., Martínez, J., Rubini, N. & Sánchez, S. (2003). Promocionando La Lactancia Materna. *Revista de Enfermagem*. 7, pp. 22-30.

- Filho, A., Serra, A., Rattner, D., Cruz, D., Cezimbra, G., Pires, H., Abreu, I., Schirmer, J., Drezett, J., Cecatti, J., Tedesco, J., Lucas, M., Benevides, M., Setúbal, M., Parpinelli, M., Costa, M., Vázquez, M., Sessler, M., Sarmiento, R., Fescina, R., Albuquerque, R., Durlacher, R., Fescina, S., Serruya, S & Reis, V. (2006). *Pré-Natal e Puerpério – Atenção Qualificada e Humanizada* [versão electrónica]. Brasília: Ministério da Saúde. Consultado a 10 de Novembro de 2011, através da fonte http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf
- Fonseca, A., Fonseca, C. & Soares, D. (2011). Apoio Familiar À Mulher no Período Puerperal [conference paper] *Anais do XX Congresso de Iniciação Científica, III Mostra Científica*. Universidade Federal de Pelotas. Brasil. Consultado a 12 de Janeiro de 2012, através da fonte http://www.ufpel.edu.br/72d72/2011/anais/pdf/CS/CS_00242.pdf
- Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: da concepção à realização* (3ª.ed). Loures: Lusociência
- Francisco, A., Oliveira, S., Santos, J. & Barbosa da Silva, F. (2011). Avaliação e tratamento da dor perineal no pós-parto vaginal. *Acta Paulista de Enfermagem*. 24(1), pp. 94-100. Consultado a 15 de Março de 2012, através da fonte <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n1/v24n1a14.pdf>
- Franco, J. (1998). Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. *Sinais Vitais*. 17, 37-38.
- Galvão, D. (2006). *Amamentação Bem Sucedida: Alguns Factores Determinantes*. Loures: Lusociência
- International Confederation of Midwives (2010). *Essential Competencies for Basic Midwifery Practice 2010*. Consultado a 20 de Setembro de 2011, através da fonte http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/standards/en/R430_ICM_2011_Essential_Competencies_2010_ENG.pdf
- King, L. (1991). *Como Ajudar as Mães a Amamentar*. Nairobi: African Medical and Research Foundation
- Lana, A. (2001) – *O livro de Estímulo à Amamentação: Uma visão biológica, fisiológica e psicológica comportamental da amamentação*. São Paulo: Atheneu
- Levy, L. & Bértolo, M. (2008). *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés
- Lothrop, H. (1997). *O Livro da Amamentação*. Paulina: Paz Editora
- Luckesi, C. (2002). *Avaliação da Aprendizagem Escolar: estudos e proposições* (14ª ed.). São Paulo: Cortez

- Macedo, I., Peixoto, J., Rodrigues, M. & Guedes, B. (2004) Cuidados cutâneos no recém-nascido. In Sociedade Portuguesa de Pediatria. *Consensos Nacionais em Neonatologia* (pp. 105-107). Coimbra: Autor. Consultado em 29 de Setembro de 2011, através da fonte http://www.spp.pt/UserFiles/File/Consensos_Nacionais_Neonatologia_2004/Consensos_Nacionais_Neonatologia_2004.pdf
- Maldonado, M. (2002). *Psicologia da gravidez* (16.^aed). São Paulo: Saraiva
- Manning, B. (2008). Transição para a Parentalidade. In Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Gravidez* (7^a 73d.) (pp. 521-556). Loures: Editora Lusodidacta
- Mendes, M. (2003). *Puerpério na atenção básica: as interfaces da assistência institucional e das práticas de cuidados de saúde*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil. Consultado a 20 de Fevereiro de 2012, através da fonte <http://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/17554/195375.pdf?sequence=1>
- Menezes, H., Edanius, K. & Cordeiro, M. (2003). *Evitar os acidentes no primeiro ano de vida: Vale a pena crescer em segurança* (3^aed.) [Versão electrónica]. Associação para a promoção da segurança infantil. Consultado a 31 de Agosto de 2012, através da fonte <http://www.apsi.org.pt/downloads/folheto2009b.pdf>
- Mucchilli, R. (1989). *Formação Permanente em Ciências Humanas: Trabalho em equipe*. São Paulo: Gráfica Editora Bisordi Ltda
- Nunes, P. (2008). *Conceito de recursos organizacionais*. Ciências económicas e empresariais. Recuperado em 3 de Fevereiro de 2012, através da fonte <http://www.knoow.net/cienceconemp/gestao/recursos.htm>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento – competências específicas do enfermeiros especialista em saúde materna, obstétrica e ginecológica. *Ordem dos Enfermeiros*. pp.6. consultado a 12 de Dezembro de 2011, através da fonte http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Oliva, M. & Salgado, M. (2003). Cuidados básicos de puericultura ao recém-nascido [Versão electrónica]. *Saúde Infantil*, 25(2), pp 5-12. Consultado a 28 de Fevereiro de 2012, através da fonte http://areadospais.asic.pt/article_files/cuidados_puericultura_recem_nascido.pdf
- Pereira, M. (2006). *Aleitamento Materno – Importância da Correção da Pega no Sucesso da Amamentação, Resultados de um estudo experimental*. Loures: Lusociência
- Penna, L., Carinhanha, J. & Rodrigues, R. (2006, Dezembro). A mulher no pós-parto domiciliário: uma investigação sobre essa vivência. *Revista de Enfermagem Escola*

Anna Nery. 10(3), pp. 448-455. Consultado a 10 de Outubro de 2011, através da fonte <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a13.pdf>

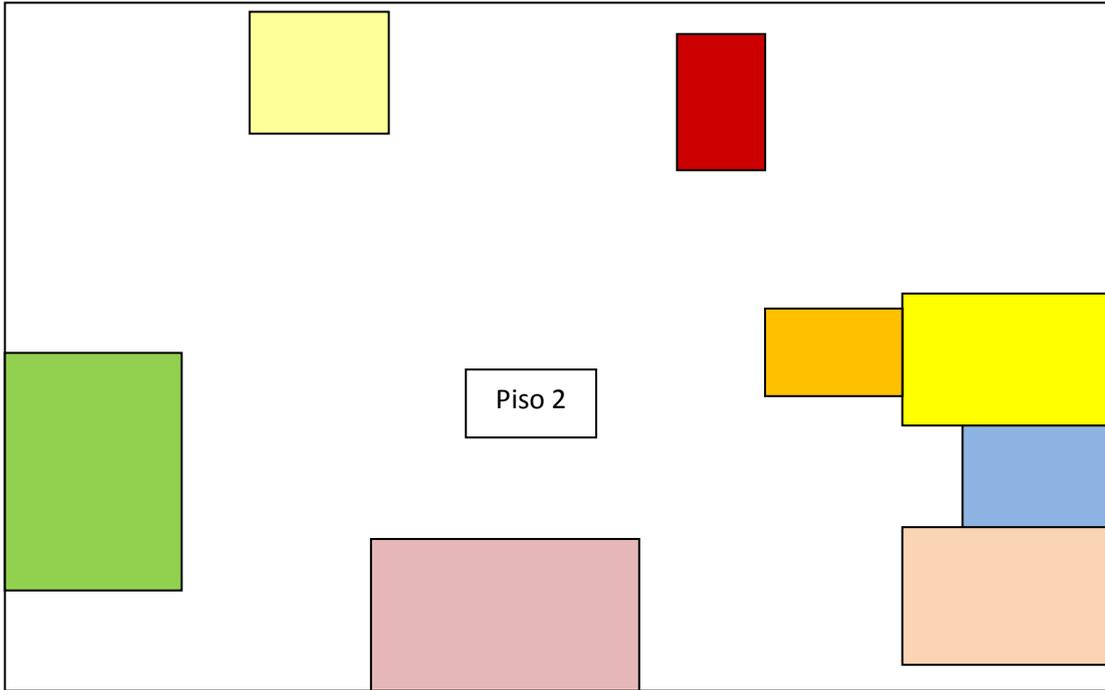
- Pereira, M. & Reis, M. (1998). Manual de procedimentos: prevenção e tratamento das intercorrências mamárias na amamentação [Versão electrónica]. Programa aleitamento materno – SMS secretaria Municipal da saúde Nalma – Núcleo de aleitamento materno da EERP – USP. Consultado a 3 de Fevereiro de 2012, através da fonte <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/aleita/apostila.pdf>
- Peres, A. & Ciampone, M. (2006). Gerência e competências gerais do enfermeiro. *Texto Contexto de Enfermagem*. 15(3). pp. 492-499, consultado a 10 de Setembro de 2012, através da fonte <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a15.pdf>
- Pinelli, F. & Abrão, A. (1998, Maio/Agosto). Consulta de Enfermagem em Puerpério: Opiniões de Familiares. [Versão electrónica] *Acta Paulista de Enfermagem*, 11(2), pp 20-26. Consultado a 12 de Janeiro de 2012, através da fonte http://www.unifesp.br/denf/acta/1998/11_2/pdf/art2.pdf
- Portugal, Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril. *Diário da República*, Série I-A, nº 93, 1739-1757.
- Ravelli, A. (2008, Março). Consulta Puerperal de Enfermagem: uma realidade na cidade de Ponta Grossa. [Versão electrónica] *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 29(1), pp. 54-59. Consultado em 20 de Dezembro de 2011, através da fonte <http://www.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5264>
- Relvas, A. (2004). *O ciclo vital da família* (3ªed.). Porto: Edições Afrontamento
- Rezende, J. & Montenegro, C. (1999). *Obstetrícia Fundamental*. (8ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- Rigo, K & Neves, C. (2009). Alimentação da puérpera: crenças, mitos e verdades. *SecNutri – seminário científico do curso de nutrição*. Brasil. Consultado a 19 de Janeiro de 2012, através da fonte <http://revista.uniamerica.br/index.php/secnutri/article/view/84/74>
- Rodrigues, D., Fernandes, A., Silva, R. & Rodrigues, M. (2006, Abril/Junho). O Domicílio Como Espaço Educativo Para o Autocuidado de Puérperas: Binómio Mãe-Filho. *Texto & Contexto Enfermagem*. 15(2), pp. 277-286. Consultado a 8 de Novembro de 2011, através da fonte <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/714/71415212.pdf>
- Saide, M. (1996). *Entendendo os Bebês*. Rio de Janeiro: Medsi
- Santos, E. (2002). Promoção do Aleitamento Materno. In Oliveira, E., Monticelli, M., Bruggemann, O. (Org). *Enfermagem obstétrica e neonatológica: textos fundamentais*. (2.ª ed.) Florianópolis: Cidade Futura

- Santos, A., Gonçalves, B., Anjos, D., Henrique, F., Augusto, J., Lopes, R. & Feitosa, T. (2009). *Puerpério: Fisiologia, Principais Complicações e Assistência*. (Relatório de Pesquisa). Tucuruí, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade do Estado do Pará
- Serrano, M., Costa, A. & Costa, N. (2011, Março). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*. III série, nº3, pp. 15-23 Consultado a 10 de Setembro de 2012, através da fonte <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n3/v3n3a02.pdf>
- Silva, J. (2007). *Manual Obstétrico: um guia prático para a enfermagem* (2ª 75d.). São Paulo: Corpus
- Soares, C. & Varela, V. (2007). *Assistência de Enfermagem no Puerpério em Unidade de Atenção Básica: Incentivando o Autocuidado*. (Relatório da Prática Assistencial). Florianópolis, SC, Universidade Federal de Santa Catarina
- Teixeira, J., Soares, L., França, L., Santos, M., Brito, M. & Rocha, S. (2009, Março). Visita domiciliar puerperal. *Saúde colectiva*. 28(6), pp. 47-53. Consultado a 12 de Outubro de 2011 através da fonte <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/842/84202804.pdf>
- Vieira, F., Bachion, M., Salge, A. & Murani, D. (2010, Janeiro/Março). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA no Período Pós-Parto e Tardio. *Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery*, 14(1), pp. 83-89. Consultado a 14 de Dezembro de 2011, através da fonte http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000100013&lang=pt
- Vieira, C., Brito, M. & Yazlle, M. (2008). Contracepção no puerpério. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*. 30(9), pp. 470-479. Consultado a 4 de Fevereiro de 2012, através da fonte <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n9/v30n9a08.pdf>
- Zarifian, P. (2003). *O Modelo da Competência – trajectória histórica, desafios atuais e propostas*. São Paulo: Senac.

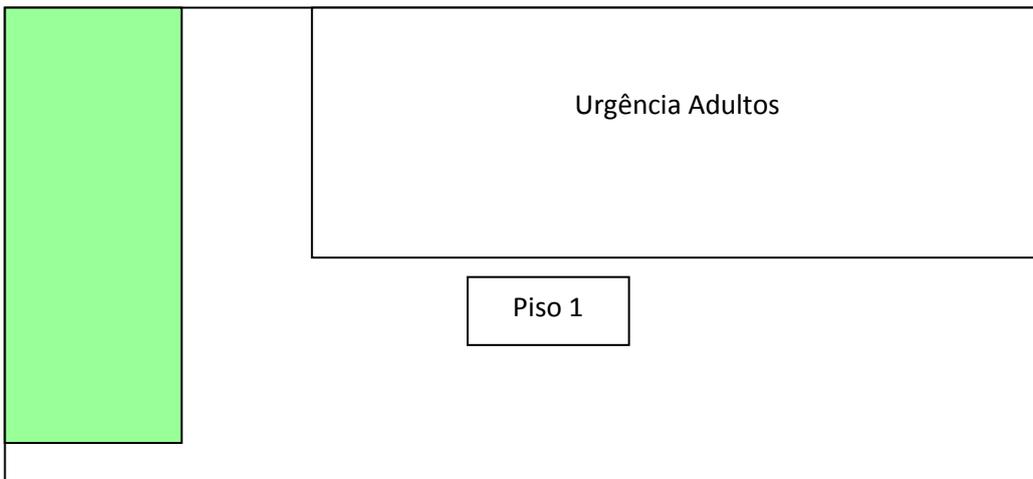
ANEXOS

ANEXO A – IDENTIFICAÇÃO E LOCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS QUE SE ARTICULAM NA ÁREA DA SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

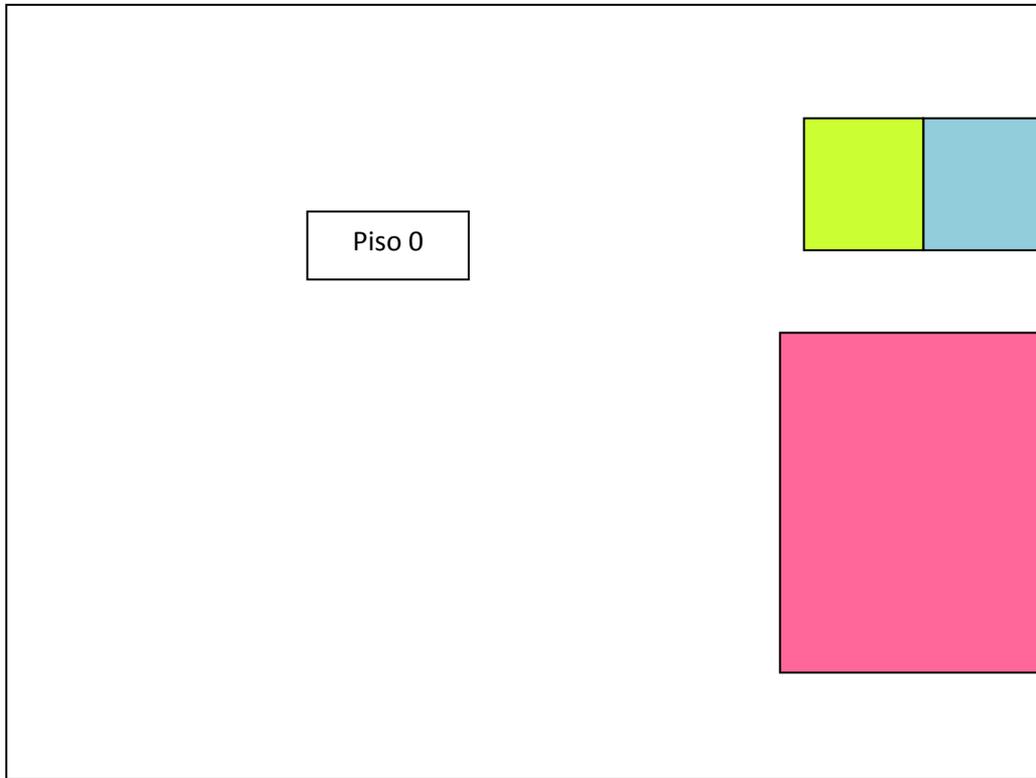
| Piso 2 | | | | | | | |
|-----------------|------------------------|------------------------------|----------------------|--------------|--|--|-----------------------|
| Bloco de Partos | Serviço de Obstetrícia | Hospital de Dia de Pediatria | Serviço de Pediatria | Neonatologia | Cantinho da Amamentação + Projeto "Nascer Cidadão" | Curso de "Conforto, bem-estar e promoção da saúde do bebê" | UCF – ACES Barlavento |



| Piso 1 |
|--------------------------------|
| Serviço de Urgência Pediátrica |



| Piso 0 | | |
|---------------------------------|----------------|---|
| Consulta Externa de Obstetrícia | Serviço Social | Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco |



Distribuição dos serviços por piso no CHBA

ANEXO B – PROJETO DE INTERVENÇÃO

PROJETO DE MESTRADO

| Actividades | Objectivos | Estratégias | Datas |
|--|--|--|---------------------------------|
| 1. Pedido de autorização para a aplicação do projecto ao Concelho de Administração do CHBA. | Obter parecer favorável para a aplicação do projecto no CHBA. | Para apresentação do projecto serão realizadas: <ul style="list-style-type: none"> - Reunião com a enfermeira directora do CHBA; - Reunião formal com a enfermeira chefe do bloco de partos; - Reunião formal com a enfermeira chefe do serviço de pediatria; - Pedido formal escrito ao concelho de administração do CHBA para implementação do GANF; - Reunião com a UCF/ACES Barlavento (Unidade coordenadora funcional, agrupamentos de centros de saúde). | Novembro 2011 |
| 2. Pesquisa bibliográfica. | Adquirir conhecimentos relacionados com o tema do projeto. | Realização de pesquisa bibliográfica sobre a temática através de livros, artigos científicos e trabalhos académicos. | Outubro de 2011 a Setembro 2012 |
| 3. Divulgação dos objectivos e forma de funcionamento do GANF aos enfermeiros que trabalham nos serviços que se articulam com o gabinete (consulta externa de obstetrícia, bloco de partos, obstetrícia, CAM, hospital dia de pediatria, neonatologia, urgência pediátrica, serviço de social, núcleo hospitalar de apoio à criança e jovem em risco). | Obter a colaboração dos profissionais de saúde para encaminhamento das situações de risco. | - Realizar uma sessão de formação (sala de formação do piso 2 do CHBA; utilizando o projector e a televisão). - Elaborar um folheto informativo acerca do GANF a ser fixado nos placares dos serviços referidos. | Fevereiro, 2012 |
| 4. Divulgação do GANF à população alvo. | Informar a população alvo do local onde podem recorrer aquando no período de puerpério. | - Pedir a colaboração do gabinete de imagem do CHBA para divulgar o GANF na página web do hospital. - Elaborar folheto informativo acerca do GANF e colocá-lo nos serviços que articulam com o gabinete. - Informar os elementos que constituem a equipa de preparação para o parto acerca da existência do GANF e pedir a sua colaboração para divulgar o gabinete nos | Fevereiro, 2012 |

| | | | |
|--|--|---------|--|
| | | cursos. | |
|--|--|---------|--|

| | | | |
|-------------------------------------|---|---|---------------|
| 5. Elaboração de fichas de registo. | <ul style="list-style-type: none"> - Elaborar um arquivo das fichas das utentes que recorrem ao GANF. - Evitar perda de informação. | <p>Elaborar uma ficha de registo intitulada “Ficha da Família”, com a seguinte informação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dados obstétricos da puérpera, tipo de parto (complicações); - dados acerca do RN e da família nuclear; - dados acerca do apoio familiar no domicílio; - dificuldade/problema que levou a que recorresse ao GANF; - cuidados realizados aos problemas identificados; - programação de nova avaliação (presencial ou telefónica) | Janeiro, 2012 |
|-------------------------------------|---|---|---------------|

| | | | |
|---------------------------------|--|--|-----------------|
| 6. Articulação com os serviços. | <ul style="list-style-type: none"> - Encaminhar as utentes para o GANF. | <ul style="list-style-type: none"> - Colocação de uma caixa de correspondência para o GANF em cada serviço. - Elaboração de uma ficha de referência da utente/família, onde deve constar a seguinte informação: dados da utente, morada, telefone, motivo da referência. - Criação de um email próprio do GANF. - Linha telefónica directa para que os utentes possam contactar directamente o GANF. | Fevereiro, 2012 |
|---------------------------------|--|--|-----------------|

| | | | |
|--|--|---|-----------------|
| 7. Elaboração de um questionário a ser aplicado à família. | <ul style="list-style-type: none"> - Conhecer o grau de satisfação da família em relação ao GANF. - Servir de instrumento de avaliação do funcionamento do GANF. | <ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de um questionário para ser aplicado à família no 31º dia de puerpério, onde se verifica quais as maiores dificuldades sentidas pelo casal neste período, qual o apoio que obteve, qual o grau de satisfação em relação ao GANF. | Fevereiro, 2012 |
|--|--|---|-----------------|

ANEXO C – BOLETIM INFORMATIVO

DIAS DE ATENDIMENTO EM MARÇO

6, 8, 12, 14, 20, 23, 26, 27

Abril e Maio a definir.

Boletim Informativo

Março, nº1

Gabinete de Apoio À Nova Família

O porquê da sua existência...

O puerpério é uma fase de adaptação física e emocional, onde a mulher experimenta sentimentos controversos e confronta-se com a realidade do pós-parto, muitas vezes diferente das expectativas que construiu durante a gestação. É um momento marcante para a nova família onde as necessidades de aprendizagem, de consolidação da unidade familiar e dos laços afetivos são elevadas. É um período onde as dúvidas surgem com muita facilidade e rapidamente a insegurança aumenta.

A existência do Gabinete de Apoio À Nova Família (GANF) surge a partir de um projeto académico do Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica e tem como objectivo criar uma "ponte" entre a saída do internamento de obstetrícia e o início do curso "Conforto, bem-estar e promoção da saúde do bebé", diminuindo assim a sensação de desamparo sentida pelas mulheres nesta fase da maternidade.

Ao GANF poderá recorrer a mãe/bebé/casal, sendo referenciados pelos serviços

de obstetrícia, bloco de partos, neonatologia, urgência pediátrica, cantinho da amamentação ou podem vir do domicílio. Neste espaço serão atendidas as mães, bebés, casal, irmãos e avós do recém-nascido, no primeiro mês pós-parto.



Objetivos do GANF

| | | |
|---|---|--|
| Existência de um espaço onde a puérpera/casal, poderão recorrer quando dúvidas. | Detetar precocemente riscos para a saúde da mulher e RN | Fomentar a assegurar o aleitamento materno. |
| Proporcionar apoio emocional. | Transmitir informação relevante e adequada às necessidades da utente/família. | Vigiar a "saúde da dinâmica familiar" no caso da existência de irmãos. |
| Identificar situações de risco e encaminhá-las o mais precocemente possível. | | |

LOCAL:
CHBA – Piso 2 (no mesmo espaço do Cantinho da Amamentação)

HORÁRIO:
9.30h – 12.00h

CONTATO TELEFÓNICO:
965 959 554

Email:

ganf@balsgarvio.min-saude.pt

O GANF estará em funcionamento entre Março a Junho de 2012.

Enfermeiras de
Referência:

Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica Ana Rita Grilo (Serviço de Obstetrícia)

Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica Sandra Quaresima (Bloco de Partos)

Aluna de Enfermagem da Especialidade em Saúde Materna e Obstétrica Lúcia Tira

DIAS DE ATENDIMENTO EM ABRIL

10, 12, 17, 20, 24, 27, 30
Maio a definir.

Boletim Informativo

Abril, Nº 2

Gabinete de Apoio À Nova Família

O porquê da sua existência...

O puerpério é uma fase de adaptação física e emocional, onde a mulher experimenta sentimentos controversos e confronta-se com a realidade do pós-parto, muitas vezes diferente das expectativas que construiu durante a gestação. É um momento marcante para a nova família onde as necessidades de aprendizagem, de consolidação da unidade familiar e dos laços afetivos são elevadas. É um período onde as dúvidas surgem com muita facilidade e rapidamente a insegurança aumenta.

A existência do Gabinete de Apoio À Nova Família (GANF) surge a partir de um projeto académico do Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia e tem como objectivo criar uma "ponte" entre a saída do internamento de obstetrícia e o início do curso "Conforto, bem-estar e promoção da saúde do bebé", diminuindo assim a sensação de desamparo sentida pelas mulheres nesta fase da maternidade.

Ao GANF poderá recorrer a mãe/bebé/casal, sendo referenciados pelos serviços

de obstetrícia, bloco de partos, neonatologia, urgência pediátrica, cantinho da amamentação ou podem vir do domicílio. Neste espaço serão atendidas as mães, bebés, casal, irmãos e avós do recém-nascido, no primeiro mês pós-parto.



LOCAL:

CHBA – Piso 2 (no mesmo espaço do Cantinho da Amamentação)

HORÁRIO:

9.30h–12.00h

CONTATO TELEFÓNICO:

965 959 554

Email:

Ganf@bbalgarvio.min-saude.pt

O GANF estará em funcionamento entre Março a Junho de 2012.

Objetivos do GANF

| | | |
|--|---|--|
| Existência de um espaço onde a puérpera/casal, poderão recorrer aquando dúvidas. | Detetar precocemente riscos para a saúde da mulher e RN | Fomentar a assegurar o aleitamento materno. |
| Proporcionar apoio emocional. | Transmitir informação relevante e adequada às necessidades da utente/família. | Vigiar a "saúde da dinâmica familiar" no caso da existência de irmãos. |
| Identificar situações de risco e encaminhá-las o mais precocemente possível. | | |

Enfermeiras da Referência:

Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia Ana Rita Grilo (Serviço de Obstetrícia)

Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia Sandra Quaresma (Bloco de Partos)

Aluna de Enfermagem da Especialidade em Saúde Materna e Obstetrícia Lígia Eira

DIAS DE ATENDIMENTO EM MAIO

4, 8, 11, 15, 16, 22, 25, 30

Boletim Informativo

Maio, Nº 3

Gabinete de Apoio À Nova Família

O porquê da sua existência...

O puerpério é uma fase de adaptação física e emocional, onde a mulher experimenta sentimentos controversos e confronta-se com a realidade do pós-parto, muitas vezes diferente das expectativas que construiu durante a gestação. É um momento marcante para a nova família onde as necessidades de aprendizagem, de consolidação da unidade familiar e dos laços afetivos são elevadas. É um período onde as dúvidas surgem com muita facilidade e rapidamente a insegurança aumenta.

A existência do Gabinete de Apoio À Nova Família (GANF) surge a partir de um projeto académico do Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia e tem como objetivo criar uma "ponte" entre a saída do internamento de obstetrícia e o início do curso "Conforto, bem-estar e promoção da saúde do bebé", diminuindo assim a sensação de desamparo sentida pelas mulheres nesta fase da maternidade.

Ao GANF poderá recorrer a mãe/bebé/casal, sendo referenciados pelos serviços

de obstetrícia, bloco de partos, neonatologia, urgência pediátrica, cantinho da amamentação ou podem vir do domicílio. Neste espaço serão atendidas as mães, bebés, casal, irmãos e avós do recém-nascido, no primeiro mês pós-parto.



LOCAL:
CHBA - Piso 2 (no mesmo espaço do Cantinho da Amamentação)

HORÁRIO:
9.30h—12.00h

CONTATO TELEFÓNICO:
965 959 554

Email:

GANF@hbagavio.min-saude.pt

O GANF estará em funcionamento entre Março a Junho de 2012.

Enfermeiras de Referência:

Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia Ana Rita Grilo (Serviço de Obstetrícia)

Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia Sandra Osarema (Bloco de Partos)

Aluna de Enfermagem da Especialidade em Saúde Materna e Obstetrícia Lígia Eira

Objetivos do GANF

| | | |
|--|---|--|
| Existência de um espaço onde a puérpera/casal, poderão recorrer aquando dúvidas. | Detetar precocemente riscos para a saúde da mulher e RN | Fomentar a assegurar o aleitamento materno. |
| Proporcionar apoio emocional. | Transmitir informação relevante e adequada às necessidades da utente/família. | Vigiar a "saúde da dinâmica familiar" no caso da existência de irmãos. |
| Identificar situações de risco e encaminhá-las o mais precocemente possível. | | |

ANEXO D – “CAIXA GANF”

Gabinete de Apoio À Nova Família



Etiqueta de identificação da “Caixa GANF”



Foto caixa GANF

ANEXO E – FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA O GANF

ENCAMINHAMENTO PARA O GABINETE DE APOIO À NOVA FAMÍLIA

Vinheta da mãe ou do RN

Nome do bebé: _____

Data do nascimento: _____

Contacto telefónico: _____

Motivo do Encaminhamento:

Enfermeiro: _____

Data: _____

ANEXO F – FOLHETO INFORMATIVO

LOCAL:

CHBA
2º Piso (mesmo espaço do
Cantinho da Amamentação)

HORÁRIO:

9.30h - 12.00h

**DIAS DE FUNCIONAMENTO EM
MARÇO DE 2012:**

6, 8, 12, 14, 20, 23, 26, 27

Abril, Maio e Junho a definir

CONTATO TELEFÓNICO:

965 959 554

Email:

Ganf@hbalgarvio.min-saude.pt

Enfermeiras de Referência:
Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica **Ana Rita**
Gilda (União de Obstetrícia)
Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica **Sandra**
Quaresma (Banco de Leite)
Aluna de Formação da Especialidade em Saúde Materna e
Obstétrica **Lúcia Lima**

CHBA, EPE
Escola Superior de Enfermagem São João de Deus



*Gabinete de
Apoio À Nova
Família*



Folheto Informativo – frente

Período Pós-Parto E agora...

Gerar e criar uma criança são desafios permanentes de enorme responsabilidade para os pais, onde se assumem novas competências não só relacionadas com o novo membro da família mas também enquanto casal e/ou pais de filhos mais velhos.

No pós-parto a mulher passa por alterações anatómicas e fisiológicas que a obriga a uma nova readaptação ao estado anterior à gravidez. Pode verificar-se também uma sensibilidade/instabilidade emocional na mulher durante este período.

Toda a família sofre um processo de transformação, onde todos assumem um novo papel – pais, irmãos, avós. De certa forma todos irão reorganizar-se perante o novo membro e todos podem influenciar, direta ou indiretamente, a evolução desta fase de adaptação materna.

Em que consiste o Gabinete de Apoio À Nova Família

A existência do Gabinete de Apoio À Nova Família (GANF) tem como objectivo proporcionar um espaço onde a mãe/casal poderão recorrer aquando dúvidas ou receios relacionados com os cuidados ao bebé e à mãe.

Principais Objectivos do GANF

Detetar precocemente alterações relacionadas com a mãe

Detetar precocemente alterações relacionadas com o bebé

Fomentar e incentivar o aleitamento materno

Desmistificar mitos e crenças relacionadas com amamentação, alimentação, cuidados à mulher e ao bebé

Observação geral do recém-nascido

Observar a evolução do pós-parto

POPULAÇÃO ALVO:

Neste espaço serão bem-vindos as mães, bebés, casais, irmãos e avós do recém-nascido, durante o primeiro mês pós-parto.



Será realizada uma sessão de esclarecimento/informação dedicada à "Nova Família" no dia 30 de Março de 2012, pelas 17h no Piso 2 do CHBA, pelo que deve confirmar a sua presença através do contacto telefónico do GANF.

ANEXO G – CARTÕES DE VISITA “MENINO/MENINA”

Gabinete de Apoio À Nova Família



LOCAL:
CHBA, 2º Piso (mesmo espaço do Cantinho da Amamentação)

HORÁRIO:
9.30h - 12.00h

DIAS DE ATENDIMENTO EM MARÇO DE 2012:
6, 8, 12, 14, 20, 23, 26, 27

Contactos:
965 959 554

Ganfe@hbalgarvio.min-saude.pt

UÉVORA CHBA

Cartão de visita *Menina*

Gabinete de Apoio À Nova Família



LOCAL:
CHBA, 2º Piso (mesmo espaço do Cantinho da Amamentação)

HORÁRIO:
9.30h - 12.00h

DIAS DE ATENDIMENTO EM MARÇO DE 2012:
6, 8, 12, 14, 20, 23, 26, 27

Contactos:
965 959 554

Ganfe@hbalgarvio.min-saude.pt

UÉVORA CHBA

Cartão de visita *Menino*

**ANEXO H – PÁGINA DA INTRANET DO CHBA A PUBLICITAR O
GABINETE DE APOIO À NOVA FAMÍLIA**

Internet Explorer window showing the Intranet of the Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. The page title is "Informações" and the main content is "Gabinete de Apoio à Nova Família - Fase Experimental".

MENU

- Início
- Informações
- Manual Hospitalar
- Formação
- Questões Frequentes
- Outros Assuntos
- Utilizadores
- Contactos

Informações

Gabinete de Apoio à Nova Família - Fase Experimental

por Joana Rita Sequeira, adicionado em 2012-04-10 13:12:12
atualizado por Joana Rita Sequeira em 2012-04-10 13:14:37

O puerperio é uma fase de adaptação física e emocional, onde a mulher experimenta sentimentos controversos e confronta-se com a realidade do pós-parto, muitas vezes diferente das expectativas que construiu durante a gestação. É um momento marcante para a nova família onde as necessidades de aprendizagem, de consolidação da unidade familiar e dos laços afetivos são elevadas. É um período onde as dúvidas surgem com muita facilidade e rapidamente a insegurança aumenta.



A existência do Gabinete de Apoio À Nova Família (GANF) surge a partir de um projecto académico do Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia e tem como objetivo criar uma "ponte" entre a saída do internamento de obstetrícia e o Curso de Conforto, bem-estar e promoção da saúde do bebé.

Ao GANF poderá recorrer a mãe/bebê/casal, sendo referenciados pelos serviços de obstetrícia, bloco de partos, neonatologia, cantinho da amamentação, urgência pediátrica, hospital de dia de pediatria ou podem vir do domicílio.

Os dias de atendimento do GANF serão alterados consoante o mês.

Horário: 9:30h às 12:00h.

Contactos telefónicos: 282 420 160 ou 965959554

e-mail: ganf@hb.algarvio.min-saude.pt

Anexos

- Imagem Nova Família
- Folheto Gabinete de Apoio Nova Família

Desenvolvido pelo Serviço de Informática do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, 2010 ©

**ANEXO I – PARTICIPAÇÃO NA AÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO À
POPULAÇÃO, NO CENTRO COMERCIAL AQUA EM PORTIMÃO**



Dia Internacional do **ENFERMEIRO** Especialista de Saúde Materna e Obstétrica / Parteira **5 Maio '12**



BARCELÓS, PORTO, COIMBRA,
LISBOA, PORTALEGRE, PORTIMÃO

Porto | 5 de maio

8h30 - Escola Superior de Enfermagem do Porto (Instituto D. Estação IPO, em frente ao IPO do Porto)

Tertúlia: «O meu parto foi...» «A minha experiência de amamentação foi...» «Ser Pai foi assim...»

Atividades: Aula de Preparação para o Parto e Parentalidade ao ar livre (traga toalha de praia)

Consultas Especializadas - GRATUITAS (traga os seus exames...)

Lisboa | 4 e 5 de maio

Auditério Basílio do ISCTE

XV Encontro Nacional da APED «Enfermeiro Obstetra: da produção científica... ao desenvolvimento profissional?»

Portalegre | 5 de maio

14h00 - Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Portalegre

Tertúlia: «O meu parto foi...» «A minha experiência de amamentação foi...» «Ser Pai foi assim...»

Atividades: Aulas de Preparação para o Parto e Parentalidade; Consultas de vigilância pré-natal, lanche e animação

Portimão | 5 de maio

17h00-18h00 - Centro Comercial Águas de Portimão

Atividades: Ação de sensibilização por enfermeiros especialistas; exibição de filme através das câmaras de TV do Centro Comercial sobre «Percurso da Mulher e da Criança no Centro Hospitalar do Barrovento Algarvio (CHBA)»

Palestras (Auditério CHBA): Preparação para o Parto; Consulta de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Aleitamento Materno; Gabinete de Apoio à nova família; Empowerment Parental Pós-Natal

30 abril a 11 maio

Exposição de posters no hall do CHBA alusivos às funções do EESMO / Parteira

Programas radiofónicos na Rádio Alentejo FM gn. 1 dedicados ao papel do EESMO / Parteira

Simpósio Satélite

Coimbra | 11 maio

18h30 - Auditório da Secção Regional do Centro

Debate «Evolução dos Cuidados de Saúde Primários - Que oportunidades para o desempenho das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica?»

Barcelos | 5 maio

17h00 - Auditório da Biblioteca Municipal de Barcelos

Palestra: «A importância do EESMO / Parteira na vida da mulher / família - Experiências, expectativas e necessidades dos rasteiros»



**ANEXO J – PARTICIPAÇÃO NA RADIO E NA PALESTRA NO AUDITÓRIO
DO CHBA**

DECLARAÇÃO

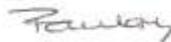
Para os devidos e legais efeitos se declara que a Enfermeira Lígia Eira, com o número mecanográfico 90238, a exercer funções no Serviço Bloco de Partos deste Centro Hospitalar,

- No âmbito das comemorações do Dia do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia/Parteiras, participou nas seguintes sessões:
 - a) Sensibilização à população, realizada no Centro Comercial AQUA, em Portimão, subordinado ao tema "*Gabinete de Apoio à Nova Família*", em 5 de Maio de 2012;
 - b) Palestra realizada no Auditório do CHBA subordinada ao mesmo tema, em 9 de Maio de 2012;
 - c) Gravações radiofónicas (Rádio Alvor) com o mesmo tema.

Por ser verdade e nos ter sido pedida se passa a presente declaração, que vai datada, assinada e autenticada com o selo branco em uso neste Hospital.

Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE, 29 de Agosto de 2012

A ENFERMEIRA DIRECTORA,



(Paula Franco)

ANEXO K – PROPRIEDADES DO COLOSTRO

| Propriedades | Importância |
|----------------------------|--|
| Rico em anti-corpos | Protege contra infecções e alergias. |
| Muitos tipos de leucócitos | Protegem contra infecção |
| Laxante | Elimina o mecónio e colabora na prevenção da icterícia |
| Factores de crescimento | Ajudam a maturação intestinal, previnem alergia e intolerância alimentar |
| Rico em vitamina A | Reduz a gravidade das infecções e previne doenças oculares |

Propriedades do colostro segundo Lothrop, 1997

ANEXO L – FICHA DA FAMÍLIA

Ficha Da Família: _____

Ficha nº ____

Nº de atendimentos: ____

Contato telefónico: _____

DADOS DA MÃE

| | | | | |
|--|--|----------|--|---------------|
| Nome | | | | |
| Idade | | | | |
| Morada | | | | |
| Antecedentes Pessoais | | | | |
| Antecedentes Familiares | | | | |
| Gestação | | Paridade | | Tipo de Parto |
| Intercorrências durante o internamento | | | | |

Evolução Puerperal:

| | |
|--------------------------------|--|
| Idade Puerperal | |
| Pele e mucosas | |
| Mamas e mamilos | |
| Involução uterina e lóquios | |
| Membros inferiores | |
| Observações gerais | |

Amamentação:

| |
|--|
| |
|--|

Apoio Familiar:

Sim Não

Se sim, quais os familiares: _____

Existência de filhos mais velhos (indicar o número e idades): _____

DADOS DO RECÉM-NASCIDO

| | |
|--|---|
| Nome | |
| Idade | |
| Peso ao nascer | |
| Peso atual | |
| Intercorrências durante o internamento | |
| Alimentação | Leite materno exclusivo <input type="checkbox"/> Leite artificial <input type="checkbox"/> Misto <input type="checkbox"/> |
| Observações gerais | |

MOTIVO DO CONTATO COM O GANF

| |
|--|
| |
|--|

| Probelmas/Preocupações verbalizadas pela famíia | Ensinos realizados/Plano negociado com a Família |
|--|---|
| | |
| <p>Programado novo contato Presencial <input type="checkbox"/> Telefónico <input type="checkbox"/></p> <p>Dia: _____</p> | |

Enfermeiro: _____

Data: _____

ANEXO M – FICHA DE SEGUIMENTO DA FAMÍLIA

MOTIVO DO CONTATO COM O GANF

Ficha nº ____

Contato telefónico/presencial

| |
|--|
| |
|--|

| <i>Aspectos referidos pela família</i> | <i>Ensinos realizados</i> |
|--|---------------------------|
| | |
| Evolução: | |
| Programado novo contato Presencial <input type="checkbox"/> Telefónico <input type="checkbox"/> | |
| Dia: _____ | |

Enfermeiro: _____

Data: _____

ANEXO N – AGENDA MENSAL

MÊS: MARÇO 2012

| Dias | Números das Fichas de Família |
|------|-------------------------------|
| 6 | |
| 8 | |
| 12 | |
| 14 | |
| 20 | |
| 23 | |
| 26 | |
| 27 | |

ANEXO O – SESSÃO DE ESCLARECIMENTO À NOVA FAMÍLIA

A FAMÍLIA NO PÓS-PARTO



Apresentado por:
AEESSMO Lúcia Eira

Com a colaboração de:
Enfª Ess. Ana Rita Góis

A FAMÍLIA NO PÓS-PARTO

CONTEÚDOS DA SESSÃO:

- A importância da família;
- O pós-parto;
- *Blues* pós-parto;
- Como ajudar a “nova” família.



A FAMÍLIA NO PÓS-PARTO

A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA :




A FAMÍLIA NO PÓS-PARTO

O PÓS-PARTO:




A FAMÍLIA NO PÓS-PARTO

TRISTEZA OU “BLUES” PÓS-PARTO

- Tristeza;
- Melancolia;
- Fortes alterações de humor.

2-5 DIAS DEPOIS DO PARTO

ALTERAÇÕES HORMONAIS




A FAMÍLIA NO PÓS-PARTO

TRISTEZA OU “BLUES” PÓS-PARTO

- Cansaço;
- Insónias;
- Irritabilidade;
- Ansiedade;
- Alteração do apetite;
- Preocupação excessiva com o papel de mãe.



TRISTEZA OU "BLUES" PÓS-PARTO



"BLUES PÓS-PARTO

COMO AJUDAR:

- LEMBRAR QUE É UMA FASE NORMAL DO PÓS-PARTO
- É NATURAL SENTIR-SE SOBRECARRREGADA, EXAUSTA E INSEGURA
- SER PACIENTE, SABER OUVIR, DEIXAR CHORAR, APOIAR

"BLUES PÓS-PARTO

COMO AJUDAR:

- LIMITAR VISITAS, ATENDER TELEFONE
- FAZER COMIDA, LIDA DA CASA
- PROPORCIONAR DESCANSO E MIMAR!

"BLUES PÓS-PARTO

QUANDO PROCURAR AJUDA:



Cuidados ao bebé

- **A Icterícia do bebé**
- **O Coto umbilical**
- **As cólicas do bebé**

E QUANDO O BEBÉ ESTÁ AMARELO?...



A ICTERICIA



COTO UMBILICAL: COMO CUIDAR?



A FAMÍLIA NO PÓS-PARTO

O COTO UMBILICAL

- LIVRE** • Não usar faixas. Se existir uma hérnia umbilical as faixas podem provocar o seu estrangulamento
- LIMPO** • Compressas esterilizadas e soro fisiológico
- SECO** • Álcool a 70° se infecção ou sujo com fezes e/ou urina
- As faixas não deixam secar bem o coto umbilical, podendo levar ao aparecimento de infecção
- Fora da fralda



15

A FAMÍLIA NO PÓS-PARTO

AS CÓLICAS DO RECÉM-NASCIDO CARACTERÍSTICAS



16

A FAMÍLIA NO PÓS-PARTO

AS CÓLICAS DO RECÉM-NASCIDO - CAUSAS



17

A FAMÍLIA NO PÓS-PARTO

AS CÓLICAS DO RECÉM-NASCIDO - COMO AJUDAR



18

A FAMÍLIA NO PÓS-PARTO

ATÉ QUANDO O BEBÉ DEVE MAMAR SÓ O LEITE DA MÃE?



19

A FAMÍLIA NO PÓS-PARTO

Leite Materno em exclusivo até aos 6 meses de idade



A FAMÍLIA NO PÓS-PARTO

Oferecer todo o leite de uma mama...

- Rico em água
- Rico em elementos essenciais
- Rico em gordura

Constituição do leite materno varia ao longo da mamada

A FAMÍLIA NO PÓS-PARTO

O BEBÉ DEVE SER ACORDADO PARA MAMAR DURANTE A NOITE?



22

A FAMÍLIA NO PÓS-PARTO

No 1º mês é fundamental manter a amamentação igualmente durante a noite

Mamam durante a noite

Dormir a noite toda

Hipoglicémia

Perda de peso acentuada

Aumento de peso

Qtd da produção de leite

Mantem a produção de leite

Introdução de leite artificial

23

A FAMÍLIA NO PÓS-PARTO

O LEITE MATERNO É IGUAL PARA TODAS AS MÃES?

24

A FAMÍLIA NO PÓS-PARTO

Leite materno pode ter cor branca ou cinza

Leite materno é mais fluido que o leite de vaca

O leite é adaptado ao bebé, tendo em conta a sua idade e as suas necessidades

25

A FAMÍLIA NO PÓS-PARTO

COMO DEVE SER A ALIMENTAÇÃO DA MÃE QUE AMAMENTA?

26

A FAMÍLIA NO PÓS-PARTO

Alimentos provocam alergias?

Alguns alimentos aumentam a produção de leite?

Alimentos provocam cólicas?

Algumas bebidas aumentam a produção de leite?

Importante a ingestão de todos os alimentos

27

A FAMÍLIA NO PÓS-PARTO

AVÓS EM ALERTA...

STRESS

FALTA DE DESCANSO

LABILIDADE EMOCIONAL

ALIMENTAÇÃO INADEQUADA

DIMINUIÇÃO DE PRODUÇÃO DE LEITE

28

SE QUEREMOS QUE A MATERNIDADE SEJA UM MAR DE ROSAS,

É IMPORTANTE QUE A FAMÍLIA AJUDE A RETIRAR OS ESPINHOS.

29

Obrigada

30

ANEXO P – FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA O “CURSO DE CONFORTO, BEM-ESTAR E PROMOÇÃO DA SAÚDE DO BEBÉ”

**ENCAMINHAMENTO PARA O CURSO CONFORTO, BEM-ESTAR E PROMOÇÃO DA SAÚDE DO
BEBÉ**

| Nome mãe | Nome bebé | Data nascimento | Tipo de parto | Contacto |
|-----------------------------|-----------|-----------------|---------------|-----------|
| Ana Catarina (enfª CHBA) | Alice | 27/02/2012 | cesariana | 963484268 |
| Ana Raquel | Vitor | 25/02/2012 | ventosa | 963346995 |
| Diana Soares | Raquel | 28/01/2012 | cesariana | 926263121 |
| Maria Regino | Matilde | 08/03/2012 | cesariana | 967428409 |
| Belinda Guerreiro | Inês | 07/03/2012 | eutocico | 962256183 |
| Elsa Santos | Lia | 03/03/2012 | ventosa | 962369914 |

| Nome mãe | Nome bebé | Data nascimento | Tipo de parto | Contacto |
|--|-----------|-----------------|---------------|-----------|
| Catarina Pinto (Assistente operacional CHBA) | Júlia | 14/03/2012 | cesariana | 961488153 |
| Sónia Domingos | Dinis | 23/03/2012 | eutocico | 933274589 |
| Paloma Rios | Victoria | 26/03/2012 | eutócico | 926846217 |
| Cristina Rodrigues | Afonso | 29/03/2012 | cesariana | 966439553 |
| Vanda Gato | Bernardo | 30/03/2012 | | 933983879 |

| Nome mãe | Nome bebé | Data nascimento | Tipo de parto | Contacto |
|------------------|-----------|-----------------|---------------|------------------------|
| Vera Patricio | Bernardo | 06/04/2012 | | 966349534 |
| Patrícia Augusto | Alice | 13/04/2012 | ventosa | 967003559 |
| Ana Filipa | Mafalda | 20/04/2012 | cesariana | 963533930 916336668 |

**ANEXO Q – PROCESSOS INVOLUTIVOS NORMAIS QUE DECORREM NO
PUERPÉRIO**

Sistema Reprodutor

| | |
|-------------------|--|
| Útero | <p>Ocorre uma rápida involução. Entre o 10º e 14º dia o útero encontra-se na cavidade pélvica (Crum, 2008).</p> |
| | <p>A involução uterina resulta das contrações miométriais e da autólise das células e tecidos (Crum, 2008).</p> <p>As contrações apresentam-se em intervalos e forças irregulares. Normalmente são mais intensas nas múltiparas que nas primíparas – a cada gravidez o músculo uterino perde elasticidade, necessitando assim de contrair mais vigorosamente para ser eficaz. São mais intensas também nas mulheres que amamentam visto que a libertação de ocitocina estimula o músculo uterino (Crum, 2008).</p> |
| Endométrio | <p>Durante o período pós-parto a cicatrização e a regeneração recuperam a estrutura e funcionalidade (Crum, 2008).</p> <p>A regeneração do tecido endometrial é rápida, com excepção do local da placenta que demora mais tempo a cicatrizar. À medida que o local de implantação placentária cicatriza, o tecido endometrial substitui lentamente a decídua basal (Rezende & Montenegro, 1999).</p> |
| | <p>No pós-parto imediato, as contrações uterinas comprimem os vasos sanguíneos favorecendo a hemostase. Nos 2º e 3º dias pós-parto a decídua diferencia-se em duas camadas: a superficial desprende-se e constitui parte dos lóquios, a camada mais profunda permanece aderente à parede uterina. Ao 16º dia, o endométrio está totalmente recuperado, com excepção do local de implantação da placenta que demora mais tempo a regenerar (Graça, 2005).</p> |
| Cérvice | <p>O orifício externo contrai-se lentamente e ao fim de 3 dias pós-parto apresenta-se flácido e aberto 2 a 3 cm. No fim da primeira semana o orifício está contraído e existe um aumento do tónus cervical (Branden, 2000).</p> |
| Vagina | <p>No pós-parto imediato verifica-se edema vaginal, com relaxamento das paredes vaginais. Ao fim de 3 semanas a vagina reaquiere a aparência do período pré-gravídico. Nas mulheres que não amamentam esta regressão pode demorar 6 a 10 semanas. No entanto, as que amamentam referem uma redução da lubrificação vaginal e diminuição da resposta sexual, devido ao hipoestrogenismo secundário à lactação (Rezende, 1995).</p> |
| Lóquios | <p>Os lóquios são as secreções eliminadas pelo útero durante o puerpério (Silva, 2007).</p> |
| | <p>Segundo Branden (2000) os lóquios passam por 3 fases concretas, indicando a progressiva cicatrização endometrial. O autor refere que os lóquios iniciais, até aos 4 dias após o parto são hemáticos; do 5º ao 7º dia passam a lóquios serosos; 1 a 3 semanas após o parto podem verificar-se esbranquiçados.</p> |

| | | |
|----------------------------------|--|----------------------------------|
| Ovários | Na mulher que não amamenta a função dos ovários retorna à normalidade de 6 a 8 semanas após o parto. Nas mulheres que amamentam a ovulação é menos frequente, no entanto, a ovulação e gravidez podem ocorrer ainda durante a lactação (Graça, 2005). | |
| Mamas | As alterações mamárias que surgem durante a gravidez progridem após o parto, mais profundamente nas que amamentam. A mama tendencialmente aumenta de tamanho consoante a descida de leite, as aréolas e mamilos também sofrem alterações ficando a pigmentação mais escura e o mamilo mais proeminente (Lowdermilk, 2008). | |
| Sistema Cardiovascular | Depois do nascimento, os líquidos extravasculares são redireccionados para a circulação para compensar a perda de sangue ocorrida no parto. O excesso de líquido é também excretado pelo sistema renal e pela transpiração (Rezende, 1995). | |
| | Os valores tensionais devem ser semelhantes aos conhecidos durante o 3º trimestre de gestação (Crum, 2008). | |
| | A pressão venosa aumentada nos membros inferiores, as varizes vulvares e das pernas, as hemorróidas diminuem com a involução uterina (Crum, 2008). | |
| Sistema Endócrino | Este sistema passa por profundas alterações no período pós-parto. Com a saída da placenta ocorre uma diminuição súbita de estrogénio; a progesterona diminui também abaixo dos níveis normais. Verifica-se também a diminuição progressiva, até que são eliminados da corrente, as hormonas HPL e hCG que surgiram numa próxima gravidez (Crum, 2008). | |
| Sistema respiratório | Verifica-se a regressão das alterações respiratórias ocorridas principalmente no 3º trimestre de gestação e que estavam relacionadas com falta de ar, desconforto torácico, redução de tolerância a esforços físicos (Crum, 2008). | |
| Sistema urinário | No puerpério a bexiga tem a sua capacidade aumentada. A maior distensão, esvaziamento incompleto e resíduo urinário são aspectos comuns de acontecer. O facto da bexiga ter sofrido algum traumatismo secundário ao parto ou o uso frequente de sondas de esvaziamento vesical durante o trabalho de parto podem ser indicadores de maior susceptibilidade a infecções (Crum, 2008). A diurese é diminuída no início do puerpério sendo que entre o 3º e 5º dia após o parto o volume eliminado aumenta pela água extracelular que começa a ser excretada (Crum, 2008). | |
| | Os níveis dos componentes sanguíneos podem variar no período pós-parto (Crum, 2008): | |
| | <table border="1"> <tr> <td data-bbox="504 1921 703 2020">Componentes da coagulação</td> <td data-bbox="703 1921 1332 2020">Está aumentada na gravidez e no trabalho de parto, normalizando-se gradativamente. O aumento da coagulação induzida pelo trabalho de</td> </tr> </table> | Componentes da coagulação |
| Componentes da coagulação | Está aumentada na gravidez e no trabalho de parto, normalizando-se gradativamente. O aumento da coagulação induzida pelo trabalho de | |

| | | |
|-----------------------------|----------------------------------|--|
| Sistema Hematológico | | parto e parto aumenta o risco de tromboembolia. |
| | Hemoglobina e hematócrito | Em partos eutócicos sem complicações os valores de hemograma mantêm-se semelhantes aos anteriores ao parto, apesar da perda sanguínea. Em partos complicados ou por cesariana pode verificar-se uma diminuição dos valores hematológicos. |
| | Glóbulos vermelhos | Em mulheres saudáveis e bem nutridas os glóbulos vermelhos voltam aos parâmetros normais ao fim de 6 semanas. |
| | Leucócitos | A leucometria aumenta nos primeiros 12 dias após o parto. É uma resposta normal do organismo mas que pode dificultar um diagnóstico de infecção puerperal. |

| | | |
|---------------------------------|---|---|
| Sistema gastrointestinal | Este sistema readquire as suas funções normais logo após o parto (Branden, 2000): | |
| | Apetite | Logo após o parto o apetite está aumentado devido à suspensão de ingestão de alimentos durante o trabalho de parto e aos esforços expulsivos. O apetite tende a voltar ao normal ao fim de 2 dias. |
| | Motilidade gastrointestinal | Após o parto a função intestinal normal é readquirida rapidamente. Numa cesariana pode demorar mais tempo devido aos efeitos anestésicos e à manipulação do intestino aquando a cirurgia. A evacuação de fezes normaliza ao fim de 2 dias após o parto. No entanto, a puérpera pode ter receio pela dor, pela existência de hemorróidas ou por pensar que pode prejudicar a episiorrafia – nestes casos podem ser administrados laxantes ou emoliente fecal para minimizar a dor e tornar as fezes mais moles. |

| | | |
|------------------------------------|--|--|
| Sistema músculo-esquelético | Crum (2008) refere que as alterações deste sistema causadas pela gravidez regridem após o parto, ficando as articulações e músculos com alguns efeitos secundários: | |
| | O nascimento elimina a sobrecarga de peso e suprime a produção de relaxina (esta hormona promove o amolecimento das articulações pélvicas, pode distender a união entre os ossos da bacia e alarga o canal de passagem do feto). | |
| | No 3º trimestre de gestação pode ocorrer a diástase dos músculos retos abdominais. Esta situação poderá ser corrigida com exercícios abdominais no pós-parto. | |

| | |
|---------------------------|---|
| Sistema tegumentar | A hiperpigmentação da face, abdómen e mamas intensifica-se no puerpério imediato, ficando mais atenuada ao longo do puerpério (Branden, 2000). As estrias que surgem durante a gravidez podem tornar-se menos evidentes mas nunca desaparecem por completo (Crum, 2008). |
|---------------------------|---|

| | |
|--|--|
| | Este sistema está inibido durante a gravidez para evitar que o organismo rejeite o feto, vai readquirir a sua função normal logo após o parto. No entanto, há que ter em atenção as puérperas Rh negativas: se o bebé for Rh |
|--|--|

| | |
|----------------------------|---|
| Sistema imunológico | positivo pode sensibilizar ao antígeno Rh das hemácias do RN e produzir anticorpos, o que poderia gerar problemas nas gravidezes posteriores. Para evitar este problema, a grávida com Rh negativo deve receber uma imunoglobulina anti-Rh na 28ª semana de gestação e uma segunda dose até 72 horas após o parto (Crum, 2008). |
|----------------------------|---|

**ANEXO R – NORMA DE ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM PARA A LIMPEZA
DO COTO UMBILICAL**

| | | | |
|--|--|--|----------------------------|
|  | NORMA DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM | N.º 14/XI/E DATA: 12/11/2010 | FOLHA 1/3 |
| ASSUNTO: <p style="text-align: center;">FERIDA UMBILICAL</p> | | ELABORADA E REVISTO POR: Enº Chefe S. Pediatria Enº Chefe Urgência Pediátrica Enº Chefe S. Obstetria Enº Chefe Bloco Partos Em: 08/11/2010 | |
| DIVULGAÇÃO: Manual Hospitalar Manual Enfermagem – Capítulo XI Pediatria/Urgência Pediátrica/Obstetria/Bloco Partos | | APROVADA POR: Enº Directora Documento Aprovado Original Arquivado | |
| ENTRADA EM VIGOR: Imediata | | Em: 12/11/2010 | |
| SUBSTITUI: NP 14/XI/E, de 07/08/2007 (2ª Versão) | | A REVER EM: | |
| PALAVRAS-CHAVE: Ferida umbilical | | Novembro 2013 | |

I-DEFINIÇÃO

Consiste em cuidar a ferida umbilical através de cuidados de vigilância e limpeza.

II – OBJECTIVOS

- Favorecer a cicatrização da ferida umbilical;
- Facilitar o processo de mumificação do coto umbilical;
- Promover a manutenção de tegumento íntegro, através da profilaxia da infecção.

III – INFORMAÇÕES GERAIS

A – QUEM EXECUTA

- Os Enfermeiros e/ou Cuidador (em situação de autonomia para a tarefa)

B – HORÁRIO

- Sem horário

C – CONSIDERAÇÕES GERAIS

- Incentivar o cuidador do recém-nascido a participar nos procedimentos, instruindo sempre que oportuno;

| | | |
|-------------------------|---------------------------------|--------------|
| FERIDA UMBILICAL | N.º 14/XI/E DATA: 12/11/2010 | FOLHA 2/3 |
|-------------------------|---------------------------------|--------------|

- Respeitar os períodos de sono do recém-nascido, realizando os procedimentos durante a sua vigília;
- Gerir o ambiente: controlar a temperatura ($\pm 27^{\circ}\text{C}$) quando se despe o recém-nascido;
- Manter o recém-nascido em segurança, utilizando movimentos suaves e firmes na manipulação;
- Observar o estado de mumificação do cordão umbilical;
- Manter seca e limpa toda a zona circundante do coto umbilical.

IV – MATERIAL NECESSÁRIO PARA DESINFECTAR O COTO UMBILICAL

- ✓ Compressas Esterilizadas
- ✓ Álcool a 70 °

V – PROCEDIMENTOS

| INTERVENÇÕES | JUSTIFICAÇÃO |
|--|--|
| Gerir ambiente | Proporciona conforto, mantém o ambiente normotermico e evita perdas de calor |
| Lavar as mãos | Contribui para o controlo da infeção |
| Despir recém-nascido, para visualizar o abdómen | Visualiza a região umbilical |
| Vigiar coto umbilical (aspecto e cheiro) | Detecta sinais inflamatórios, presença de exsudado e cheiro fétido |
| Lavar com cloreto de sódio 0,9% e secar. Em caso de sinais inflamatórios: Aplicar solução desinfectante (Álcool a 70°), com compressa esterilizada, na zona periumbilical, coto e mola | Previne a infeção |
| Colocar fralda, deixando a descoberto a área umbilical | Favorece a mumificação e queda do coto umbilical |



| | | |
|-------------------------|---------------------------------|-------------|
| FERIDA UMBILICAL | N.º 14/XI/E DATA: 12/11/2010 | FOLHA 33 |
|-------------------------|---------------------------------|-------------|

V – PROCEDIMENTOS (cont)

| INTERVENÇÕES | JUSTIFICAÇÃO |
|--|---|
| Vestir recém-nascido | Assegura o conforto |
| Lavar as mãos | Contribui para o controlo da infeção |
| Ensinar, Instruir e Treinar o cuidador | Promove a autonomia do cuidador e desenvolve competências parentais |

VI – EVIDÊNCIAS

- CIPE/SAPE – REGISTOS

BIBLIOGRAFIA:

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP)** Versão beta. Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2000.

HOCKENBERRY M. WINKLSTEIN, W. – Wong - **Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**, 7 Edição, Mosby Elsevier 2006

ANEXO S – CONSERVAÇÃO DO LEITE MATERNO

| Leite materno extraído | Validade |
|-------------------------------|-----------------|
| ☑ Temperatura ambiente | 6/8 h |

| Leite materno conservado no frigorífico | Validade |
|---|-----------------|
| ☑ Fundo da 1ª prateleira do frigorífico (0/4º) | 8 dias |
| ☑ Fundo da 1ª prateleira do frigorífico (4/10º) | 3/5 dias |

| Leite materno congelado | Validade |
|------------------------------------|-----------------|
| ☑ Congelador dentro do frigorífico | 2 semanas |
| ☑ Congelar (Tipo combinado) | 3/6 meses |
| ☑ Em arca | + 6 meses |

Validade do leite materno

ANEXO T – FICHA DE OPINIÃO DAS FAMÍLIAS

1. No 1º mês quais foram as dificuldades mais sentidas?

2. Quem foi a pessoa de referência que mais a apoiou?

3. Qual o grau de satisfação em relação ao serviço prestado pelo GANF?

a) Não satisfaz ____

b) Satisfaz ____

c) Muito bom ____

4. Sugestões de melhoria para o GANF

ANEXO U – CRONOGRAMA

| Fase de Projecto | | | | | | | | | | | | |
|------------------|---|--|---|---|---|--|--|--|--|--|--|---|
| Actividade 1 | | | ↔ | | | | | | | | | |
| Actividade 2 | ← | | | | | | | | | | | → |
| Actividade 3 | | | | | ↔ | | | | | | | |
| Actividade 4 | | | | | ↔ | | | | | | | |
| Actividade 5 | | | | ↔ | | | | | | | | |
| Actividade 6 | | | | | ↔ | | | | | | | |
| Actividade 7 | | | | | ↔ | | | | | | | |

| Fase de Intervenção | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|--|--|--|--|--|--|---|--|--|---|--|--|
| Actividade 1 | | | | | | | ← | | | → | | |
| Actividade 2 | | | | | | | ← | | | → | | |

| Fase de Relatório | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|---|
| | | | | | | | | | | | ← | → |

| Out. | Nov. | Dez. | Jan. | Fev. | Mar. | Abr. | Mai. | Jun. | Jul. | Ago. | Set. |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 2011 | | | 2012 | | | | | | | | |

**ANEXO V – COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
SAÚDE MATERNA, OBSTETRÍCIA E GINECOLÓGICA**

| Competências | Intervenções a desenvolver |
|--|---|
| 1. Promover a saúde da mulher e do RN após o parto | <ul style="list-style-type: none"> • Informar e orientar acerca dos recursos existentes na comunidade que servem de apoio à mulher nesta fase, permitindo-lhe uma escolha esclarecida. • Informa e orienta a mulher acerca do crescimento, desenvolvimentos e sinais e sintomas de alerta do RN. • Informa e orienta a mulher acerca da sexualidade e contraceção no pós-parto. • Promove, protege e apoia o aleitamento materno. • Promoção e apoio à adaptação pós-parto. • Participa ativamente na promoção da saúde mental vivenciada no puerpério, contribuindo para o estabelecimento da parentalidade responsável. |
| 2. Detecta precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do RN no puerpério. | <ul style="list-style-type: none"> • Educa e promove acerca do auto-cuidado e cuidados ao RN. • Monitoriza a transição nos processos de adaptação à parentalidade, no assumir de novos papéis, identificando e encaminhando situações de risco. • Encaminha as situações de risco maternas ou infantis que estão para além da sua área de atuação. • Identifica complicações do pós-parto para profissional indicado para a situação em causa. • Intervenem com a finalidade de potenciar a saúde da mulher no período puerperal. |
| 3. Presta cuidados aquando uma situação/complicação na saúde da mulher e/ou RN, decorrente no período puerperal. | <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolve medidas de suporte emocional e psicológico à puérpera e família nuclear e alargada. • Participa ativamente na recuperação do pós-parto. • Presta cuidados à mulher com complicações no pós-parto ou com patologia associada. • Apoia e desenvolve intervenções de suporte e compreensão à família em situação de alterações morfológicas e/ou funcionais do RN. • Intervenem aquando em situações de luto fetal/neo-natal • Cooperam com outros profissionais aquando no tratamento de complicações decorrentes do período pós-parto, ou decorrentes de patologias associadas ou aquando patologias do RN no período neo-natal. |

Quadro referente às competências do enfermeiro especialista em saúde materna, obstétrica e ginecológica no período pós-natal, adaptado do regulamento emanado pela Ordem dos Enfermeiros (2010)