



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório Estágio

**A Visita Guiada Pré-Natal como Elemento Chave no Acolhimento
da Grávida no Bloco de Partos**

Autor

Ana Emília Reis da Silva Gomes Tiago

Orientador:

Professora Doutora, Maria Margarida Sim Sim

8 de outubro de 2012

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório Estágio

**A Visita Guiada Pré-Natal como Elemento Chave no Acolhimento
da Grávida no Bloco de Partos**

Autor

Ana Emília Reis da Silva Gomes Tiago

Orientador:

Professora Doutora, Maria Margarida Sim Sim

Agradecimentos

À senhora Professora Doutora Margarida Sim Sim pela orientação, amizade e estímulo dispensados.

Às minhas amigas Paula, Sandra, Olga e Rita pela amizade, apoio, incentivo e permanente disponibilidade ao longo desta caminhada.

À instituição de saúde que aceitou colaborar no nosso projeto de intervenção, não esquecendo, em particular, toda a colaboração prestada pelas enfermeiras do serviço de Bloco de partos do HDS e as puérperas que fizeram parte do questionário.

Família, a todos vós, pelo vosso amor, paciência, compreensão e ânimo!

MUITO OBRIGADO

*“(...)tudo farei para manter e elevar
o nível da minha profissão(...)”*

Florence Nightingale

RESUMO

Título: A visita guiada pré-natal como elemento chave no acolhimento da grávida no bloco de partos do HDS

A visita guiada pré-natal no bloco de partos é uma atividade do nosso cotidiano do cuidar em enfermagem e foi o eixo norteador da temática do projeto. Advém da articulação dos cuidados de saúde primários, sendo uma estratégia institucional e um pilar de humanização no acolhimento em contexto de nascimento.

A ESMO é a profissional preparada para assistir a mulher grávida / casal no processo de gravidez, parto e maternidade.

O relatório tem por objetivo descrever a intervenção realizada em contexto profissional, a visita guiada pré-natal, contemplando as três áreas de atuação (Prestação, Gestão dos Cuidados e Metodologias de Formação), com o intuito de presentear os prestadores de cuidados e seus beneficiários: grávida/casal. Desta atuação emergem instrumentos formulados (norma, guia, panfleto, poster e publicações) com orientações precisas, tendo como objetivo, além de contribuir para o desenvolvimento e crescimento pessoal, serem também contributos relevantes para a população alvo e todos os intervenientes da instituição acolhedora.

Palavras-chave: Visita guiada pré-natal, grávida, acolhimento, humanização

ABSTRACT

Title: The guided prenatal visit as a key element in the host block deliveries of HDS

The prenatal visit in the block of births is an activity of our daily nursing care and was a guiding theme of the project. Arises from the articulation of primary health care with differentiated, and an institutional strategy and a pillar of the humanization of birth care in context.

The ESMO is prepared to assist the professional pregnant women / couples in the process of pregnancy, childbirth and motherhood. The report aims to describe the intervention performed, the guided prenatal visit, in a professional context, addressing the three areas of performance (Performance Management, Care and Training Methodologies), with the aim of giving care providers and their beneficiaries: pregnant woman / couple. This action made instruments emerge (guide, pamphlet, poster and publications) with precise guidelines, aiming, and contribute to the development and personal growth, contributions will also be relevant to the target population and all stakeholders of the host institution.

Key words: Prenatal visit, pregnancy, host, humanization

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	11
2. ANÁLISE DO CONTEXTO	14
2.1 CARATERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO PROJETO	20
2.2 CARATERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS	22
2.3 DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	25
3-ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES.....	27
3.1 CARATERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/UTENTES.....	28
3.2-CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECIFICAS DA POPULAÇÃO-ALVO	30
3.3 ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM A POPULAÇÃO- ALVO	31
3.4 - RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO	31
4-ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS	32
4.1 - OBJETIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO-ALVO	32
5-ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES.....	33
5.1-CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS.....	43
5.2-ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL	43
5.3-CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA	44
6 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO	45
6.1 - AVALIAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS ÀS PUÉRPERAS	45
6.2-AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE FORMAÇÃO	47

6.3-A AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE ORIENTAR AS MULHERES NO ESPAÇO DE NASCIMENTO	48
--	-----------

6.4 - FEEDBACK DA ATIVIDADE DIVULGAÇÃO DA VISITA GUIADA PRÉ-NATAL À POPULAÇÃO.....	49
---	-----------

7 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS.....	50
---	-----------

8 - CONCLUSÃO.....	53
---------------------------	-----------

APÊNDICES

Apêndice I	Projeto de Mestrado	61
Apêndice II	Organograma dos Departamentos do HDS	69
Apêndice III	Planta do Bloco de Partos do HDS	71
Apêndice IV	Questionário da Caracterização da Equipa de enfermagem do Bloco de Partos	73
Apêndice V	Análise dos dados questionário à equipa de enfermagem	75
Apêndice VI	Identificação dos artigos pesquisados	80
Apêndice VII	Guia de acolhimento do HDS	84
Apêndice VIII	Panfleto – Informações úteis para a grávida	87
Apêndice IX	Norma de Acolhimento da grávida durante a visita guiada pré-natal	89
Apêndice X	Plano da Sessão: Apresentação dos instrumentos orientadores da visita pré-natal (Guia de Acolhimento, Panfleto e Norma)	93
Apêndice XI	Planificação da sessão: Apresentação dos instrumentos orientadores da visita pré-natal (Guia de Acolhimento, Panfleto e Norma)	95
Apêndice XII	Plano da Sessão Humanização – Um desafio na equipa de saúde	97
Apêndice XIII	Planificação da Sessão Humanização – Um desafio na equipa de saúde	99
Apêndice XIV	Apresentação da Sessão de formação: Humanização - Um desafio na equipa de saúde (powerpoint)	101
Apêndice XV	Poster (Acolher – para nascer com um sorriso)	111
Apêndice XVI	Notícia do jornal “Correio do Ribatejo”	113
Apêndice XVII	Comunicação na “Rádio Pernes”	115
Apêndice XVIII	Informação online (intranet e internet)	117
Apêndice XIX	Pedido de autorização	119

Apêndice XX	Questionário: Analisar a satisfação das puérperas face aos cuidados de saúde	121
Apêndice XXI	Análise do questionário às puérperas	124
Apêndice XXII	Avaliação da 1ª Ação de formação – Apresentação dos instrumentos orientadores da visita	131
Apêndice XXIII	Avaliação da 2ª Ação de formação	133
Apêndice XXIV	Questionário e análise da 2ª ação de formação	135
Apêndice XXV	Feedback da divulgação da visita pré-natal pelo Diretor de Serviço do Ginecologia e Obstetrícia do HDS	140
Apêndice XXVI	Feedback da divulgação da visita pré-natal pela Enfermeira Chefe da Consulta Externa do serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HDS	142
Apêndice XXVII	Publicação na Newsletter do HDS <i>in</i> Forma, suplemento científico, edição N° 42	144

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Localização do Concelho de Santarém	20
Figura 2. Localização do HDS no Concelho e no País	27

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Área de influência do Hospital	22
Gráfica 2. Partos por Distrito no ano de 2011	28
Gráfico 3. Partos por Concelho em 2011	29

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. População residente no ano de 2011	21
Quadro 2. Partos por Distrito no ano de 2011	29

1. INTRODUÇÃO

A decisão de uma mulher pelo espaço de nascimento do seu filho é cada vez mais uma realidade e uma escolha planeada, bem pensada e consciencializada ao longo da gravidez/pré-natal. Com base neste pressuposto e a legitimar a informação a dar em concreto a estas mulheres/casais grávidos, nasce como resposta e contributo o projeto de mestrado - **A visita guiada pré-natal como elemento chave no acolhimento da grávida no bloco de partos do Hospital Distrital de Santarém [HDS]**, - que é um procedimento da equipa de Enfermagem de saúde materna e obstétrica, que pretende minimizar a ansiedade destas, proporcionando-lhes previamente o contato com o local, munindo-as de conhecimentos específicos para o momento do parto. Para tal, deverá ser preocupação de cada lugar onde se pratica obstetrícia, conceber um modelo assistencial, personalizado e centrado na saúde da mulher.

A necessidade de criar sistemas de qualidade em saúde está hoje formalmente assumida quer por instâncias internacionais, como a Organização Mundial da Saúde [OMS] e o Conselho Nacional de Enfermeiros [CNE], quer por Organizações como o Conselho Nacional da Qualidade [CNQ].

No caso da enfermagem, esta responsabilidade está ao cargo da Ordem dos Enfermeiros [OE] a quem compete definir os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Por sua vez cabe às intuições adequar os recursos e incrementar as estruturas que possibilitem o exercício profissional de qualidade (OE, 2002).

Neste contexto do projeto dos padrões de qualidade a implementar na instituição HDS (Serviço de Bloco de Partos) surgiu um projeto na área de formação em serviço, do qual fazemos parte, com o nome “Acolher... para nascer com um sorriso”. Este visa a promoção da qualidade dos cuidados prestados na área da satisfação do cliente e constituiu a base motivacional para conceber a temática e o projeto de mestrado “**A visita guiada pré-natal como elemento chave no acolhimento da grávida no bloco de partos**” que privilegia a corrente do parto humanizado, agilizando a reflexão na ação, imprescindível na Enfermagem (Waldow, 2009).

Ao iniciarmos esta reflexão, remetemo-nos primeiramente ao **conceito de atenção humanizada** que é vasto e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal que se inicia no pré-natal e procura garantir que a

equipe de saúde ponha em prática procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebé e que preserve a sua privacidade e a sua autonomia. (Mota, Martins & Vêras, 2006).

A atenção humanizada observa-se em 3 vertentes nomeadamente na área da maternidade, parto e no acolhimento/atendimento ao cliente. A área da maternidade possui em si algo de mágico. A capacidade do ser humano poder gerar e criar outro novo ser dentro de si é algo fascinante, pela maravilha que é o nascimento de uma criança (Canavarro,2001). O parto, pela sua natureza, não é um evento neutro; ele tem força para mobilizar grandes níveis de ansiedade, medo, excitação e expectativa e, pela sua intensidade, pode ajudar na reformulação da identidade da mulher (Peterson, 1996). O tipo de acolhimento prestado à mulher nos momentos que cercam o parto é fundamental para a confiança na sua capacidade de ser mãe e de cuidar de outro ser humano. Para (Klaus & Kennell,1992) ser valorizada e apoiada pode reforçar na mulher sentimentos de ser capaz e de poder assumir a sua identidade materna. Este acolhimento aparece como “estratégia de reorganização da assistência” (Leite, J. C. A.; Maia, C. C. A., & Sena, R. R., 1999) ou como o “dispositivo operacional” básico do “modelo tecno-assistencial” (Franco, T. B.; Bueno, W. S. & Merphy, E. E., 1999).

Neste contexto emerge o **objetivo geral** do trabalho de projeto de intervenção: Definir um Modelo de Acolhimento para as Mulheres que elegem o HDS para o local de parto.

Para a concretização do Projeto de Intervenção foram definidos **objetivos específicos** dirigidos para duas populações Alvo:

A - Grávidas/parturientes que elegem o Hospital Distrital Santarém para o nascimento do seu filho.

- Orientar as mulheres para o espaço de nascimento;
- Divulgar o serviço de visita pré-natal;
- Criar instrumentos de orientação para grávidas/parturientes.

B - Equipa de enfermagem/Saúde Materna e Obstetra [SMO] do bloco de partos do HDS.

- Desenvolver habilidades nos enfermeiros do Serviço Bloco de Partos para a realização de um acolhimento único e personalizado durante a visita guiada pré-natal das grávidas;
- Criar instrumentos de orientação para os enfermeiros da equipa SMO realizarem a visita guiada pré-natal, nomeadamente a norma da visita guiada pré-natal.

Todos os objetivos de intervenção tiveram por base as três áreas de atuação em enfermagem: prestação, gestão e metodologias. Segundo Castro (1998) transformar um problema em projeto e concretizá-lo é, em última análise, objetivo da pedagogia de trabalho de projeto (Castro, L. & Ricardo, M., 1998).

Para o registo de todo o percurso metodológico efetuado durante o projeto de intervenção elaborou-se este relatório que, segundo Sussams (1990), é o produto final, ou seja, a confirmação ou revelação definitiva de toda a trajetória que visa a descrição crítica das atividades desenvolvidas para atingir os objetivos traçados no projeto individual. O presente relatório contempla uma determinada ordem. Inicia-se com uma secção relativa à contextualização dos recursos e ambiente de realização da nossa intervenção, seguindo-se a análise da população-alvo. Posteriormente serão analisados os objetivos do relatório e far-se-á uma reflexão sobre as intervenções desenvolvidas. Para finalizar proceder-se-á igualmente à análise reflexiva sobre o processo de avaliação e controlo. No sentido da melhor explicação e documentação do presente Relatório, estão incluídos diversos apêndices referenciados ao longo do texto. O projeto inicial, que foi sujeito a algum enriquecimento ao longo deste processo encontra-se também anexado a este Relatório (Apêndice I).

O atual documento está redigido de acordo com as normas da American Psychological Association [APA] (2001).

2. ANÁLISE DO CONTEXTO

A maternidade ao longo dos séculos tem sido valorizada e compreendida pela sociedade, como um dos mais importantes papéis desempenhados pela mulher, o que estimula o prazer, gratificação e felicidade que esta sente ao conceber. Com isso, a capacidade de se reproduzir é construída culturalmente no interior da estrutura psíquica feminina, sendo internalizada e psicologicamente reforçada (Almeida, 1996).

Na assistência à mulher em trabalho de parto salientam-se essencialmente 3 paradigmas. No primeiro o parto foi considerado um evento feminino pois, numa retrospectiva histórica de usos e costumes, este decorria na comunidade do lar, sendo vivenciado e acompanhado por membros do grupo social da parturiente, como a mãe, parentes, vizinhas e a parteira, que a auxiliavam durante o trabalho de parto/parto. Desta forma, dar à luz não é simplesmente um ato fisiológico, mas representa um fenómeno sociocultural porque redefine a identidade da mulher e afeta as suas relações com os grupos com quem mantém contato, além de ocorrer num contexto em que estão incluídos os valores, as crenças, as práticas, os cuidados e o seu próprio significado de ser mulher/mãe. A experiência do parto varia amplamente de uma cultura para outra. (Melo, 1983; Carneiro, 2009)

Porém, durante o século XVIII, na Europa, o parto começou a sofrer um processo de medicalização significativa, que atingiu as massas populares nos centros urbanos, em meados do século XX, em vários países do mundo ocidental, inclusive o Brasil (Melo, 1983; Santos, 2002). Esse processo originou uma mudança de paradigma na experiência do parto, que deixou de ser um acontecimento feminino, doméstico e fisiológico, passando a ser dominado pelo médico e vivido num hospital, sob um ponto de vista patológico (Santos, 2002). O reconhecido avanço técnico facultado pelos médicos trouxe benefícios, produzidos através do conhecimento tecnológico sobre as patologias obstétricas; a medicalização da assistência ao parto influenciou na desumanização desse evento e na formação da enfermeira obstetra, de acordo com o modelo biomédico (Caparroz, 2003). Ao mesmo tempo, as mulheres passaram a ser agentes passivas desse processo que deixou de ser vivenciado de forma privada e feminina para tornar-se um evento público e masculino, num processo cada vez mais intervencionista e complicado. Assim, as mulheres foram retiradas do aconchego do seu

lar e da companhia dos seus familiares para um ambiente frio e impessoal, em que na maioria das vezes profissionais desconhecidos (Kitzinger,1995).

Para colmatar tais fatos a OMS teve o intuito de estabelecer planos, recomendações, metas e ações no sentido de promover a saúde no mundo (World Health Organization [WHO], 1948). Mais tarde, com a sistematização das suas pesquisas, a OMS em 1986 lançou um documento chamado “Maternidade Segura – Assistência ao Parto Normal: “um guia prático”, que estabelece recomendações que norteiam o atendimento do médico e da instituição à parturiente e à sua família. O objetivo deste relatório é simplesmente examinar as evidências pró ou contra de algumas das práticas mais comuns e fazer recomendações, fundamentadas nas melhores evidências disponíveis, quanto ao seu papel na assistência ao parto normal. Além de estabelecer essas recomendações, este documento fundamenta a sua implementação a partir da revisão dos cuidados institucionais, atualmente dispensados à parturiente, caracterizados pela tecnologia e intervenção. Também preconiza o direito de um acompanhante à escolha da parturiente, no momento do parto, beneficiando e influenciando positivamente os resultados do trabalho de parto (OMS, 1996). Defende que no parto normal deveria existir uma razão válida para se intervir num processo natural, lembrando que a responsabilidade de quem acompanha estas mulheres é basicamente a de facilitar este processo natural. Essa obrigação foi conferida à parteira, cujo processo de reconhecimento socioprofissional tem sido longo tanto na Europa como em Portugal (Balaskas,1993; Carneiro, 2009).

Vários grupos organizaram-se para sistematizar os estudos de eficácia e segurança na assistência à gravidez, parto e pós-parto, apoiado pela OMS. Iniciando-se assim uma colaboração internacional que desenvolveu a metodologia de revisão sistemática, dando os primeiros passos do que viria a ser o movimento pela Medicina Baseada em Evidências [BEM], ela própria redescrita pela interpretação dos ativistas ampliando a legitimidade do discurso pela mudança das práticas, e vice-versa (Cochrane, 1989; OMS, 1996). No Brasil, por exemplo, as “Recomendações da OMS” e o “livro do Enkin” tornaram-se as grandes referências para os defensores da humanização do parto (Diniz 2005). Sublinha-se assim, a terceira corrente dos cuidados em contexto obstétrico designado por *movimento pela humanização do parto e do nascimento* que surgiu há cerca de 25 anos, como reação ao “parto tecnocrático” e ao uso irracional de tecnologia no parto. Este movimento internacional e nacional conta

com a participação de profissionais de saúde e da área das ciências sociais, ativistas feministas, entre outros segmentos, defende utilização de tecnologia apropriada ao parto, pela primazia das relações humanas sobre a tecnologia e pela eliminação de intervenções potencialmente danosas na atenção ao parto e ao nascimento (WHO, 1985; OMS 1996; Diniz, 2005).

Desde então, destacam-se vários autores e pesquisadores internacionais e nacionais na crítica ao modelo hegemônico de assistência ao parto e na proposição de um novo modelo de atenção, centrado na autonomia da mulher, na garantia de seus direitos e no estímulo ao parto normal. De entre vários parece-nos essencial referir:

- **Roberto Caldeyro-Barcia**, médico investigador, que em 1979 publicou as *Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal*, descreve o modelo de assistência como inadequado e propõe mudanças na compreensão das dimensões anátomo-fisiológicas e emocionais do parto;

- **Frédéric Leboyer**, obstetra francês que publicou em 1974 *Pour une Naissance sans Violence*, sustentando que o parto é um processo simples e natural e que o bebê deveria ser recebido num ambiente acolhedor, colocado sobre o peito da mãe para ser acariciado e sentir-se protegido reconhecendo o momento do nascimento muito importante para o estabelecimento do vínculo mãe-filho-pai;

- **Michel Odent**, na década de 80, realçou a fisiologia do parto e introduziu num hospital público francês o conceito de salas de parto à semelhança de lares e de piscinas de parto. Foi um dos mais importantes na campanha mundial pela humanização do parto Segundo Odent, “ para mudar o mundo, primeiro é preciso mudar a forma de nascer” (Odent, 1981);

- **Robbie Davis Floyd**, antropóloga americana e ativista do parto natural, especializada em assuntos de gênero, reprodução e rituais, cuja obra discute os paradigmas tecnocrático, humanístico e holístico de assistência ao parto. Tem escrito vários trabalhos importantes, entre eles o livro *Birth as American Rite of Passage*, no qual utiliza a noção de ‘rito de passagem’, desenvolvida pelo antropólogo Arnold Van.

Por fim Diniz, em 2005, menciona o médico ginecologista e obstetra brasileiro Moisés Paciornick que atuou no Paraná e publicou, em 1979, *Parto de Cócoras – Aprenda a Nascer com os Índios*. Preconiza a adoção de técnicas simples que respeitem a fisiologia do parto e estimulem o parto normal e vertical.

Efetivamente a crítica ao modelo tecnocrático intensificou-se no Ano Internacional da Criança (1979), com a criação do Comitê Europeu para estudar intervenções a fim de reduzir morbimortalidade perinatal e materna no continente. A humanização da assistência ao parto implica principalmente que a atuação profissional respeite os aspetos de sua fisiologia, não intervenha desnecessariamente, reconheça os aspetos sociais e culturais do parto e do nascimento, promova a saúde e ofereça o suporte emocional necessário à mulher e sua família, facilitando a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-bebé (Dias, 2005).

O parto não é um processo apenas biológico. É também um acontecimento social/cultural, envolvendo a família, que passará a transformar a sociedade com a chegada de um novo ser. O movimento de preparação para o parto e para a maternidade tem como um dos objetivos básicos humanizar o processo do nascimento atualmente tão mecanizado e dissociado de seu contexto emocional (Maldonado, 1984).

Neste contexto, no nosso País o nascimento em meio hospitalar é também uma prática que tem vindo a ter maior expressão a partir dos anos 70. Observou-se a reversão do parto domiciliário *versus* hospitalar em 1973, tendo o HDS acompanhado a tendência nacional (Instituto Nacional de Estatística [INE], 1973). O parto em meio domiciliar é defendido por alguns autores que encontram no ambiente familiar o melhor espaço para o nascimento (Kitzinger, 1984; Leboyer, 1974; Paciornik, 1979). Contudo a situação é controversa pois outros autores, argumentando com a melhoria dos indicadores de saúde materno-infantil, consideram-no mais adequado no envolvente hospitalar (Graça, 2005; Kightley, 2007). Em conciliação com as posições opostas, algumas instituições de saúde em Portugal têm desenvolvido esforços para a humanização dos cuidados, nomeadamente com a criação de espaços de nascimento tão semelhantes quanto possível ao ambiente domiciliar (Departamento de Ginecologia e Obstetrícia Hospital de S. João).

Devido à evolução das políticas de saúde, muitos projetos de humanização vêm sendo desenvolvidos. O movimento de humanização nos hospitais é voltado para o processo de educação e boas práticas dos profissionais de saúde, mas também para intervenções estruturais que tornem a experiência da hospitalização segura e confortável (Mota, Martins & Vêras, 2006).

Segundo os mesmos autores, a humanização é um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve mudanças de comportamento

que sempre despertam insegurança. O conceito de atenção humanizada é vasto e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal que se inicia no pré-natal e procura garantir que a equipa de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e para o bebé e que preserve a sua privacidade e a sua autonomia (Mota, Martins & Vêras, 2006).

A gravidez, o parto, o nascimento de um filho são momentos únicos da vida de uma mulher e de um casal, resultando numa experiência marcante, rememorada na história pessoal de cada um; será oportuno que o espaço onde ocorre seja lembrado como positivo (Maldonado, 1985; Kitzinger, 1984). De facto a gravidez, o parto e a hospitalização constituem elementos onde se vive a crise de desenvolvimento. A mulher sai do seu meio ambiente, é privada dos seus objetos pessoais, é desresponsabilizada de si mesma, na medida em que é entregue a técnicos, fica sujeita a rotinas, ou seja, um conjunto de fatores que poderão gerar insegurança, medo e ansiedade.

Consideramos assim que o trabalho de parto é, para a mulher, um momento de transformações físicas e intensidade emocional, em que ela pode experimentar diferentes sentimentos e sensações, tais como medo, angústia, alegria, tristeza e alívio de diferentes formas, desde a contenção à expressão de sensações físicas e emocionais. A forma como o trabalho de parto é vivido é fruto da história emocional da parturiente, do modo como a gestação foi vivida, do relacionamento com o parceiro (ou ausência de um), do seu estado de saúde física, da maneira como a mulher é atendida durante o trabalho de parto, além dos aspetos culturais da sociedade em que ela está inserida e que constituem a representação do parto (Maldonado, 1985).

Após o relatado é fundamental para a humanização do parto uma adequada preparação da mulher durante a gravidez, para o momento do nascimento, e essa deve ser iniciada precocemente durante o período pré-natal. A qualidade da assistência prestada à mulher e à criança está diretamente ligada à competência, compromisso e responsabilidade dos profissionais de saúde e principalmente da enfermeira que se prepara para exercer essa atividade (Cianciarullo, 2003).

Por tudo isto, entendemos mobilizar para consecução deste projeto de intervenção o desenvolvimento de todas as competências descritas na alínea c) do artº. 4º. e nº. 3 do respetivo Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica através de

implementação de programas de intervenção/educação para a saúde no serviço/instituição HDS, por forma a prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/grávida que elege o bloco de partos de Santarém para o local de nascimento do seu filho e que visam a humanização e excelência da qualidade (Franco, 1998).

A Ordem dos Enfermeiros Portugueses, algumas associações profissionais e Organizações Hospitalares como a do Hospital Nossa Senhora do Rosário no Barreiro [HNSB], a do Hospital de S. João no Porto e outras Organizações Não Governamentais [ONG], como a Associação Portuguesa Pela Humanização do Parto [HUMPAR], têm vindo nas últimas décadas a desenvolver um trabalho em favor da humanização do parto. Assim a OE publicou recentemente conjuntamente com a Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras [APEO] o livro *Pelo Direito ao Parto Natural* (OE & APEO 2012; HNSB, 2005). Também em maio de 2009 se publicou a Revista *Iniciativa do parto normal* (HUMPAR).

Na atualidade, o HDS é um hospital de Apoio Perinatal Diferenciado (Direção Geral de Saúde [DGS], 2001), com cerca de 1500 partos por ano, que consagra já um conjunto de cuidados humanizados, transformando o espaço de nascimento num ambiente mais acolhedor e favorável à implantação de práticas humanizantes da assistência (Diniz, 2005).

No presente já existe na instituição/serviço de bloco de partos um projeto “Acolher para Nascer com um Sorriso” a ser implementado no âmbito dos *padrões de qualidade*, do qual fizemos parte ativa, tendo por objetivo satisfazer um dos enunciados descritivos na área da prestação dos cuidados de enfermagem, visando a satisfação do cliente na excelência do exercício profissional. É neste quadro que em dezembro de 2001, o conselho de enfermagem da OE definiu o enquadramento conceptual e seis enunciados descritivos que estabelecem uma base padronizada de cuidados com qualidade que todos os enfermeiros devem respeitar no exercício da sua profissão (OE, 2001).

Com base na humanização do cuidar alargaram-se recentemente os cuidados de acolhimento à mulher que em fase pré-natal, antecipa o Bloco de Partos do HDS como local de eleição para o nascimento do seu filho. Da articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados diferenciados, na rede de referência dos cuidados de saúde existe a implementação de uma visita guiada ao bloco de partos, mediante marcação, assegurando-se um contacto prévio com a estrutura funcional do serviço.

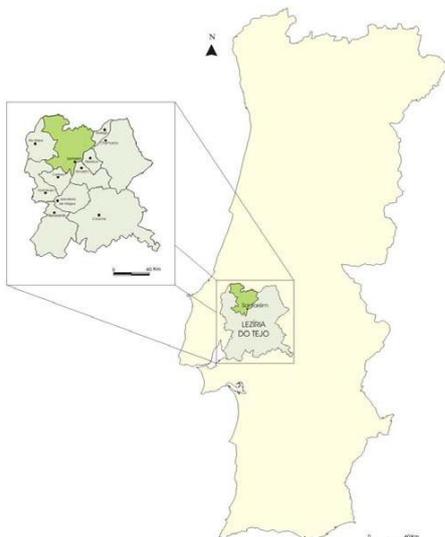
Nesta visita podem participar apenas três ou quatro grávidas: o número para além de estar relacionado com o normal funcionamento do serviço, garante que se possa efetuar esclarecimento de dúvidas e um atendimento mais individualizado. Sem qualquer recurso teórico, pensamos este momento como educacional promovido pelos enfermeiros que vão acompanhar a grávida no processo de parto. Constitui uma mais-valia na interação, uma vez que são estes os profissionais de SMO que mais tarde vão acompanhar o casal, permitindo-lhes ter a sua própria experiência antes, durante e após este processo de transição (Meleis, 2007; Swanson, 1991).

De facto a metodologia da visita guiada aos serviços, na fase pré-internamento, é utilizada em diversos campos de atuação, com resultados positivos para o beneficiário dos cuidados (Berg & Cordeiro, 2006; Cohen, 2009). A importância deste cuidado humanizado, prestado no quotidiano pela equipa de enfermagem do bloco de partos do HDS através de um acolhimento efetivo, viria a ser a temática desenvolvida no nosso projeto de intervenção do mestrado denominado **“A visita guiada pré-natal como elemento chave no acolhimento da grávida no bloco de partos do Hospital Distrital de Santarém (HDS)”**.

Esta nossa atividade interventiva viria a ganhar visibilidade desenvolvida em contexto académico (Franco, 1998). Primeiramente, pegámos no projeto da instituição, no âmbito dos padrões de qualidade **“Acolher ... para Nascer com um Sorriso”** e levámo-lo mais longe. Propusemos divulgar a visita guiada não só dentro da rede da articulação dos cuidados, que era o objetivo inicial, mas à população em geral.

2.1 CARATERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO PROJETO

Figura 1 - Localização do Concelho de Santarém



O HDS integra-se na Região de Lisboa e Vale do Tejo. O Distrito de Santarém

compreende a área da Lezíria do Tejo, no centro da qual está o HDS e a área do Médio Tejo que integra os Hospitais de Torres Novas, de Tomar e de Abrantes, formando estes três o Centro Hospitalar do Médio Tejo.

O HDS é um hospital público geral, diferenciado, de nível II. Situa-se na zona baixa e a norte da cidade de Santarém, tem uma área de 55 173m² e é constituído por um único edifício de 13 Pisos, incluindo os pisos técnicos.

Com uma lotação ativa de 403 camas, dispõe de valências básicas, valências intermédias e outras diferenciadas, com responsabilidades no âmbito do Distrito de Santarém.

O Edifício foi acrescentado em 2010 com um novo Pavilhão para Consultas Externas em 2 pisos com cerca de 1.800 m² de área coberta e ainda com a construção dos “bunkers” para a instalação dos aceleradores de Radioterapia. Esta estrutura cobre uma população residente estimada em 191.151 habitantes, numa distribuição mista de agregados populacionais e de uma dispersão rural muito acentuada de populações envelhecidas e submetidas a um isolamento que nem as famílias nem as escassas estruturas de apoio social existentes conseguem evitar. A sua área de influência abrange os concelhos de Santarém, Almeirim, Alpiarça, Cartaxo, Chamusca, Coruche, Rio Maior e Salvaterra de Magos.

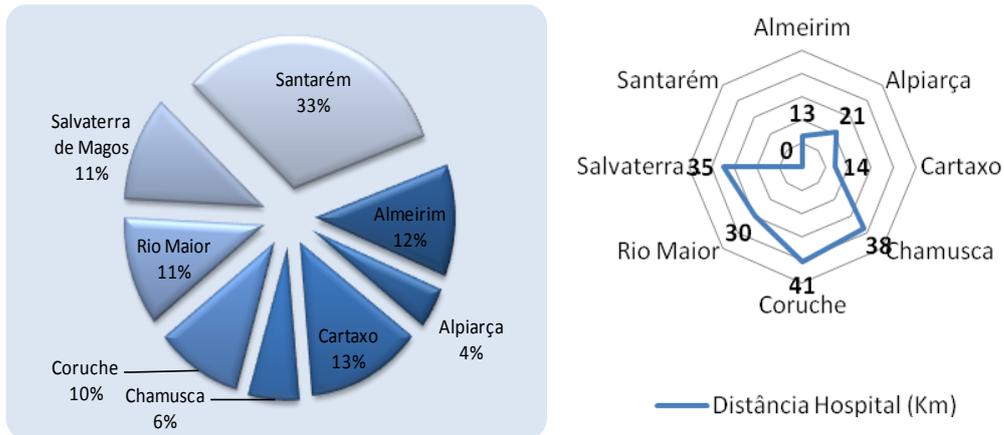
O Quadro 1 e o gráfico 1 fazem a distribuição dessa mesma população.

Quadro 1 - População Residente em 2011 por concelho no distrito de Santarém

Sexo	Almeirim	Alpiarça	Cartaxo	Chamusca	Coruche	Rio Maior	Salvaterra Magos	Santarém
H	11.102	3.699	11.845	4.878	9.526	10.264	10.651	29.455
M	12.274	4.003	12.613	5.242	10.418	10.928	11.508	32.745
Total Área Influência	23.376	7.702	24.458	10.120	19.944	21.192	22.159	62.200
	191.151							

Fonte: INE-Censos 2011 (valores provisórios)

Gráfico 1 – Área Influência HDS



Em termos de organização/instituição está dividido em 5 departamentos, o departamento de Cirurgia, de Medicina, de Psiquiatria e Saúde Mental, de Urgência e por ultimo o departamento da Mulher e da Criança.

O Departamento da Mulher e da Criança está organizado nas seguintes áreas funcionais:

- ▶ Obstetrícia I - Unidade de Internamento Materno-Fetal e Ginecologia;
- ▶ Obstetrícia II- Unidade de Internamento de Puérperas e Neonatologia, Centro de Diagnóstico Pré natal;
- ▶ Bloco Operatório de Obstetrícia - Sala de partos, Urgência de Ginecologia e Obstetrícia, Sala de Recobro de Obstetrícia. Consulta Externa de Medicina Materno Fetal, Ginecologia, Senologia e Exames Especiais em Ginecologia;
- ▶ Pediatria;
- ▶ Urgência de Pediatria (Apêndice II).

O HDS referencia-se pela capacidade de resposta às necessidades dos utentes e pela qualidade técnica e humana dos profissionais e tem por base os princípios **missão, visão, valores**.

2.2 CARATERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS

O Bloco Operatório de Obstetrícia do HDS encontra-se localizado no piso três e é constituído pelo serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica e pelo Bloco de partos, cuja missão, consiste na prestação de cuidados personalizados às grávidas em trabalho

de parto, tornando o parto uma experiência única neste ciclo de vida da MULHER/FAMÍLIA.

É constituído por uma sala de admissão de Enfermagem, onde é feita a triagem das situações que recorrem à urgência ginecológica e obstétrica, e por duas salas de consulta médica, possui uma sala para registo de cardiotocografia, com capacidade de realizar dois registos em simultâneo.

Tem um gabinete para realização de ecografias. É também constituído por um gabinete pertencente à Enfermeira Chefe e uma sala de trabalho, onde se vigiam os trabalhos de parto através dos registos cardiotocógrafos.

O serviço consta de três quartos onde se realizam a fase de dilatação do trabalho de parto, e um WC partilhado por todas as mulheres internadas. Tem duas salas para o período expulsivo e duas salas de reanimação/prestação dos primeiros cuidados ao recém-nascido. Entre as duas salas de período expulsivo, existem duas salas contíguas, uma de material e a outra de desinfeção e equipamento do pessoal de Enfermagem e Médico. Nas salas de período expulsivo realizam-se, para além dos partos, pequenas cirurgias em situações do foro ginecológico.

Existe uma sala de recobro de obstetrícia com três camas para o puerpério imediato. Esta sala é ainda muitas vezes ocupada com situações do foro ginecológico ou obstétrico até ao encaminhamento das utentes para as unidades.

Para além do referido, tem uma zona de sujos, uma copa, uma casa de banho para o pessoal de serviço e uma sala de arrumo de materiais de armazém. Em relação ao circuito existente no bloco de partos, a grávida/parturiente é inicialmente trída na urgência obstétrica, onde é observada primeiro pelo enfermeiro e seguidamente pelo obstetra, que efetua o processo clínico. Posteriormente a grávida/parturiente é encaminhada para o bloco de partos, onde é apresentada ao Enfermeiro Especialista que ficará responsável pela prestação de cuidados durante esse turno. Seguidamente é feita uma breve apresentação física do serviço e da Equipa de Saúde presente. Após esta visita, é conduzida ao seu quarto, onde irá decorrer a primeira fase do trabalho de parto e começar os primeiros procedimentos técnicos.

Quando a parturiente entra no segundo estágio do trabalho de parto é encaminhada para a sala de período expulsivo, onde decorre também a terceira fase do trabalho de parto, enquanto se prestam os primeiros cuidados ao recém-nascido na sala contígua. Após a dequitação, e episiorrafia (quando necessário), a parturiente passa

para a sala de recobro, onde ficará aproximadamente duas horas, em conjunto com o seu recém-nascido até ser reavaliada e encaminhada para a unidade II (Apêndice III).

Em relação aos recursos humanos existentes no bloco de partos e segundo a hierarquia existe atualmente a diretora do Departamento da Mulher e da Criança, o Diretor do Bloco Operatório de Obstetrícia e a Enfermeira Chefe, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia. O Bloco integra quinze Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia e um Enfermeiro Graduado.

No turno da manhã estão presentes três Enfermeiros Especialistas e um Enfermeiro Graduado; no turno da tarde três Enfermeiros Especialistas; e no turno da noite, estão habitualmente dois Enfermeiros Especialistas. A metodologia de trabalho adotada nesta unidade pela equipa de enfermagem é o método individual, este adapta-se às exigências da profissão, ou seja, cuidar o utente no seu todo. O enfermeiro responsável promove a gestão de conhecimentos e de recursos mobilizando no enfermeiro a competência de:

- Análise sistémica;
- Atenção individualizada;
- Trabalho em equipa multidisciplinar;
- Mobilização de um saber científico (situação de saúde/ doença/ comportamento relacionado), um saber estético (modo de entender e comunicar) e um saber ético do cuidar (valores e crenças).

Segundo (Frederico & Leitão 1999), este método dá ênfase às necessidades dos doentes e à personalização dos cuidados. Promove uma excelente relação de confiança parturiente/família, na medida em que é apenas uma enfermeira a prestar todos os cuidados que estes necessitam.

O serviço possui duas normas (integração de enfermeiros na unidade e hemorragias pós-parto) e dois protocolos (analgesia e epidural e ameaça de parto pré-termo), de forma a uniformizar os cuidados prestados pela equipa de saúde. A existência destas normas e protocolos aumentam a autonomia do enfermeiro, ampliam a qualidade dos cuidados prestados e facilitam a integração de novos elementos no serviço. Em relação à equipa médica estão presentes três médicos em cada banco de vinte e quatro horas.

2.3 DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Embora o trabalho de parto e o nascimento sejam acontecimentos previsíveis na etapa final de uma gravidez, e possam ser aparentemente simples, eles revestem-se de grande complexidade, sendo o acontecimento físico de dar à luz tremendo e inesquecível e frequentemente mais intenso que o esperado (Canavarro,2001). Num período relativamente curto, a mulher experimenta uma das mudanças mais profundas da sua vida, sendo a intervenção de enfermagem dirigida a auxiliar a mulher e o seu companheiro, na transição inicial para a maternidade e paternidade (Lowdermilk; Perry & Bobak, 2008). Neste contexto estas mulheres necessitam de cuidados de saúde, onde os profissionais de enfermagem têm um papel relevante e apropriado; por isso compete ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica [EESMOG] promover a saúde destas, desenvolvendo estratégias de implementação e avaliação das intervenções de promoção, proteção e apoio que cumpram a legislação.

No exercício da atividade, na equipa multidisciplinar do bloco de partos, afirmamos as competências descritas na alínea c) do artº. 4º. e nº. 3, do regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna obstétrica. Este é definido como um profissional com reconhecida “competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados especializados na área clínica da sua especialidade” (Ministério da Saúde, 1998) em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, sendo a entidade beneficiária dos seus cuidados a mulher/grávida. Para consecução desta intervenção, que será descrita neste relatório, justificamos a necessidade de desenvolver o perfil de competências inerentes ao EESMOG, no âmbito do nosso desempenho junto desta população particular (as grávidas com idade gestacional compreendida entre as 34s e 40s). A visita guiada pré-natal ao bloco de partos funciona como um ato de humanização e a mola mestra do atendimento/acolhimento, procurando a transformação da realidade no quotidiano do cuidado. Uma eficaz integração entre a assistência do ambulatório com o hospitalar é importante para a mulher e sua família que, tendo a oportunidade de escolher e realizar o seu pré-natal em determinado serviço de saúde, passa a conhecer as instituições e os

profissionais que ali desenvolvem suas atividades, proporcionando conforto e confiança à mulher na hora de dar à luz.

Conforme ressalta a OMS ao recomendar que os serviços de pré-natal e os profissionais envolvidos devem adotar medidas educativas de prevenção e controle da ansiedade, ao promover visitas das gestantes e acompanhantes às unidades de referência para o parto, no sentido de minimizar o stress do processo de internação no momento do parto (Brasil, 2003).

3-ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

O HDS integra-se na Região de Lisboa e Vale do Tejo. O Distrito de Santarém compreende a área da Lezíria do Tejo, no centro da qual está e cobre uma população residente estimada em 191.151 habitantes, numa distribuição mista de agregados populacionais e de uma dispersão rural muito acentuada, de populações envelhecidas.

A sua área de influência abrange os concelhos de Santarém, Almeirim, Alpiarça, Cartaxo, Chamusca, Coruche, Rio Maior e Salvaterra de Magos. A Rede de Cuidados Primários de Saúde, aqui da responsabilidade dos Centros de Saúde geralmente localizados na sede de cada concelho e desde 2009 com os Agrupamentos de Centros de Saúde [ACES], estabelece uma boa interação com o Hospital respondendo o mesmo, na melhor medida que lhe é possível, às solicitações de especialidade referenciadas pelos médicos de família. Encontros periódicos entre os dois níveis de cuidados, os primários e os hospitalares, permitem agilizar os procedimentos e os circuitos, existindo no Hospital diversas linhas privilegiadas, de acesso aos cuidados mais diferenciados e emergentes.

Figura 2 - Localização do HDS no Concelho e no País



Para Fortin (1999) “uma população é uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios” (p.203).

Nesta seção passamos à análise descritiva da nossa população:

- **População alvo A:** É beneficiária deste projeto a população constituída pelas potenciais parturientes do HDS.

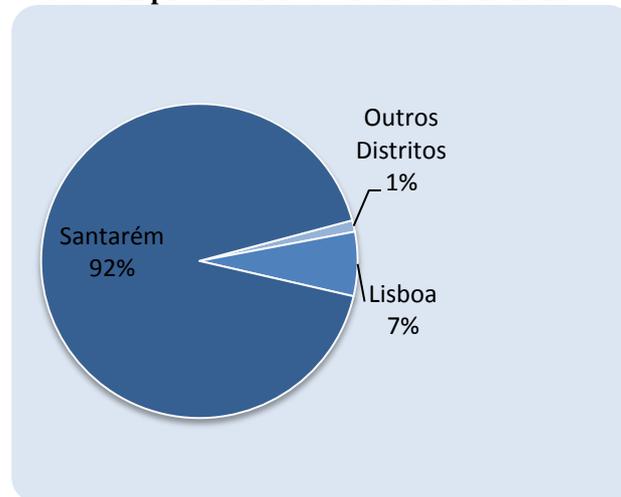
- **População alvo B:** Enfermeiros Especialistas SMO do Bloco de Partos do Hospital de Santarém, uma vez que são agentes ativos na consecução desta vertente de Humanização dos Cuidados.

3.1 CARATERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/UTENTES

A **população alvo A** deste projeto de intervenção é constituída pelas grávidas/parturientes do ano 2011.

Para melhor visualização e definição da nossa população, achámos pertinente esta forma apresentação estes dados foram recolhidos no serviço de estatística do HDS.

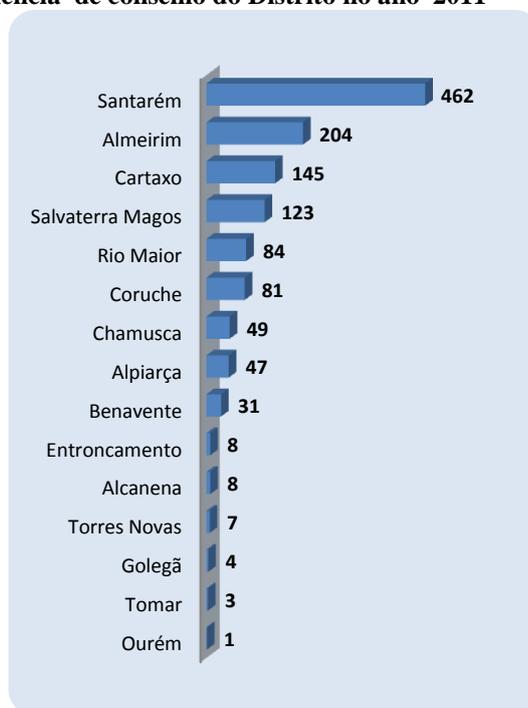
Gráfico 2 – Partos ocorridos em Santarém de acordo com proveniência de distrito no ano 2011



Quadro 2 - Partos por Distrito no Ano de 2011

Distritos	Nº Partos
Outros Distritos	16
Lisboa	90
Santarém	1.257
Total	1.363

Gráfico 3 –Partos ocorridos em Santarém por proveniência de conselho do Distrito no ano 2011



A **população alvo B** é constituída por Enfermeiros Especialistas SMO do Bloco de Partos do HDS. A mesma é composta por 16 elementos; conforme referenciado anteriormente, verificamos que 87,5% (14) da equipa de Enfermeiros têm a categoria profissional de Enfermeiro especialista SMO, 6,25 % (1) tem a de Enfermeiro Graduado e 6,25% (1) a de Enfermeiro Chefe, que prestam cuidados de enfermagem diretos às mulheres grávidas que vão ao espaço de nascimento realizar a visita guiada pré-natal. Esta equipa é maioritariamente feminina, existindo só um elemento do sexo masculino.

Analisando os dados recolhidos na equipa de enfermagem (Apêndice IV) e cujo tratamento dos resultados podem ser consultados em pormenor no Apêndice V,

constatamos o seguinte. A média etária é 45,6 anos (d.p.=6,14), com um tempo médio de **exercício profissional** de 21,8 anos (d.p.=6), e com tempo médio de exercício na **categoria profissional** de 21,75 anos (d.p.=6,7).

Verificamos ainda que 93,75% (15) da equipa de Enfermeiros têm a especialização na área SMO e licenciatura e apenas 6,25% (1) tem licenciatura.

Referenciamos ainda que 25% da equipa tem formação complementar na área de SMO.

3.2-CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO-ALVO

População alvo A: grávidas/parturientes do HDS.

Antes do planeamento e execução deste projeto no âmbito do mestrado e do projeto no âmbito dos padrões da qualidade existia uma visita guiada pré-natal noutros contornos, estando acessível a uma população restrita, nomeadamente apenas às grávidas que frequentavam a preparação para o parto nos centros de saúde da área de articulação; a mesma era disponibilizada, mediante agendamento prévio, em duas datas do mês.

As mulheres necessitam de ser assistidas de maneira a verem refletidos os seus direitos, privilegiando o acolhimento, autonomia da mulher e seu companheiro, no momento do parto (OMS, 1996) e de medidas legislativas de proteção da família, nomeadamente a maternidade e paternidade, contempladas na Lei 4/84, de 5 de abril, que se estendem aos mais diversos níveis (económico, social, saúde, educação, político, entre outros).

Em Portugal todos estes direitos e estratégias estão no plano nacional de saúde 2011/2016 que, à semelhança dos planos anteriores, destaca a abordagem centrada na família e no ciclo de vida.

População alvo B: Enfermeiros Especialistas SMO do Bloco de Partos do HDS

As enfermeiras necessitam de orientações para que a uniformização dos cuidados prestados, seja uma realidade; no entanto há que realçar a inexistência de qualquer norma ou procedimento, na atividade “visita guiada pré-natal ao bloco de partos”, até à execução deste projeto interventivo.

3.3 ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM A POPULAÇÃO-ALVO

Esta pesquisa bibliográfica quis contribuir para a sensibilização de profissionais de saúde que assistem a mulher, a adotarem condutas que tragam bem-estar e garantam a segurança para a mulher e o bebé, como também a família e a sociedade a sentirem-se responsáveis pelo nascimento, como um processo natural e humano, com ética, compromisso e solidariedade, a fim de reaver um dos principais papéis da mulher, que é o de ser mãe, com autonomia.

Fizemos uma pesquisa em Bases de Dados Científicas. Acedemos através da Ordem dos enfermeiros à Editora PLATAFORMA EBSCO e Bases de Dados CINAHL Plus with full texto; MEDLINE with full texto, utilizamos as palavras-chave Delivery and Humanization of Childbirth, Pregnancy and Prenatal visit, limitamos a pesquisa até aos últimos 10 anos.

Identificaram-se sete artigos, conforme consta no Apêndice VI. Não encontramos estudos específicos sobre a visita guiada pré-natal ao bloco de partos em Portugal. Após revisão de literatura existem trabalhos em instituições/hospitais como os casos já referidos no ponto 2 que utilizam a visita guiada pré-natal ao bloco de partos como metodologia de trabalho no quotidiano do cuidar. Não se encontraram trabalhos nesta área no HDS.

3.4 - RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO

O recrutamento das populações-alvo obteve-se, não obedecendo a qualquer critério de seleção. A população-alvo A foi predefinida basicamente pelo contexto sociocultural da área envolvente e a população-alvo B foi a existente no serviço referido aquando a implementação do projeto.

4-ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

Neste capítulo descrevemos os objetivos que foram traçados para este projeto de mestrado. Para Imperatori e Giraldes (1993) objetivos são o *“enunciado específico de uma condição que se deseja alcançar de um modo concreto, no tempo e no espaço e envolve a definição concreta do esforço e dos meios necessários para o conseguir”*.

4.1 - OBJETIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO-ALVO

Para a execução do nosso projeto contemplamos como objetivo geral definir um Modelo de Acolhimento para as Mulheres que elegem o HDS para o local de parto. Tendo definido objetivos específicos para as duas populações salvo:

A - Grávidas /parturientes que elegem o HDS para o nascimento do seu filho:

- Orientar as mulheres para o espaço de nascimento;
- Divulgar o serviço de visita pré-natal;
- Criar instrumentos de orientação para grávidas/parturientes.

B - Equipa de enfermagem/SMO (Saúde Materna e Obstetra) do bloco de partos do HDS:

- Desenvolver habilidades nos enfermeiros do Serviço Bloco de Partos para a realização de um acolhimento único e personalizado durante a visita guiada pré-natal das grávidas;
- Criar instrumentos de orientação para os enfermeiros da equipa SMO realizarem a visita guiada pré-natal, nomeadamente a norma da visita guiada pré-natal.

Os objetivos de intervenção e os objetivos a atingir com a população alvo mencionados contemplaram as três áreas de atuação em enfermagem: cuidados, gestão e metodologias de informação, que assentam na metodologia de trabalho de projeto.

5-ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

As atividades desenvolvidas tiveram como base o projeto elaborado previamente, o que nos permitiu definir com maior clareza os objetivos a alcançar, percorrendo um caminho rico de conhecimentos e experiências que possibilitaram um maior enriquecimento pessoal e profissional.

Nesta secção, em toda esta resenha, englobamos atividades de implementação de avaliação, análise reflexiva e os recursos materiais e humanos envolvidos no projeto:

- Atividade 1 - Guia de Acolhimento da urgência ginecologia/obstetrícia e bloco de partos

População alvo – grávidas/parturientes do HDS.

Elaborámos um guia de acolhimento dirigido a toda a população de utentes do Bloco de Partos, considerando uma estratégia indispensável para fortalecer o vínculo entre a enfermeira SMO/grávida/parturiente.

O guia de acolhimento da urgência ginecologia/obstetrícia e bloco de partos surge, por proposta nossa, no âmbito do projeto de intervenção do mestrado, para dar visibilidade a uma das grandes áreas de atuação da Enfermagem em saúde materna e obstétrica e de forma a reunir num documento um conjunto de procedimentos nesta área.

Em termos de fundamentação teórica entendemos a criação singular do nosso Guia de Acolhimento, aproximando-o às considerações tecidas, na generalidade, pela Ordem dos Enfermeiros. Segundo esta organização, um Guia de boas práticas regula a prática profissional na área específica. Este Guia deve ser usado, discutido, para que o desenvolvimento do conhecimento e da *praxis* conduzam à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. A mesma fonte refere que as vantagens da utilização de um Guia Orientador da Boa Prática são, assim, evidentes para os profissionais, para os clientes e para as “organizações (melhoria da eficiência dos serviços; otimização dos recursos; base de referência para programas de qualidade em saúde)” (OE, 2007, p.9).

Após esta nota introdutória, podemos dizer que este Guia de Acolhimento foi um método facilitador de informação, pois permitiu uniformizar/sistematizar a informação à grávida/família do mesmo modo que descreve comportamentos, condutas e atitudes a adotar para a promoção da Saúde.

A execução deste envolveu pesquisa e seleção de informação, de modo a vislumbrar a promoção de uma assistência humanizada e de qualidade. Como não existia neste serviço qualquer documento que reunisse tal informação houve um envolvimento e participação ativa da enfermeira chefe, do diretor de serviço e da equipa -de enfermagem. Este ficou disponível, para entrega, em 07-03-2012 (Apêndice VII).

- Atividade 2 - Panfleto Informações Úteis para a Grávida

População alvo - potenciais parturientes do HDS

O panfleto, como um complemento de educação para a saúde, não se extingue na instituição, deve ter repercussões práticas na sociedade, ou seja, no alvo da atenção dos profissionais de saúde. É desta forma que o panfleto (informações úteis às grávidas) surge como uma forma privilegiada de dar continuidade às intervenções de saúde dos profissionais.

Segundo o artigo sob o título (“ Panfleto de Informação como Complemento de Ensino”, 2002) é uma ferramenta vantajosa em saúde para o utente, uma vez que:

- **Orienta** – Pela possibilidade de ir ao encontro das necessidades específicas da população a que se destina, por forma a promover o auto cuidado e a autorresponsabilização pela sua saúde;
- **Motiva** – Mais uma vez relembra ao utente, que ele se assume como o centro da equipa de saúde, ou seja, nele se deposita a confiança da equipa de saúde;
- **Responsabiliza** – Um utente esclarecido tem a seu cargo uma responsabilidade acrescida, ou seja, a de decidir ou não seguir as indicações/conselhos terapêuticos.

As vantagens da criação de panfletos não se esgotam ao nível do utente, mas estendem-se aos profissionais de saúde. Segundo o mesmo artigo, relativamente ao enfermeiro, este instrumento:

- **Motiva** – Pelo incremento da parceria da equipa de saúde e o alvo dos cuidados;
- **Transmite segurança** – Porque se pretende que o utente ao levar consigo a informação escrita mais importante, a ação da educação para a saúde não se extinga na instituição e tenha repercussões reais na vida do alvo do cuidado;

- **Pode ser usado como um suporte legal** – Por constituir um complemento ao ensino efetuado. Desde que devidamente registada, esta atividade pode ser considerada como um suporte legal.

O artigo referido anteriormente menciona ainda que a criação do panfleto deve estar a cargo da equipa prestadora de cuidados, uma vez que, desta forma, é possível envolver todos os membros da equipa por forma a darem o seu contributo e o validarem, para além de que, a pesquisa bibliográfica que lhe deve estar inerente, não se constitui por si só como fator suficiente na elaboração do referido documento. Deve ser considerada igualmente a experiência profissional. Sintetizando tudo o que foi exposto até aqui relativamente ao panfleto, o artigo consultado, alerta para os seguintes pontos-chave que se devem ter em conta aquando da elaboração de um panfleto:

- Os panfletos de ensino devem ser elaborados por quem presta cuidados, com o envolvimento de todos os elementos da equipa, por forma a darem o seu contributo e o validarem;
- As figuras utilizadas deverão ser pertinentes e adequadas à informação escrita e ser elucidativas de forma a ilustrarem a mensagem que se pretende transmitir;
- O formato deve ser o escolhido tendo em conta a quantidade de informação que se pretende transmitir e os recursos de que se dispõe;
- A informação a transmitir deve ser selecionada de forma criteriosa, de acordo com o plano de ensino e as necessidades identificadas;
- A informação deve ser apresentada de forma simples, clara e sucinta;
- A primeira folha deve captar o olhar, posteriormente, de uma forma simples, deve ser explicado o assunto retratado;
- A última folha deve ser usada para referir os contactos.

Diante do exposto o panfleto foi elaborado com a colaboração de uma colega e os conteúdos do mesmo foram validados pela enfermeira chefe e diretor do serviço de bloco de partos do HDS, onde exerço funções, por forma a obter a garantia que seriam disponibilizados os meios necessários para a impressão deste após ter terminado.

O panfleto foi disponibilizado, para entrega, em 01-03-2012 e disponibilizado na página eletrónica do HDS a 07-03-2012 (Apêndices VIII).

- Atividade 3 - Norma – Acolhimento da grávida durante a visita guiada pré-natal

População alvo - EESMO do Bloco de Partos

Elaboramos esta norma para a realização da visita guiada pré-natal, tendo como objetivo a uniformização da linguagem e dos procedimentos na equipa de enfermagem que realiza esta atividade cuidativa às grávidas/parturientes no bloco de partos do HDS, de modo a facilitar os ensinamentos e evitar esquecimentos de informações. Também pretendemos melhorar a resposta da equipa de enfermagem, reduzindo o tempo gasto.

Segundo Andrade (1975) a utilização de normas e procedimentos é condição indispensável ao desempenho do trabalho, em termos do alcance dos objetivos da organização. Considera este autor as seguintes fases: a) análise da situação - envolve levantamento de informações sobre o serviço, visando a determinação do conteúdo; b) Determinação e especificação de assuntos básicos. Serviços já em funcionamento deverão incluir eventuais correções ou atualizações; c) organização do manual - compreendendo a ordenação dos assuntos, a escolha dos recursos requeridos, a revisão da cópia provisória; d) aprovação; e) apresentação para uso; f) revisão e avaliação.

Dadas as características especiais do trabalho dos enfermeiros (rotatividade e trabalho por turnos) é importante a uniformidade das informações fornecidas. Por este motivo, as orientações sobre a visita guiada pré-natal devem existir nos serviços, por escrito, permitindo aos novos profissionais e alunos uma plena integração no serviço e a possibilidade de uma consulta constante. Foi disponibilizada a última versão 07-03-2012 (Apêndice IX).

- Atividade 4 - Ações de Formação em Serviço
População alvo - EESMO do bloco de partos.

Na sociedade global e contemporânea em que nos inserimos, a atualização e aquisição de novos conhecimentos torna-se cada vez mais uma obrigação, em particular no que concerne às profissões da área da saúde. É pedido aos profissionais que desenvolvam o seu trabalho com a maior segurança e o maior rigor possível, com vista à sua valorização, otimização dos recursos e evolução qualitativa dos resultados. Para o conseguir, devem munir-se de todos os conhecimentos e experiências que possam obter e garantir que estes se encontram atualizados. É importante que o enfermeiro pesquise e desenvolva trabalhos, para que o saber adquirido possa ser aplicado e transmitido a

outros, nomeadamente, através da formação em serviço. Segundo Dias (2004), potencializadora das capacidades individuais, profissionais e sociais, permite equacionar um conjunto de formulações importantes para o futuro da profissão.

Não seria possível progredir neste trabalho sem antes explicitar o que se entende por formar. Segundo Nóvoa (1998) formar não é ensinar às pessoas determinados conteúdos, mas sim trabalhar em torno da resolução de problemas. Face ao exposto e a tudo o que foi dito anteriormente, podemos compreender que o conhecimento se constitui como o motor de qualquer profissão. Só através da sua atualização, o enfermeiro pode cada vez mais tomar consciência do seu papel e desenvolver o seu trabalho de forma responsável e competente.

A formação em serviço surge como estratégia de atualização em contexto de trabalho de uma forma dinâmica, envolvendo todos os intervenientes, tal como afirma (Dias, 2004). O sucesso da formação em serviço, depende grandemente da forma como todo o processo de planeamento e desenvolvimento é conduzido. Ao organizar uma sessão de formação devem cumprir-se as seguintes fases:

- Planeamento da sessão (definição de recursos físicos e humanos);
- Preparação da sessão (Pesquisa, bibliográfica sobre o tema);
- Preparação do grupo (plano da sessão);
- Desenvolvimento da sessão (apresentação da sessão);
- Conclusão da sessão (avaliar e promover um pensamento refletido no público-alvo).

Explicitando a importância da formação em serviço, importa recordar que esta se constitui como um ato refletido, direcionado para proporcionar novas reflexões, numa cadeia contínua de saberes e criação de saberes, ou seja, tal como afirma (Dias,2004).

As sessões de formação desenvolveram-se da seguinte forma:

1. A primeira ação de formação em serviço decorreu no dia 29-02-2012, sobre o **Tema “Apresentação dos instrumentos orientadores da visita guiada pré-natal ao bloco de partos”** (*guia de acolhimento, panfleto e norma da visita pré-natal*), para a equipa de enfermagem do bloco de partos por forma a dar resposta ao objetivo delineado.

A finalidade destes instrumentos é servir como guia de orientação para a Enfermeira de SMO que realiza a visita pré-natal, visando minimizar o stress (clínico e emocional) e promover a melhor participação da grávida/casal no parto, aumentando a qualidade e excelência na prestação de cuidados dentro do serviço bloco de partos / instituição HDS. Planificámos a sessão e durante a apresentação empregámos o método expositivo, com o auxílio de multimédia (PowerPoint e data-show) e vários momentos de pausa para reflexão baseada na permuta de experiências e saberes. O grupo foi bastante participativo, facto bem visível pelo número e qualidade das intervenções durante a sessão, pela discussão, no sentido construtivo, que ocorreu no final e pela assiduidade, sendo o “feedback” ótimo. Como refere Collière (1999) é a partir de um questionar sobre as situações de cuidados que se torna possível mobilizar de maneira apropriada conhecimentos variados e diferenciados, permitindo, assim, aumentar o saber profissional. Terminámos com a intervenção da enfermeira chefe a referir que iria solicitar o patrocínio destes instrumentos aos laboratórios para que a informação contida no guia de acolhimento e panfleto seja distribuída, com impressão a cores, às grávidas.

A nível pessoal ficámos satisfeitos pela forma como conseguimos conduzir a sessão, achando esta experiência enriquecedora quer em termos pessoais, quer em termos profissionais de SMO.

Podemos assim, concluir que na ciência do “cuidar” um ambiente agradável melhora o estado afetivo, facilita as interações com os outros e promove a satisfação e a segurança (Apêndice X e XI).

2. A segunda ação de formação em serviço delineada no projeto sobre o Tema Humanização na Equipa de Saúde.

Esta sessão decorreu no dia 01-03-2012, dentro do prazo previsto aquando da elaboração do projeto, a qual este relatório vem dar resposta. Foi feita pesquisa bibliográfica sobre o tema, seguidamente foi feita a planificação da sessão e elaborado um PowerPoint para permitir mais facilmente a exposição do tema ao grupo alvo-equipa de saúde do bloco de partos HDS.

Para a organização e consecução desta sessão contámos com o apoio da enfermeira chefe do bloco de partos, para aceder aos meios físicos e audiovisuais necessários, como o data-show e a sala. Esta atividade foi elaborada em conjunto e contou com a presença da psicóloga do HDS, que contribuiu de um modo peculiar para

enriquecimento da temática humanização no parto porque utilizou exemplos da prática clínica do quotidiano, afluindo os medos da grávida face ao nascimento e internamento, sendo também um elemento de referência para a equipa de saúde/instituição.

A sessão de educação para a saúde decorreu conforme o planeado. No final foi aberta uma discussão saudável, rica em reflexões críticas na equipa de saúde sobretudo no que se diz respeito às práticas intervencionistas em trabalho de parto/parto, de modo a serem revistas algumas práticas do quotidiano profissional, tendo por base o conceito de humanização na assistência ao parto que está na pauta internacional de discussões há várias décadas na OMS e Ministério da Saúde [MS] e, nos últimos anos, vem ganhando destaque na literatura científica nacional, principalmente nas publicações ligadas à saúde. Segundo Osava (2003), no parto humanizado, a mulher reencontra sua autonomia, requerendo assim nova postura dos profissionais que a cuidam.

A nível pessoal ficámos satisfeitas, pela forma como conseguimos conduzir a sessão, achando esta experiência enriquecedora quer em termos pessoais quer em termos profissionais. Foi muito importante a forma como fomos acolhidas pelos colegas e restante equipa e o reconhecimento pelo trabalho que desenvolvemos, encontrando assim motivação para dar continuidade a este projeto de intervenção. Por outro lado, a avaliação e o feedback foram essenciais, na medida em que ambos permitem o aperfeiçoamento de uma determinada ação ou atividade que foi alvo de planeamento, conforme o preconizado por (Sant`Anna, F. M.; Enricone, D.; André, L. C. &Turra, C.M.G. 1988) (Apêndices XII, XIII e XIV).

- Atividade 5 - Orientar as mulheres no espaço de nascimento

Grupo-Alvo 2: Grávidas/parturientes do Bloco de Partos HDS

A atividade da visita guiada pré-natal ocorreu em grupos de 4 ou 5 consoante marcação prévia e sempre que oportuno. Realizada por nós durante o processo de intervenção do projeto envolveu ações de formação para saúde informais às grávidas/parturientes. No fim da visita, em local reservado, efetuamos ensinamentos individualizados e pertinentes, dando espaço para esclarecimento de dúvidas e exposição de medos e receios.

Neste sentido, os momentos formais e informais de partilha de experiências e de significados do cuidar, nomeadamente nas díades de atividade conjunta, promovem o desenvolvimento pessoal e de competências como o desenvolvimento do autocontrolo.

O movimento de preparação para o parto e para a maternidade tem como um dos objetivos básicos humanizar o processo do nascimento atualmente tão mecanizado e dissociado de seu contexto emocional (Maldonado, 1984).

Consideramos, portanto, que a relação de confiança e de proximidade estabelecida entre o enfermeiro e a grávida/família permitem identificar as suas necessidades e, numa caminhada conjunta, encontrar recursos e estratégias de *coping* que permitam satisfazer as necessidades, ultrapassando as dificuldades e disponibilizando-se para o acompanhamento na concretização dos projetos de vida individuais.

- Atividade 6 – Divulgação da visita guiada pré-natal ao Bloco de Partos

As atividades desenvolvidas na *divulgação da visita guiada pré-natal ao Bloco de Partos* contemplaram várias vias de comunicação:

- a) **Poster informativo** “Acolher... para nascer com um sorriso”;
- b) **Jornal** – Correio Do Ribatejo;
- c) **Rádio Pernes** - Entrevista em direto;
- d) **Informação on-line** (internet, intranet) e no HDS*In*Forma.

Estes meios de divulgação foram escolhidos com o intuito de atingir a população alvo grávidas/parturientes e também a população em geral e em particular, potenciais grávidas. Desta forma as mesmas tomaram conhecimento dos recursos que terão ao seu alcance quando eventualmente surgir a necessidade de escolher o local de nascimento do seu bebé.

Segue-se uma explicação em pormenor dos meios de divulgação utilizados:

- a) **Poster informativo** “Acolher... para nascer com um sorriso”

No momento atual em que as exigências da informação implicam uma necessidade crescente do uso de novas tecnologias no seu processamento, cada vez mais se justifica o recurso à normalização na apresentação de documentos escritos.

A elaboração do poster é uma atividade que envolve um processo dinâmico através do qual se adquire o conhecimento, evidenciando a teoria e a relação com a

prática. Em suma, o poster é um veículo de comunicação e informação visual, de uma forma criativa e original para poder despertar a atenção da população alvo e ocupa uma posição privilegiada na apresentação de trabalhos para a Educação para Saúde, pois possui a característica essencial de comunicação, informação precisa e, ao mesmo tempo, sintetizada. Utilizámos o **poster** informativo *acolher....para nascer com um sorriso*.

Para que este **poster** se tornasse atrativo e compreensível a um público abrangente, houve um cuidado especial na seleção da forma, na cor e criatividade com a apresentação gráfica, usando uma linguagem simples. Foi nosso objetivo a divulgação desta informação a toda a comunidade, fora e dentro da rede, para uma eficaz integração entre os cuidados no ambulatório (centro de saúde ou privado) e o hospitalar, pois é importante que a mulher/família tenha a oportunidade de escolher o serviço que quer visitar no pré-parto, de modo a que possa conhecer a instituição e os profissionais que ali desenvolvem as suas atividades, proporcionando maior conforto e confiança na hora da mulher dar á luz, conforme as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005). Contámos com a colaboração do Diretor de Serviço para junto das direções dos centros/unidades de saúde da área de intervenção, viabilizar a afixação/divulgação do poster (Apêndice XV).

b) **Jornal** – Correio Do Ribatejo;

O mundo vive um contexto de transformações nas estruturas sociais, económicas, políticas e culturais. Com a globalização, desde o final do século XX, apareceram novos interesses e necessidades para a sociedade (Lévy,1993). Atualmente, os média, conjuntamente com as Tecnologias da Informação e da Comunicação [TIC], funcionam como mediadores sociais de modo os indivíduos e a coletividade participarem ativamente do mundo globalizado. A ordem atual aponta, tanto na esfera económica, quanto nas esferas político, social e cultural, para a necessidade de trabalhar conjuntamente. É fundamental a necessidade de incorporação das tecnologias nos processos de ensino-aprendizagem. Paralelamente, emerge também a necessidade da gestão comunicativa nos espaços de aprendizagem, como contribuição no planeamento e otimização do uso das informações mediadas pelas tecnologias na educação.

Em relação à via de comunicação do Jornal “Correio Ribatejo”, após contacto com o Diretor/Redator do Jornal “**Correio Ribatejo**”, este disponibilizou uma

estratégia inovadora para divulgação do conteúdo do poster informativo, porque a publicação do mesmo em formato de folheto funcionaria como publicidade, imputando gastos.

Primeiramente facultou-nos uma entrevista no local da intervenção do projeto, ou seja no HDS, por forma a redigir uma notícia onde está contida toda a informação do poster “**Acolher ...Para nascer com um sorriso,**” convidando as futuras mães a visitarem o Bloco de Partos do HDS, de modo a ajudar as mesmas a escolher o local de nascimento do seu bebé.

Segundo Freire (1977) a educação não é transferência de conhecimentos e que o educando não é um ser passivo. E ainda Figueiredo (1999), destaca que é necessário conciliar a preparação adequada do homem para o trabalho sem perder de vista o ideal de ampliação de sua capacidade de reflexão crítica. É preciso, portanto, humanizar a tecnologia, tendo o homem como centro do processo de ensino (Apêndice XVI).

c) **Rádio Pernes** - Entrevista em direto;

Ao nível da rádio contactámos com a diretora da Rádio Pernes, que aderiu prontamente à divulgação da informação. Comparecemos para uma entrevista em direto, subordinada ao tema “A visita guiada pré-natal como elemento chave no acolhimento da grávida no bloco de partos do Hospital Distrital de Santarém (HDS)”.

A necessária preparação envolveu uma reflexão e elaboração de um texto escrito, de maneira a ter um guião-recurso de orientação do discurso que na radio deve ser claro e fluido (Cádima, 1996), sendo esta via um meio acessível ao público (Rodrigues, 1990). A comunicação realizou-se no Programa “**Manhãs da Rádio Pernes**”, às **11:00h, do dia 20-02-2012**. Excertos desta entrevista foram noticiados no serviço informativo das 13:00h e 18:00h, do mesmo dia (Apêndice XVII).

d) **Informação on-line** (internet, intranet) e no HDS*In*Forma.

Por fim, foram disponibilizados através de colocação na **Página Eletrónica** (intranet e site da internet) do Hospital Distrital de Santarém, os instrumentos orientadores da visita pré-natal, tendo sido aceite para publicação na edição nº. 42, da Newsletter do HDS*In*Forma.

A internet é um importante meio de comunicação, talvez o mais relevante e mais utilizado da atualidade. Esta rede proporciona ao internauta conhecer os mais variados

assuntos, esclarecer dúvidas e buscar assuntos de interesses individuais (Apêndice XVIII).

De acordo com o INE (2012) num estudo efetuado, no nosso país, acerca da utilização das novas tecnologias de comunicação e informação, observou-se que a proporção de mulheres com idade entre os 16 e 74 anos que, em 2011, utilizou computador e Internet, foi de 55,5% e de 52,5%, respetivamente. A população feminina acompanhou a tendência crescente de uso de TIC, observada nos últimos dez anos; registou acréscimos significativos na utilização de computador (33,1 p.p.) e de Internet (37,7 p.p.), superiores aos observados para o conjunto da população.

Todas as atividades por nós vivenciadas proporcionaram-nos enriquecimento e crescimento pessoal, num ambiente calmo e de segurança em que se transmitiram energias positivas de bom humor e atitudes francas, onde a comunicação verbal e não-verbal nos impôs mensagens de otimismo e familiaridade. Watson (2002) na sua teoria de enfermagem enfatiza a provisão de um ambiente de apoio, proteção e/ou neutralização mental física e sociocultural e espiritual.

No sentido de identificação do Projeto, toda a documentação dirigida aos dois grupos de amostra, assim como documentação produzida para o serviço, estavam timbrados com uma simbologia própria, criada especificamente para este Projeto

5.1-CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS

Foi realizada uma primeira reunião com o Diretor do Serviço e com a Enfermeira Chefe e Diretora de enfermagem para apresentação do projeto e pedido de autorização para a sua implementação no HDS (Apêndice XIX).

Também estabelecemos um contacto informal com a Diretora da Rádio Pernes, com o Diretor do Jornal Correio do Ribatejo e com as Enfermeiras Chefes das Unidades Coordenadoras Funcionais [UCF`s] e Unidades de Cuidados Comunitários [UCC`s]. Este último através do Diretor de Serviço de Obstetrícia numa reunião mensal.

5.2-ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL

Não se verificaram custos para a população alvo. Na instituição os custos abrangeram, unicamente, a impressão do guia e do panfleto para as grávidas.

A impressão dos questionários ficou a nosso cargo e imputou-nos alguns gastos, sem custos para a instituição.

5.3-CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA

Foram realizadas quase todas as intervenções que indicámos no projeto, exceto as entrevistas às enfermeiras SMO, por falta de tempo. Por estarem diretamente dependentes da hierarquia, houve necessidade do adiamento da aplicação dos questionários no âmbito da satisfação das puérperas, face aos cuidados de saúde por constrangimentos por parte da chefia da unidade de puerpério, que posteriormente foram dissipadas. Algumas atividades foram mais morosas ao nível do planeamento e execução.

6 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

6.1 - AVALIAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS ÀS PUÉRPERAS

Objetivo: Analisar Satisfação das puérperas face á visita pré-natal e aos cuidados de Saúde no bloco de partos.

Grupo-Alvo: Todas as puérperas

Aplicação de um questionário (Apêndice XX) às puérperas no puerpério tardio em que o parto ocorreu no Bloco de Partos do HDS no mês de dezembro de 2011 a janeiro 2012 e que efetuaram visita pré-natal ou não.

Tendo como objetivo: **Analisar Satisfação da Utente Face à visita pré-natal e aos Cuidados de Saúde no bloco de partos.** Segundo Collière (1999),“(…) é a partir de um questionário sobre as situações de cuidados que se torna possível mobilizar de maneira apropriada, conhecimentos variados e diferenciados permitindo, assim, aumentar o saber profissional”.

O questionário aplicado às puérperas é constituído por duas partes:

Seção 1: Patient Satisfaction Scale desenvolvida por Suhonen, Leiro-Kilpi, Välimäki e Kim em 2001/2002, é constituída por 10 itens divididos em 3 domínios: os Cuidados Técnicos, a Informação dada sobre os Cuidados Prestados e a Relação entre o Apoio/Cuidados.

Seção 2: Na caracterização Sociodemográfica utilizou-se o Índice de Graffar (versão portuguesa).

Em todo o processo de tratamento e análise de dados baseamo-nos no dispositivo metodológico anteriormente definido, tendo sempre presente Polit & Hungler (1995) quando afirmam que a tarefa de análise dos dados quase sempre é imensa, pois em parte isso deve-se ao facto de não existirem regras sistemáticas, universalmente aceites para análise.

No tratamento e análise dos dados recolhidos através dos questionários utilizámos:

1 - Métodos estatísticos descritivos do programa Statistical Package for the Social Science (SPSS versão 18,20);

2 - Estatística descritiva: frequências absolutas (Fi), percentagens e medidas de tendência central;

3 – Na sessão1- temos uma escala de LiKert, que é constituída por 10 itens divididos em 3 sub-escalas de Likert com domínios, nos Cuidados Técnicos, na Informação dada sobre os Cuidados Prestados e a Relação entre o Apoio/Cuidados.

No tratamento de escalas de Likert: atribuímos um valor crescente de 1 a 4 da esquerda para a direita, que corresponde à variação entre Muito Insatisfeita, Insatisfeita, Satisfeita, Muito Satisfeita, respetivamente.

Os estilos de vida alteraram-se ao longo do tempo: a forma como as pessoas vivem, as escolhas que fazem, o que consomem, os códigos de conduta próprios do grupo social em que estão inseridos.

Os novos estilos de vida repercutem-se também na vida familiar. Novas formas de organização familiar como famílias monoparentais, recompostas, homossexuais, comunitárias e coabitação (união de facto), constituem novos modelos de vida familiar. De acordo com a análise, a maioria das participantes é casada ou vive em união de facto.

A própria estrutura da família altera-se e, conseqüentemente, os papéis familiares mudam, casamentos tardios, filhos em idade mais tardia e em menor número (INE,2012).

Relativamente à idade das puérperas que foram alvo do nosso estudo, verificamos que a média de idades das participantes é de 30,37 anos (dp=6,36), variando entre os 13 aos 42 anos.

De acordo com o INE (2012), as mulheres casam e são mães cada vez mais tarde e têm menos filhos.

A idade média das mulheres ao primeiro casamento era de 29,2 anos em 2010, o que representa um aumento de 3,5 anos face a 2000.

Por outro lado, a idade média das mulheres ao nascimento do primeiro filho era de 28,9 anos em 2010, traduzindo um adiamento da maternidade de 2,4 anos face a 2000.

A idade média ao nascimento de um filho situava-se nos 30,6 anos, em 2010.

Assim, as mulheres não só são mães cada vez mais tarde, como têm cada vez um menor número de filhos: em 2010, cada mulher teve, em média 1,4 crianças; em 2000, essa média era de 1,6 crianças.

O adiamento do casamento e da maternidade, bem como a redução do número de filhos por mulher, refletem, entre outros fatores as alterações que se têm produzido ao longo da última década, no que diz respeito ao nível de escolaridade, à inserção profissional, e à consolidação de novos paradigmas de conjugalidade e parentalidade.

Há que realçar nesta análise no tratamento da escala de Likert a **Satisfação com os cuidados versus Escolaridade**.

Na observação da relação entre a Escala Global de Satisfação e as Sub-Escalas de Cuidados Técnicos, Informação e Apoio, constata-se que não há diferenças significativas; observa-se, porém, uma tendência das mulheres menos escolarizadas evidenciarem um menor grau de satisfação.

Mais recetivas no que diz respeito às questões a colocar e face às dúvidas pressupõe que uma maior escolaridade implica querer ter um maior conhecimento, maior esclarecimento, sendo mais apelativas, aumentando assim o seu grau de satisfação face aos cuidados.

Os enfermeiros devem encarar o trabalho que desenvolvem com estas mulheres de modo mais interativo e com espírito de colaboração mútua. Esta abordagem é consistente com uma população melhor informada, mais exigente e com um envolvimento mais ativo no planeamento dos seus próprios cuidados.

As menos escolarizadas, relativamente **ao apoio e informação**, revelaram menor grau de satisfação. Efetivamente a experiência em cuidar de crianças, o conhecimento associado à profissão, a formação académica e o conhecimento adquirido através dos diferentes meios de comunicação revelaram-se condicionalismos facilitadores durante a transição. Estas conclusões são sustentadas por (Mercer,1981 & Mercer 1986, citada por Mercer, 2004; Meleis *et al.*,2000 & Canavarro, 2001).

Também, não obstante, seria, a nosso ver, necessária uma análise mais minuciosa dos contextos de trabalho destes profissionais, designadamente em termos de condições físicas, recursos humanos, Sistemas de Informação em Enfermagem, entre outros, para uma compreensão mais alargada da situação referida.

Toda análise dos questionários, encontra-se no (Apêndice XXI).

6.2-AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE FORMAÇÃO

Em relação às ações de formação apraz-nos dizer o seguinte:

1. Em relação á primeira ação de formação “**Apresentação dos instrumentos orientadores da visita guiada pré-natal ao bloco de partos**” (*guia de acolhimento, panfleto e norma da visita pré-natal*), para a equipa de enfermagem do bloco de partos por forma a dar resposta ao objetivo delineado. A avaliação foi feita através do registo de presenças (Apêndice XXII).

2. A segunda ação de formação em serviço delineada no projeto sobre o **Tema Humanização na Equipa de Saúde**. Nesta atividade foi facultado só à equipa de enfermagem presente constituída por 12 elementos um questionário de avaliação. (Apêndice XXIII).

A totalidade dos enfermeiros, presentes na sessão de formação, respondeu ao questionário corretamente.

Dos vários dados recolhidos, sobressai sobretudo que a sessão foi considerada de uma forma global, Muito Boa e Boa pelos presentes (Apêndice XXIV).

6.3-A AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE ORIENTAR AS MULHERES NO ESPAÇO DE NASCIMENTO

No contexto dos avanços já realizados no HDS, no delineamento de um Projeto *de Visita Guiada Pré-Natal*, os profissionais envolvidos perfilham medidas educativas de prevenção e controle da ansiedade à parturiente, tais como:

- Promover a visita à unidade de referência para o parto, no sentido de desmistificar e minimizar o stress do processo de internamento no momento do parto;
- Manter um diálogo com a mulher, durante a realização da visita pré-natal, incentivando-a, orientando-a e esclarecendo-lhe as dúvidas e seus medos em relação à gestação, trabalho de parto, parto e puerpério;
- Informar sobre as rotinas e procedimentos a serem desenvolvidos no momento do trabalho de parto e parto, a fim de obter colaboração por parte da parturiente e de seu acompanhante;
- Adotar medida para o estabelecimento do vínculo afetivo mãe e filho e o início do aleitamento materno logo após o nascimento;
- Dar à grávida o direito à presença do acompanhante participar no nascimento, desde que não coloque em risco a evolução do trabalho de parto/parto.

- Facultar às grávidas o guia de acolhimento do serviço e o panfleto com informações pertinentes para as mesmas.

Concluimos que este acolhimento, enfatizando alguns autores, é uma forma de relação entre o serviço/cliente com escuta qualificada para descobrir as necessidades dos que procuram uma produção do cuidado com responsabilidade, solidariedade e compromisso, de ser alguém singular (Cecílio, 2003).

6.4 - FEEDBACK DA ATIVIDADE DIVULGAÇÃO DA VISITA GUIADA PRÉ-NATAL À POPULAÇÃO

O póster foi afixado na instituição na consulta externa, informação online e revista *informa* e UCCs e UCFs (Apêndice XXV e XXVI).

Ao nível do jornal “Correio do Ribatejo” podemos constatar que se trata de um semanário regional, cuja tiragem atinge os 6000 exemplares.

A entrevista em direto nas “ Manhãs Ribatejanas “ da Rádio Pernes alcançou a região Centro/Litoral (Apêndice XVII).

Publicação na Newsletter do HDS*in*Forma, suplemento científico, edição N° 42 (Apêndice XXVII). A Newsletter HDS*in*Forma é uma publicação bimestral, do HDS, que integra o suplemento científico, com uma tiragem de 1000 exemplares.

7 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

Enquanto EESMO, ao implementar este projeto de intervenção, mobilizámos os nossos saberes ao nível do acolhimento, comunicação, ajuda e educação/promoção para saúde, competências da ciência do cuidar em SMO, com objetivo de obter a excelência da qualidade dos cuidados oferecidos à mulher/família que alcança o HDS para o nascimento do seu filho.

A humanização dos cuidados de que tanto se fala e que se pretende que seja prática real do dia a dia, pressupõe que a nossa preocupação não se centre apenas na técnica dos cuidados, mas sim na relação de ajuda, para que esta possa ser a essência dos cuidados de enfermagem. Nesta perspetiva, Lazure (1994), defende que se os enfermeiros desejarem exercer uma relação de ajuda, devem ser mais do que bons técnicos, devendo para isso preocupar-se com os seus clientes numa perspetiva holística, ajudando-os a enfrentar os seus problemas ou a sua situação de crise. Assim segundo Mayeroff (1971) diz que, cuidar o outro é ajudá-lo a crescer, e é através do crescimento do outro que eu também cresço, pelo que cuidar da parturiente é ajudá-la a crescer, na medida em que a ajudo a ultrapassar uma situação de sofrimento, podendo transformar o parto numa experiência única e inigualável para quem o vive.

Por conseguinte, as estratégias usadas e as competências mobilizadas e a partilha de conhecimento e a cooperação nas atividades desenvolvidas com os pares estiveram na base da consecução deste projeto de intervenção. Para tal, atuamos ao nível educação /formação/gestão de cuidados e constituiu ganhos para equipa de enfermagem e para próprio, porque concebemos um novo modelo de acolhimento no quotidiano profissional do bloco de partos do HDS/instituição. Assim, com o intuito de obter uma melhoria da gestão dos recursos e uma maior qualidade dos cuidados prestados criamos uma norma com uma linguagem cuidativa uniformizada e individualizada para a equipa de enfermagem utilizar aquando dos ensinamentos durante a visita guiada pré-natal à mulher/grávida. Neste sentido também elaborámos instrumentos (guia e panfleto) para as grávidas, que vão certamente ser ferramentas úteis para uma vivência segura e autónoma na experiência do nascimento de um filho, prevenindo comportamentos não adaptativos (Canavarro, 2001).

A Educação para a Saúde é um processo educacional, devendo ser cada vez mais interativo com os pares e aberto à comunidade, proporcionando uma maior consciencialização e participação na manutenção da sua própria saúde e bem-estar, ou seja, da sua qualidade de vida. É através dela que, segundo Amorim (1999), a relação educativa é estabelecida pela atitude profissional de fazer algo (...) com os outros ao invés de para os outros (p17). Com base neste pressuposto levámos o projeto até ao jornal, rádio, internet, intranet e jornal informa da instituição com o objetivo de cumprir um dos enunciados descritivos na área de satisfação do cliente definido nos padrões de qualidade.

As intervenções terapêuticas de enfermagem focadas no processo interativo enfermeiro/cliente e que se desenvolvem durante um longo período de tempo revelaram estar associadas a resultados mais positivos e eficazes. De acordo com as conclusões da análise de literatura levada a cabo por Mercer & Walker (2006) e Lopes (2005).

Ao investir no aumento do conhecimento e das capacidades dos clientes, o enfermeiro está a contribuir para a aquisição de confiança e domínio de novas competências por parte destes. De facto, quando o cliente se sente seguro por saber como deverá agir perante um acontecimento novo (o trabalho de parto e parto) mais facilmente será capaz de manter a calma e o controlo sobre a situação. Além disso, conhecer previamente o contexto (físico e humano) onde irá decorrer o parto e familiarizar-se com os equipamentos e profissionais que dele fazem parte facilita a posterior integração no mesmo. O convívio com outras grávidas, proporcionado durante estas visitas, possibilitou a partilha de dúvidas, receios e conhecimentos. Na verdade, os resultados dos estudos levados a cabo por Hudson, Elek e Fleck (2001) revelaram que a formação de pequenos grupos com características comuns, com vista à discussão de diferentes temas relacionados com a parentalidade, são uma forma de facilitar a transição, uma vez que, muitos dos sentimentos, dúvidas e medos são comuns à maioria dos participantes.

Concluimos assim ter alcançado estes dividendos, ao nível das populações-alvo (Grávidas/parturientes e Profissionais).

Para nós, serviço/instituição, o principal benefício foi reconhecer o nosso saber profissional e competências que, segundo Benner (2001), passa pelo:

- Assumir de responsabilidades (papel de perito);

- Reforçar as dimensões da relação de ajuda (respeitar e advogar pelos direitos das utentes e promover a sua autonomia);
- Garantir a humanização dos cuidados;
- Promover a motivação através da formação;
- Profissionalismo (respeito pela deontologia e ética da profissão);
- Melhoramento das condições de trabalho entre os profissionais.

8 - CONCLUSÃO

O relatório não foi só um guia descritivo do projeto de intervenção, tornou-se uma ferramenta pessoal, que visou a possibilidade de refletir, avaliar e registrar o ponto de partida, o percurso desenvolvido, as ideias, os interesses, as experiências e as competências efetivamente adquiridas. Intervir na mesma instituição onde trabalhamos, era o objetivo do projeto, o que, na nossa perspectiva, não nos trouxe desvantagens, mas sim, proporcionou-nos comodidade e diversidade de experiências enriquecedoras, transportáveis para o nosso local de trabalho, contribuindo para o nosso crescimento pessoal e profissional.

Neste caminho foi particularmente importante reforçar atitudes de respeito perante os pares, aceitando a sua perspectiva, qualidades e limitações, permitindo-nos momentos de introspeção na nossa aprendizagem como enfermeira especialista em SMO.

Ao chegar ao término da elaboração deste relatório, como instrumento de reflexão e balanço das competências adquiridas e/ou aprofundadas, pensamos ser importante manter o espírito de pesquisa, de reflexão e inovação, de modo a implementar mudanças que contribuam para a excelência dos cuidados de enfermagem em SMO, como sejam, a adaptação e desenvolvimento das estratégias criadas durante a intervenção do projeto ao contexto de trabalho. Como enfermeira especialista SMO importa continuar a analisar criticamente o que se deve fazer, o que é possível fazer e o que se faz, de modo a criar novas práticas e atitudes de enfermagem que visem o bem-estar da grávida/família. Houve momentos de cansaço, momentos difíceis devido ao tempo escasso que exigiu uma gestão criteriosa entre a atividade profissional (preparação e elaboração de estratégias a desenvolver, assim como a elaboração do relatório). No entanto, sentimo-nos compensadas e com elevado grau de satisfação. Estamos convictas de ter deixado, neste campo de intervenção, condições para a melhoria da qualidade dos cuidados, tendo como meta os padrões de qualidade na área da obstetrícia. Salientamos também que este projeto contribuiu positivamente para a nossa realização profissional e pessoal, superando as expectativas.

Finalizamos, conscientes de que o caminho percorrido não constitui o fim de um processo, mas sim o princípio de uma nova forma de estar, atuar e ser, de modo a proporcionar vivências únicas à mulher que escolhe o HDS para nascimento do filho.

9 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, M. S. A (1996). Mulher e sua “destinação” à maternidade. *Revista Baiana de Enfermagem*. 9(1):46.
- Amorim, C. (1999). Intervenção para a autonomia de opção. *Trajectos e Projectos*. 1, 16-21.
- Andrade. O. B. (1975). Manual de Normas e procedimentos do serviço de enfermagem de saúde pública. *Rev. Saúde Pública*. 9:455-66.
- Associação Portuguesa pela Humanização do Parto. Consultado em 28 de Abril de 2011 através de www.humpar.org/ldquo-pelo-direito-ao-parto-normal-ndash-uma-visatildeo-partilhadardquo.html.
- Balaskas, J. (1993) *Parto ativo. Guia prático para o parto natural*. 2ª ed. São Paulo: Ground.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Brasil. (2003). *Secretaria de políticas Públicas de Saúde. Parto Aborto e Puerpério. Assistência humanizada à mulher*. 2ª ed. Brasília-DF.
- Berg, M.; Cordeiro, A. (2006). Orientação e registo pré-operatório para o cuidar em enfermagem. *Revista Baiana de Enfermagem*. 20(1/2/3):57-67.
- Cádima, F. R. (1996). *História e crítica da comunicação*. Lisboa: Século XXI.
- Canavarro, M. C. (2001). *Psicologia da gravidez e da maternidade*, Coimbra: Quarteto.
- Caparroz, S.C. (2003) *O resgate do parto normal: Contribuições de uma Tecnologia Apropriada*. Joinville: Univille, p. 103.
- Carneiro, M. (2009). Nascer em Portugal: os saberes obstétricos e parteiras. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. 10; 4-8. Consultado em 25 de Julho de 2012 através de www.apeobstetras.org.
- Castro, L; Ricardo, M. (1998). *Gerir o trabalho de projeto – Um Manual para Professores e Formadores*. Lisboa: Edições Texto Editora 5ª edição
- Cecílio, L.C.O ; Merhy, E.E. (2003). *A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar*. Campinas (SP).
- Cianciarullo, T.I. (2003) *Um desafio para a qualidade de assistência*. São Paulo: Atheneu.

- Cochrane AL. (1989). Foreword I Chalmers. In M. Enkin & M.J.N.C Keirse (Eds.) *Effective care in pregnancy and childbirth*. Pp.1465–1477. Oxford University Press, Oxford.
- Cohen, G.J.(2009). *Clinical Report – The Prenatal visit*. American Academy of Pediatrics, 124 (4): 1227-1232.
- Collière, M..F (1999). *Promover a vida*. Lisboa: Lidel e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Departamento de Ginecologia e Obstetrícia Hospital de S. João. Urgência Ginecologia e Obstetrícia Bloco de Partos. Consultado em 28 de Outubro de 2011 através de <http://www.bionascimento.com/images/stories/BioNascimento/hsjfolheto.pdf>.
- Dias, J. M. (2004). *Formadores: que desempenho?* Lisboa: Lusociência.
- Dias, M.A.B., Domingues, R.M.S.M (2005). Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Cienc. Saúde Coletiva*;10(3):699-705.
- Diniz, S.G. (2005). Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Cienc. Saúde Coletiva*.10(3): 627-37.
- Direção Geral de Saúde (2001). *Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (2001). Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes Saúde Materno-Infantil: Rede de Referenciação Materno-Infantil. – Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2001. – 72 p. Consultado em 28 de Março de 2011 através de <http://www.arslvt.min-saude.pt/DocumentosPublicacoes/Documents/redereferenciacaomaternoinfantil.pdf>.
- Figueiredo, V. F. (1999). *Mídia e educação*. (4). Rio de Janeiro: Gryphus.
- Fortin, F. (1999). *O Processo de Investigação da Concepção à Realidade*, Lisboa: Lusociência.
- Franco, T. B.; Bueno, W. S.; Merphy, E. E.(1999). O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: O caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 15(2):345-353.
- Franco, J. (1998). Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. *Sinais Vitais*, 17, 37-38.

- Frederico, M & Leitão, M. (1999). *Princípio de Administração para Enfermeiros*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde Lda. Edições Sinais Vitais.
- Freire, P. (1977). *Comunicação ou extensão?* 10 Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Graça, L.M. (2005). *Assistência Pré-Natal in M.H. Machado Medicina Materno-Fetal* (pp. 123-133) (13ªEd) . Lisboa: LIDEL, Edições Técnicas, Lda.
- Hudson, D.; Elek, S. & Fleck, M. (2001). First-time Mothers´and Fathers´Transition to Parenthood: Infant Care Self-Efficacy, Parenting Satisfaction, and Infant Sex. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. (24),31-43.
- Hospital Nossa Senhora do Rosário, Barreiro, S.A. (2005). Notícias. *Visita Pré-Natal da Grávida/Casal ao Bloco de Partos, 7*. Consultado a 4 de Novembro de 2011 através de www.hbarreiro.min-saude.pt
- Imperatori, E.; Giraldes, M.R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde : Manual para os Serviços Centrais, Regionais e Locais*. (3ª ed). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto Nacional de Estatística. (1973). *Rebordões e a sua população nos séculos XVII e XVIII : estudo demográfico*. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda.
- Instituto Nacional de Estatística. (2012). 2001-2011 *Estatísticas no Feminino: Ser Mulher em Portugal*. Destaque. Informação à Comunicação Social, 1-26.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). Censos 2011 - Resultados Provisórios. Destaque. Informação à Comunicação Social. Consultado em 14 de Fevereiro de 2011 através de http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=129675729&DESTAQUESmodo=2.
- Kightley, B. (2007). Delivering choice: where to birth. *British Journal of Midwifery*. 15 (8), 475-478.
- Klaus, M. H., Kennell, J. H. (1992). *Pais e bebês: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kitzinger, S. (1995). *A experiência do parto*. Lisboa, Instituto Piaget.
- Kitzinger, S. (1984). *Experiência do Parto*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Kitzinger, S. (2005). *The politics of birth*. Edinburgh: Elsevier.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta, Artes Médicas.
- Leboyer, F. (1974) *Nascer sorrindo*. São Paulo: Ground.

Lei nº. 4/84, de 5 abril. D. R., I Série, nº. 81, de 5 de abril de 1984.

Leite, J. C. A.; Maia, C. C. A.; Sena, R. R. (1999). Acolhimento: perspectiva de reorganização da assistência de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 52(2), 161-168.

Lévy, P (1993). *As tecnologias da inteligência*. O futuro do pensamento na era da informática. Rio de Janeiro: Ed. 34.

Lopes, M. J. (2005). Os clientes e os enfermeiros: construção de uma relação. *Revista da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo*, 39 (2), 220-228.

Lowdermilk, D. L. (2008). Cuidados de Enfermagem durante o Trabalho de Parto e parto. In D. L. Lowdermilk & S. E. Perry (Eds). *Enfermagem na Maternidade* (pp. 414-477). 7ªEd. Loures: Lusodidacta.

Maldonado, M.T (1984). *Psicologia da Gravidez Parto e Puerpério*. Ed. Petrópolis: Vozes.

Maldonado, M. T. (1985). *Psicologia da Gravidez Parto e Puerpério*. Petrópolis: Vozes.

Mayeroff, M. (1971). - *On caring*. New York: Harper Perennial.

Melo, V. H. (1983). *Evolução histórica da obstetrícia: a marginalidade social das parteiras e da mulher*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Brasil.

Mercer, R. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Advanced Nursing*, 34(4), 456-464.

Mercer, R. & Walker, L. (2006). A Review of Nursing Interventions to Foster ecoming a Mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 35(5), 568-582.

Meleis, A.I (2007). – *Theoretical Nursing: development and progress*. 4ª Ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K. H., DeAnne, K. H. & Schumacher, K.(2000). Experiencing Transitions: *An Emerging Middle-Range Theory*. *Advanced Nursing Science*, 23, 12-28.

Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril. Diário da República, Série I-A, nº 93, 1739-1757.

Ministério da Saúde (2010) *Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Cuidados de Saúde Hospitalares*. Alto Comissariado da Saúde.

- Mota, R., Martins, C. & Vêras, R. (2006). Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. *Psicologia em Estudo*, 11 (2) 323-330. Consultado em 27 de Outubro de 2011 através de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a10.pdf>.
- Nóvoa, A. (1998). Formação de professores. 2ed. São Paulo: Unesp.
- Odent, M. (1981) *Gênese do homem ecológico: mudar a vida, mudar o nascimento: o instinto reencontrado*. São Paulo: TAO Editorial, Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial da Saúde. (1996). *Maternidade Segura, Assistência ao parto normal um guia prático*. Unidade de Saúde Materna e do Recém-nascido/ Maternidade Segura. Genebra.
- Organização Mundial de Saúde (2005). Para que todas as mães e crianças contêm. *In Relatório da Saúde Mundial*. Consultado em 2 de abril, 2012 através de http://www.OMS.int/whr/2005/media_centre/overview_pt.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros & Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (2012). *Pelo Direito ao parto normal*. Uma visão partilhada Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 127/2011, de 18 de fevereiro. Diário da República, 2ª série, nº 35, 8662-8666.
- Ordem dos Enfermeiros (2002) *Divulgar - Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2007), Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados. Consultado em 20 de maio de 2011 através de http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/recomend_Mauais_BPraticas.pdf.
- Osava, R. H. (2003) Parto Humanizado: Importante mudança para a saúde. *Nursing, revista técnica de enfermagem*;6,10-11.
- Panfleto de Informação como Complemento de Ensino. (2002). *Nursing* 169, 32-35.
- Pciornick, M. (1979) *Aprenda a nascer com os índios: parto de cócoras*. São Paulo: Brasiliense.
- Peterson, G. (1996). Childbirth: The ordinary miracle: effects of devaluation of childbirth on women's self-esteem and family relationships. *Pre and Perinatal Psychology Journal*. 11, 101-109.

- Polit, D. & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rodrigues, A. D. (1990). *Estratégias da comunicação: questão comunicacional e formas de sociabilidade*. 1.ª ed. Lisboa: Editorial Presença.
- SantAnna, F. M.; Enricone, D.; André, L. C.; Turra, C.M.G. (1988). *Planejamento de Ensino e Avaliação*. 11ª Ed. Porto Alegre: Sagra.
- Santos, M. L. (2002) *Humanização da assistência ao parto e nascimento: um modelo teórico*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: Brasil.
- Suhonen, R.; Leino-Kilpi, H.; Välimäki, M.; Kim, H. S. (2007). The Patient Satisfaction Scale – an empirical investigation into the Finnish adaptation. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 13: 31–38.
- Swanson, K.M. (1991). Empirical Development of a Middle Range Theory of Caring. *Nursing Research*, 40(3), 161-166.
- Sussams, J. E. (1990). *Como fazer um relatório*. Lisboa: Editorial Presença.
- Waldow, V. (2009). Momento de Cuidar: Momento de reflexão na acção. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 62(1), 140-145.
- Watson, J. (2002). Enfermagem ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem. Loures: Lusociência, 182.
- World Health Organization (1985). Appropriate Technology for Birth. *The Lancet*. 8452(436-437).
- www.hds.min-saude.pt/.





APÊNDICE I – PROPOSTA DE MESTRADO

	MESTRADO PROPOSTA DE DISSERTAÇÃO, ESTÁGIO, TRABALHO DE PROJECTO, RELATÓRIO PROFISSIONAL
---	--

APROVAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA

--

PARECER DO DIRECTOR DE CURSO

--

1. IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

Nome	Ana Emília Reis da Silva Gome Tiago		
Telefone	934005830	E-mail	anag.tiago@sapo.pt
Curso:	Mestrado Profissional em Saúde Materna e Obstetrícia		
Nº Matricula	8825	Edição (Ano Lectivo em que iniciou o Mestrado)	2011/2012

2. IDENTIFICAÇÃO DO ORIENTADOR (ANEXAR DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO)

Orientador	Maria Margarida Santana Fialho Sim-Sim		
Universidade/Instituição	Universidade de Évora		
Telefone	266730300	E-mail	msimsim@uevora.pt

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

Orientador			
Universidade/Instituição			
Telefone		E-mail	

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

<input type="checkbox"/> Dissertação	<input type="checkbox"/> Estágio	<input type="checkbox"/> Trabalho Projecto	<input type="checkbox"/> Relatório Profissional
--------------------------------------	----------------------------------	--	---

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

Título	A Visita Pré-Natal como Elemento Chave no Acolhimento da Grávida no Bloco de Partos
---------------	---

Nº PÁGINAS DO PROJECTO ____

6. RESUMO DO TRABALHO

O Nascimento em meio hospitalar é no nosso país uma prática que tem vindo a ter maior expressão a partir dos anos 70. Observou-se a reversão do parto domiciliário *versus* hospitalar em 1973, tendo o Distrito de Santarém acompanhado a tendência nacional (INE, 1973). O parto em meio domiciliar é defendido por alguns autores, que encontram no ambiente familiar o melhor espaço para o nascimento (Kitzinger, 1984). Contudo, a situação é controversa, pois outros autores, argumentando com a melhoria dos indicadores de saúde materno-infantil e consideram-no mais adequado no envolvente hospitalar (Graça, 2005; Kightley, 2007). Em conciliação com as posições opostas, algumas instituições de saúde em Portugal têm desenvolvido esforços para a humanização dos cuidados, nomeadamente com a criação de espaços de nascimento tão semelhantes quanto possível ao ambiente domiciliar.

O movimento de humanização nos hospitais é voltado para o processo de educação e boas práticas dos profissionais de saúde, mas também para intervenções estruturais que tornem a experiência da hospitalização segura e confortável (Mota, Martins & Vêras, 2006).

Devido à evolução das políticas de saúde, muitos projectos de humanização vêm sendo desenvolvidos. Segundo Mota (2006) a humanização é um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve mudanças de comportamento que sempre despertam insegurança. O conceito de atenção humanizada é vasto e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal que se inicia no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebé e que preserve sua privacidade e autonomia (Mota, Martins & Vêras, 2006). Considerando Maldonado (1985) e Kitzinger (1987) que a gravidez, o parto, o nascimento de um filho são momentos únicos da vida de uma mulher e de um casal, resultando numa experiência marcante, memorada na história pessoal de cada um, será oportuno que o espaço onde ocorre seja lembrado como positivo. De facto, a gravidez, o parto e a hospitalização constituem elementos onde se vive a crise de desenvolvimento. A mulher sai do seu meio ambiente, é privada dos seus objectos pessoais, é desresponsabilizada de si mesma, na medida em que é entregue a técnicos, fica sujeita a rotinas (Kitzinger, 2005). Ou seja, um conjunto de factores que poderão gerar insegurança, medo e ansiedade.

O Hospital de Santarém em termos de organização/instituição está dividido em 5 departamentos, o departamento de Cirurgia, de Medicina, de Psiquiatria e Saúde Mental, de Urgência e por ultimo o departamento da Mulher e da Criança. Este ultimo engloba: 1) Pediatria e Urgência Pediátrica, 2) Obstetrícia I (grávidas patológicas) e Ginecologia, 3) Obstetrícia II (puerpério) e Neonatologia e 4) Bloco Operatório de Obstetrícia (sala de partos e SO de Obstetrícia).

Por ser EPE, não possui área de abrangência específica, mas são as utentes dos concelhos de Almeirim, Alpiarça, Cartaxo, Chamusca Coruche, Rio Maior e Salvaterra de Magos, que predominam. Na actualidade, é um Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado (DGS, 2001), com cerca de 1500 partos ano, consagra um conjunto de cuidados humanizados. Alargaram-se recentemente os cuidados de acolhimento à mulher, que em fase pré-natal, antecipa o Bloco de Partos de Santarém como local de nascimento. Da

articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados diferenciados, na rede de referência dos cuidados de saúde, existe a implementação de uma visita guiada ao bloco de partos, mediante marcação, assegurando-se um contacto prévio com a estrutura funcional do serviço. De facto, a metodologia da visita guiada aos serviços, na fase pré-internamento, é utilizada em diversos campos de actuação, com resultados positivos para o beneficiário dos cuidados (Berg & Cordeiro, 2006; Cohen, 2009). No momento existe já um registo institucional, da avaliação da visita pré-internamento, efectuado através de um inquérito realizado a grávidas, realizado no âmbito dos padrões da qualidade dos cuidados de enfermagem. Este trabalho, dando continuidade à nossa responsabilidade no âmbito da formação em serviço, pode beneficiar em qualidade, quando realizado em contexto académico-profissional. Assim, será uma experiência proporcionadora de desenvolvimento profissional e institucional. De facto, através deste Projecto e exercendo funções na equipa multidisciplinar do bloco de partos, afirmamos as competências descritas na alínea c) do artº. 4º. e nº. 3, do regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica.

Acreditando que o impacto com um espaço não familiar pode ser reduzido através, de acolhimento adequado prevenindo comportamentos não Adaptativos (Lowdermilk, 2008) enraizada na nossa experiência clínica, que privilegia a corrente do parto Humanizado e agilizando a reflexão na acção, imprescindível na Enfermagem (Waldow, 2009), surge-nos urgente, no contexto dos avanços já realizados no Hospital de Santarém-EPE, o delineamento de um Projecto de Visita Pré-Natal.

População alvo 1: é beneficiária deste projecto a população constituída pelas potenciais parturientes do Hospital de Santarém

População alvo 2: Enfermeiros Especialistas SMO do Bloco de Partos do Hospital de Santarém, vez que são agentes activos na consecução desta vertente de Humanização dos Cuidados.

O presente Projecto tem a validação de superiores hierárquicos, encontrando-nos actualmente na formalização destes aspectos.

Assim, tendo por base a directriz da Humanização, é nosso **Objectivo Geral:**

- Promover a Acessibilidade em contexto obstétrico das mulheres que elegem o Hospital de Santarém-EPE para o local de parto

Objectivos Específicos

1 - Capacitar os enfermeiros do Serviço Bloco de Partos para a aquisição de competências no acolhimento das parturientes;

3 - Criar instrumentos de orientação para os ESMO realizarem a visita pré-natal

2 - Orientar as mulheres para o espaço de nascimento

4 - Divulgar serviço de Visita Pré-Natal.

7. PLANO

Actividades de Preparação do Projecto

- * Reuniões de consenso com a directora do Hospital de Santarém e chefe do serviço do Bloco de Partos e restante hierarquia institucional.
- * Pesquisa em bases científicas e revisão bibliográfica para fundamentação
- * Reuniões de Orientação Pedagógica

Actividades de Implementação do Projecto			
Objectivo: Capacitar os enfermeiros do Serviço Bloco de Partos para a aquisição de competências no acolhimento das parturientes			
Grupo-Alvo: Enfermeiras do Bloco de Partos do Hospital de Santarém			
Actividades	Estratégias	Recursos	Data
Sensibilização dos Enfermeiros para a importância da selecção do local de nascimento; Uniformização de procedimentos	Formação em Serviço Plano de formação Acordo de uma hora para a formação com o enfermeiro chefe de serviço Elabora aviso de formação, data e hora e afixá-lo em local visível Informar os enfermeiros verbalmente Elaboração e entrega de texto de apoio dos conteúdos da formação	Slides Power point Data-show	12/2011 Ou 01/2012
Objectivo: Criar instrumentos de orientação para os ESMO realizarem a visita pré-natal			
Grupo-Alvo: Enfermeiras do Bloco de Partos do Hospital de Santarém			
Actividades	Estratégias	Recursos	Data
Construção de Guião de Orientação para as ESMO oferecerem às Utentes	Pesquisa bibliográfica Formação em Serviço	Bibliografia	12/2011 Ou 01/2012
Grupo-Alvo: Utentes do Bloco de Partos do Hospital de Santarém e UCF			
Actividades	Estratégias	Recursos	Data
Identificação da informação pertinente a transmitir à grávida durante a visita Construção de suporte informativo para as utentes	Panfletos	Bibliografia	1/2012
Objectivo: Orientar as mulheres para o espaço de nascimento			
Grupo-Alvo: Potenciais parturientes do Bloco de Partos do Hospital de Santarém			
Atividades	Estratégias	Recursos	Data
Acção de educação Adoção de medidas que visem facilitar á grávida informação oportuna sobre: O que levar para B.P relativamente á parturiente e RN; Quando ir para a maternidade.	Criação de suportes informativos [folhetos, vídeo-contínuo na consulta externa de Obstetrícia] Revisão bibliográfica; Plano de formação;	Power-point; Data-show	02/2012
Objectivo: Divulgar serviço de Visita Pré-Natal			
Grupo-Alvo: Enfermeiras do Bloco de Partos do Hospital de Santarém e UCF			
Actividades	Estratégias	Recursos	Data

Divulgação da "Visita Guiada ao Bloco de Partos"	Construção de Poster informativo	poster	2/10
Grupo-Alvo: Potenciais Utentes do Bloco de Partos do Hospital de Santarém			
Atividades	Estratégias	Recursos	Data
Informação da População em geral	Contacto com o diretor da rádio	Rádio	12/2011
	Contacto com o Redator do Jornal "O Ribatejo"	Jornal	12/2011
	Colocação na Página Electrónica do Hospital de Santarém	Serviços Computacionais	A definir

Fase de Avaliação do Projecto [Actividades em Pré-definição]

Objectivo: Avaliar custos-benefícios da Visita Pré-Natal			
Grupo-Alvo: Todas as puérperas			
Actividades	Estratégias	Recursos	Data
Aplicação de um questionário às puérperas no puerpério tardio em que o parto ocorreu no Bloco de Partos do Hospital de Santarém no mês de dezembro /janeiro e que efectuaram, visita pré-natal ou não.	Realização de documento escrito	Questionário	Dezembro / Janeiro
Grupo-Alvo: Enfermeiras Especialistas SMO			
Realização de Entrevista às Enfermeiras Especialistas SMO Apresentação de resultados	Identificação de contributos	Gravador Computador, Projector.....	Dezembro/ Janeiro

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Semanas de estágio	Actividades de preparação e Implementação do Projeto						
	28 Setembro	1 a 31 de Outubro	1 a 30 de Novembro	1 a 31 de Dezembro	1 a 31 de Janeiro	1 a 29 de Fevereiro	Até 12 de Março
Pesquisa em bases científicas e revisão bibliográfica							
Reuniões com a professora orientadora							
Pedidos de autorização para implementação do projeto							
Contactos com enfermeira chefe do bloco de partos							
Elaboração de guião de acolhimento							
Divulgação da Visita Guiada ao Bloco de Partos							
Preparação e realização da acção de formação aos enfermeiros do Bloco de Partos							
Informação da população em geral							
Elaboração Ação de educação as puérperas.							
Avaliação questionário as puérperas no puerpério tardio.							
Avaliação por entrevista EESMO							

Referencias Bibliográficas.

ASPECTS OF CHILD AND FAMILY HEALTH

ELHART, D. et al. Princípios científicos da enfermagem. Lisboa. Portuguesa de livros técnicos e científicos, 1983. cap. 4, p. 288-96: O âmbito de intervenção de enfermagem no apoio à adaptação.

George J. Cohen, MD, THE COMMITTEE ON PSYCHOSOCIAL

Graça, L.M. (2005). Assistência Pré-Natal in M.H. Machado *Medicina Materno-Fetal 1 3ªEd* . Lisboa: LIDEL, Edições Técnicas, Lda. Pp 123-133.

<http://www.arslvt.min->

[saude.pt/DocumentosPublicacoes/Documents/redereferenciacaomaterno infantil.pdf](http://www.arslvt.min-saude.pt/DocumentosPublicacoes/Documents/redereferenciacaomaterno infantil.pdf)

Kightley, B. (2007). Delivering choice: where to birth. *British Journal of Midwifery*. 15 (8), 475-478.

Kitzinger, S. (1984). *Experiência do Parto*, Lisboa: I. Piaget, 358 p

Kitzinger, S. (2005). *The politics of birth*. Edinburgh: Elsevier.

Maldonado, M. T. (1985). *Psicologia da Gravidez Parto e Puerpério*. Petrópolis: Vozes.

Mota, R., Martins, C. & Vêras, R. (2006). Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. *Psicologia em Estudo*, 11 (2) 323-330. Retirado da WWW em 27 de Outubro de 2011 <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a10.pdf>

Waldow, V. (2009). Momento de Cuidar: Momento de reflexão na acção. *Revista Brasileira de Enfermagem* 62, n.1, pp. 140-145. ISSN 0034-7167. doi: 10.1590/S0034-71672009000100022.

Lowdermilk, D. L. (2008). Cuidados de Enfermagem durante o Trabalho de Parto e parto. In D. L. Lowdermilk & S. E. Perry. *Enfermagem na Maternidade 7ªEd*. Loures: Lusodidacta pp 414-477.

Regulamento nº. 127/2011, de 18 de Fevereiro. *Diário da República nº. 35/2011- II Série*.

Ordem dos Enfermeiros.

Observações:

O projecto não poderá ter mais do que 5 páginas

Deverá ser entregue nos SAC – DEPG após parecer do Director de Curso

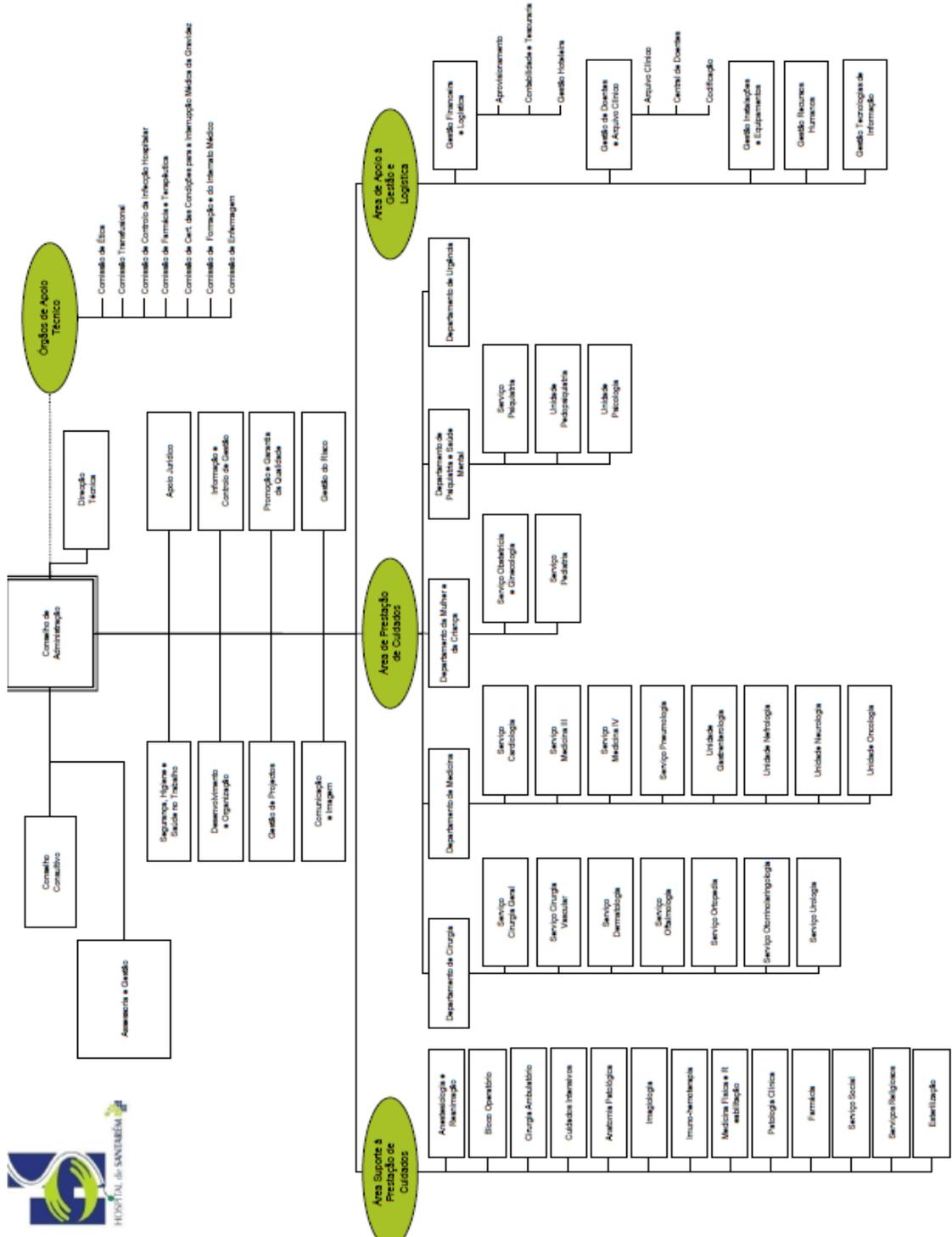
Deverá ser anexo ao Projecto:

Parecer(es) Orientador(es)

Curriculum do(s) Orientador(es) não doutorados



APÊNDICE II – ORGANOGRAFIA DOS DEPARTAMENTOS DO HDS





APÊNDICE III – PLANTA DO BOCO DE PARTOS DO HDS



APÊNDICE IV - QUESTIONÁRIO DA CARATERIZAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM DO BLOCO DE PARTOS

QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS ENFERMEIRAS DO BLOCO DE PARTOS /HDS

IDADE: _____

CATEGORIA PROFISSIONAL: (Assinale com X)

- Enfermeira Chefe
- Enfermeira Graduada
- Enfermeira Especialista em SMO

TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL: _____

TEMPO DE SERVIÇO NA CATEGORIA PROFISSIONAL: _____

FORMAÇÃO PROFISSIONAL: (Assinale com X)

- Licenciatura
- Licenciatura e especialização na área SMO

FORMAÇÃO PROFISSIONAL COMPLEMENTAR : (Assinale com X)

- Mestrado Académico
- Pós-graduação na área
- Pós-graduação noutra área
- Não tenho outra formação complementar

Muito obrigada pela sua colaboração!



APÊNDICE V - ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIO DA CARATERIZAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM DO BLOCO DE PARTOS

CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM
DO SERVIÇO DE BLOCO DE PARTOS DO HDS (cont)

Quadro nº. 1 – Idade da Equipa de Enfermeiros

IDADE	Fi	%
[36, 41[	5	31,25%
[41, 46[	2	12,50%
[46, 51[	5	31,25%
[51, 56[	2	12,50%
[56, 61[	2	12,50%
Total	16	100,00%

A análise deste quadro revela que existem duas classes modais, nomeadamente [36, 41[e [46, 51[com a frequência de 5 em cada uma delas. Analisando os dados recolhidos de uma forma individual constatamos que a média etária é 45, 5625, (aproximadamente 46 anos), a mediana é 46,5 anos (aproximadamente 47 anos) e que o desvio padrão é 6, 14.

Quadro nº. 2 – Categoria Profissional

CATEGORIA PROFISSIONAL	Fi	%
Enfermeiro Chefe	1	6,25%
Enfermeira graduada	1	6,25%
Enfermeiro especialista em SMO	14	87,50%
Total	16	100,00%

Verificámos que 87,5% (14) da equipa de Enfermeiros têm a categoria profissional de Enfermeiro especialista SMO, 6,25 (1) têm a de Enfermeiro Graduado e 6,25 (1) a de Enfermeiro Chefe.

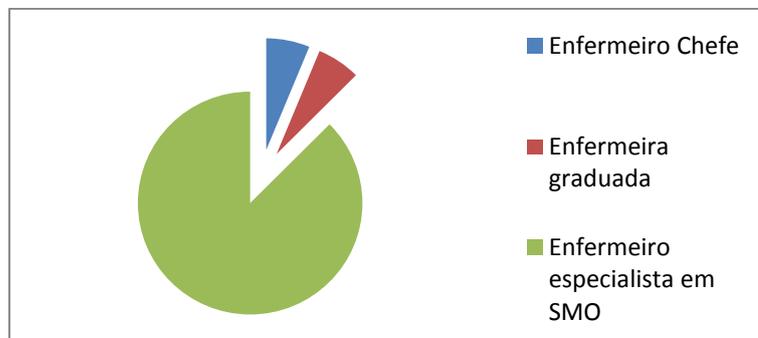


Gráfico 1 – Categoria profissional

Quadro nº. 3 – Tempo de Exercício Profissional

TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL	Fi	%
[11, 16[	4	25,00%
[16, 21[	3	18,75%
[21, 26[	3	18,75%
[26, 31[	6	37,50%
Total	16	100,00%

Quanto ao tempo médio de exercício profissional desta equipa verificámos que é de 21,75 anos. Analisando a distribuição de frequências apresentadas no quadro supra enunciado verificamos que a moda é na classe [26, 31[anos de exercício profissional. (6 elementos). Tratando os valores obtidos individualmente verifica-se que a mediana é 22,5 (aproximadamente 23 anos) e que o desvio padrão é 5,95.

Quadro nº. 4 – Tempo de Exercício na categoria Profissional

TEMPO DE EXERCÍCIO NA CATEGORIA PROFISSIONAL	Fi	%
[0, 5[	3	18,75%
[5, 10[	9	56,25%
[10, 15[	0	00,00%
[15, 20[	2	12,50%
[20,25[	2	12,50%
Total	16	100,00%

Quanto ao tempo médio de exercício na categoria profissional desta equipa verificámos que é de 21,75 anos (aproximadamente 22 anos). Analisando a distribuição de frequências apresentadas no quadro supra enunciado verificamos que a moda é na classe [5, 10[anos de exercício profissional. (9 elementos). Tratando os valores individualmente verifica-se que a mediana é 5 anos e que o desvio padrão é 6,7.

Quadro nº. 5 – Formação Profissional

FORMAÇÃO PROFISSIONAL	Fi	%
Licenciatura	1	6,25%
Licenciatura e especialização na área SMO	15	93,75%
Total	16	100,00%

Verificamos que 93,75% (15) da equipa de Enfermeiros têm a especialização na área SMO e apenas 6,25% (1) tem apenas licenciatura.

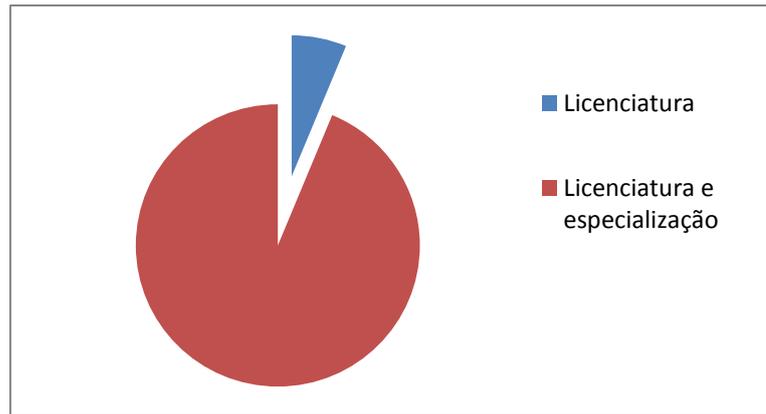


Gráfico 2 – Formação Profissional

Quadro n.º 6 – Formação Profissional Complementar

FORMAÇÃO PROFISSIONAL COMPLEMENTAR	Fi	%
Mestrado Académico	1	6,25%
Pós-graduação na área SMO	4	25,00%
Pós-graduação noutra área	2	12,50%
Não tenho formação complementar	9	56,25%
Total	16	100,00%

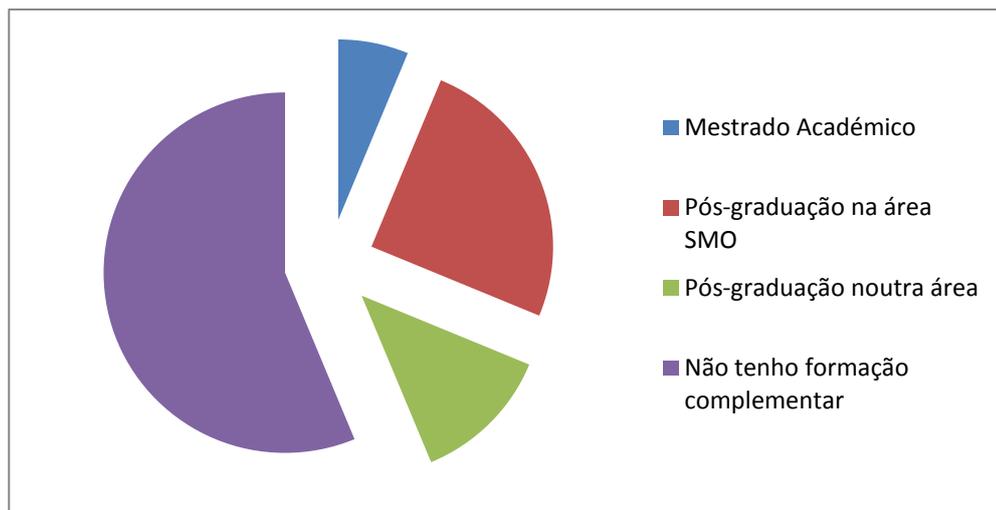


Gráfico 3 – Formação Profissional Complementar



APÊNDICE VI - IDENTIFICAÇÃO DOS ARTIGOS PESQUISADOS

IDENTIFICAÇÃO DOS ARTIGOS PESQUISADOS

Ano	Autor	Título do Artigo	Periódico	Amostra	Ideias Principais
2009	Alves, C., Deslandes, S. & Mitre, R.	Desafios da Humanização no contexto do cuidado de enfermagem pediátrica de média	Interface. Comunicação saúde Educação	Equipa de enfermagem Pacientes Acompanhantes	Níveis de autonomia, protagonismo corresponsabilidade e capacidade de se estabelecer relações com profissionalismo durante o tempo de internamento
2010	Pasche, D., Vilela, M. & Martins, C.	Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado	Revista tempus-atos de saúde coletiva, 4(7)105-117	Maternidades e redes perinatais da Amazônia Legal e Nordeste.	O parto e o nascimento humanizado no sistema de saúde. Ofertas do plano (acolhimento, gestão participativa, inclusão do acompanhante, a experiência de boas práticas).
2005	Morais, M	Acolhimento como estratégia de humanização no cuidar de enfermagem do PSF: discurso de enfermeiras	Interface. Comunicação saúde Educação	Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa. O campo de investigação centrou-se nas Unidades Básicas de Saúde da Família do Município de Bayeux-PB. Participaram do estudo dez enfermeiras em atuação nessas unidades. entrevista,	Este estudo teve como objetivo investigar o discurso de enfermeiras participantes da pesquisa no que concerne ao acolhimento como estratégia para humanizar o cuidado no Programa Saúde da Família -

2009	Cohen.G	Clinical Report – The Prenatal visit	Pediatrics – Volume 124, Number 4	Utentes visitaram unidades	que as	Práticas pediátricas e obstétricas devem estabelecer uma política no pré-natal. Serviços oferecidos podem ser flexíveis e projetados para atender as necessidades dos pais, dando a conhecer os locais reunir informações básicas e conselhos para eles e identificar situações de risco. Deve haver reforço da investigação sobre o valor e a eficácia da visita pré-natal, em todas as suas iterações diferentes e com diferentes populações,
2005	Deslandes, S.F.	A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades Rio Janeiro	Ciência & Saude colectiva.	Gestores e macrogestores	e	Humanização do parto, recém nascido de baixo peso, Políticas públicas de saúde, Direitos em saúde.
2006	Berg, M;Cordeiro, A.	Orientação e registro pré-operatório para o cuidar em enfermagem	Revista baiana de enfermagem	Pacientes vão ser submetidos à cirurgia coronária	que ser à	Visita pré-operatória como metodologia assistencial, pois atende as necessidades

					<p>básicas do utente e permite que este atue mais eficientemente sobre a sua recuperação no pós-operatório. Proposta de protocolo com registos e informações básicas para orientação pré-operatória aos pacientes que se submeterão à cirurgia cardíaca a ser realizada por enfermeira.</p>
2005	Reis, A., Patrício,Z	Aplicação das ações preconizadas pelo MS para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina	Ciencia &Saude Coletiva,10(sup): 221-230	Onze parturientes e seus recém-nascidos e acompanhantes profissionais de saúde	<p>A assistência à saúde da parturiente vem sendo discutida na perspectiva de tornar o processo de parir e nascer um contexto de promoção à saúde da mulher e do recém-nascido. Inibir os excessos de partos cirúrgicos é uma das metas da atenção humanizada</p>



APÊNDICE VII - GUIA DE ACOLHIMENTO DO HDS



HOSPITAL DE SANTARÉM

GUIA DE ACOLHIMENTO

UNIDADE DE URGÊNCIA DE GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA E BLOCO DE PARTOS



ACESSO A UNIDADE DE URGENCIA DE GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA E BLOCO DE PARTOS

Dias úteis, Sábados, Domingos e Feriados, 24h:

- Acesso pelo Serviço de Urgência Geral
- Registo na Secretaria do Serviço de Urgência Geral.
- Acesso ao Bloco de Partos situado no piso 3, faz-se através do elevador do piso 0.



OUTRAS RECOMENDAÇÕES

Ao ser internada nesta Unidade tenha em atenção o seguinte:

1. Deve somente fazer-se acompanhar pela primeira roupa do bebé, de roupa interior para a mãe (sutião e chinelos), produtos de higiene pessoal;
2. A mala com a restante roupa e artigos pessoais só deve ser trazida, pelo acompanhante, quando da transferência para a área de internamento de puérperas do Serviço de Obstetrícia;
3. Deve deixar os seus objetos de valor em casa (ouro, etc.)

Fotografias

Nos partos normais, após o nascimento e estabilização clínica da mãe e do filho - se esta manifestar vontade nesse sentido - pode ser permitida, pelos profissionais presentes, a realização de fotografias que envolvam apenas o recém-nascido e a mãe

SEGURANÇA

A área circundante do Bloco de Partos do Serviço de Obstetrícia é provida de um sistema interno de vídeo vigilância com gravação de imagem. Nos recém nascidos é utilizado um sistema que permite, permanentemente, o controle da sua presença no Serviço.

DECLARAÇÃO DE MISSÃO

O objectivo desta Unidade é oferecer uma assistência da mais elevada qualidade técnica e humana no acolhimento/atendimento às mulheres que nascem em de cuidados obstétricos e ginecológicos.

Um dos aspectos fulcrais desta missão, consiste na prestação de cuidados personalizados às grávidas em trabalho de parto, tornando o parto uma experiência única neste ciclo de vida da MULHER/FAMÍLIA.

ESPAÇO FÍSICO DESTA UNIDADE?

O espaço físico deste Serviço, é composto pelos seguintes sectores:

Serviço de urgência obstétrica e ginecológica:

- Sala de triagem de enfermagem – local onde ocorre o 1.º contacto clínico com a utente;
- Gabinetes de urgência (dois gabinetes), local onde as utentes são observadas;
- Sala de ecografia – onde são efectuados os exames ecográficos de urgência;
- Espaço destinado à realização de cardiocografia (CTG);
- WC - 1 que serve as utentes que recorrem a este serviço.

Sala de Partos:

E o local onde decorre o trabalho de parto, e o nascimento e é composto por:

- 2 salas de trabalho de parto com ocupação de privativo;
- 2 camas cada e 1 sala individual com WC privativo;
- 2 salas de parto com os respectivos berçários;
- Sala de vigilância pós-parto (recobro) onde as utentes permanecem em observação durante as duas horas subsequentes ao parto;
- Sala de trabalho de enfermagem.

QUEM PODE RECORRER A ESTA UNIDADE?

Qualquer utente pode recorrer à Urgência de Ginecologia Obstétrica e Bloco de Partos do Hospital de Santarém EPE, independentemente da sua área de residência ou Centro de Saúde.

QUANDO DEVO RECORRER A ESTA UNIDADE?

A Urgência de Ginecologia/Obstétrica e Bloco de Partos do Hospital de Santarém, disponibiliza um atendimento 24 horas por dia a todas as situações de emergência e urgência.

A excelência dos cuidados como nosso objectivo, poderá ficar comprometida se houver uma utilização abusiva da urgência sem verdadeiro motivo.

A sua cooperação é essencial, para que o atendimento corresponda às suas verdadeiras expectativas.



Os melhores
Momentos
da sua
vida
estão
chegando!...

TENHO DIREITO A UM ACOMPANHANTE?

A presença do(a) acompanhante junto da parturiente é um direito desta - uma proposta da Política de Humanização do Parto - reforçando vínculos, contribuindo para a sua tranquilidade.

No bloco de partos não há visitas.

Devem ser respeitadas as seguintes regras:

1. A escolha do(a) acompanhante é da exclusiva vontade e escolha da grávida;
2. O acompanhante - de forma a evitar-se movimentação perturbadora no ambiente hospitalar - solicitará, de cada vez, a sua entrada ao profissional de saúde em serviço e comunicará a sua saída;
3. Sempre que a situação específica durante o trabalho de parto ou no parto, o indiciar poderá ser solicitado ao acompanhante que abandone o bloco de Partos;
4. É pressuposto o comportamento adequado e colaborante do acompanhante, se tal não se verificar pode ser decidido, pelos técnicos em serviço, o seu afastamento;
5. Porventura a situação objetiva no Bloco de partos pode - em determinados períodos - não permitir, total ou parcialmente, a presença de acompanhantes.



APÊNDICE VIII – PANFLETO – INFORMAÇÕES ÚTEIS PARA A GRÁVIDA

“ Nascer cidadão”

O registo da criança é efetuado na maternidade de forma cómoda e rápida.

Para tal é necessário:

- Escolher o nome;
- Trazer os documentos de identificação dos pais.

Horário: de 2.^a a 6.^a feira das 13h às 19h e aos Sábado das 13h às 15h.

Este folheto foi elaborado a pensar em si, de maneira a facultar-lhe algumas informações úteis que podem contribuir para a vivência de um dos momentos mais marcantes na vida da mulher.

Elaborado por Ana Tiago no âmbito do Mestrado SMO. Colaboração da Enf.^a Zélia Fortunato



Informações úteis Para a Grávida



Ana Tiago

Quando deve ir para o bloco de partos?

- Se não sentir o bebé ou se ele mexer menos de 10 vezes em 12 horas;
- Se tiver perdas de sangue;
- Se tiver perdas de líquido pela vagina (rotura de bolsa de águas);
- Quando tiver contrações com intervalos de 10 em 10 minutos (ou menos) durante pelo menos uma hora.

O que levar para o bloco de partos

Para a mãe

Leve os seus documentos:

- Cartão de Beneficiário do seu sistema de saúde;
- Boletim de Saúde da Grávida;
- Informação médica (análises, ecografias, etc...).

Medicamentos que toma habitualmente, roupão, chinelos e objetos de uso pessoal para higiene.

Para o bebé

- Primeira roupa;
- Uma fralda de pano e outra descartável;
- Uma mantinha.

Nota: O que quer levar para o bloco de partos, deve estar preparado cerca de um mês antes da data prevista para o parto.

Informação às futuras mães sobre os métodos de alívio/supressão da dor



O nascimento de um filho é uma das experiências mais significativas e gratificantes da vida.

Viva-a!

Durante o trabalho de parto, a maioria das parturientes pode referir algumas dores que se para umas são toleráveis, para outras são menos suportáveis.

Várias técnicas de alívio / supressão da dor disponíveis no Hospital de Santarém:

- Métodos que utilizam práticas de relaxamento, massagem e controlo da respiração.
- Analgésia farmacológica.

Peça mais informação ou os folhetos específicos



APÊNDICE IX - NORMA DE ACOLHIMENTO DA GRÁVIDA DURANTE A VISITA GUIADA PRÉ-NATAL

	“O acolhimento da grávida durante a visita pré- natal”
Hospital Distrital de Santarém, EPE	
BLOCO OPERATÓRIO DE OBSTETRÍCIA	Norma de Procedimento Nº
Elaboração:	Enf ANA TIAGO
Aprovação	Data:
Entrada em vigor	Data:
Revisão:	Data:

1 – CONCEITO:

Acolhimento: é um conjunto de comportamentos ou técnica de relações humanas, que tem por objetivos:

- Receber favoravelmente alguém através de palavras, ideias e sentimentos;
- Facilitar a comunicação;
- Reduzir a ansiedade;
- Escutar e aceitar o outro;
- Favorecer a adaptação ao novo ambiente para que viva a situação que se lhe depara com a máxima felicidade e o mínimo de sofrimento (Ferreira e Nela, 2005).

2 – OBJETIVOS:

- Promover a uniformização de procedimentos durante o acolhimento da grávida;
- Estabelecer com a grávida uma relação acolhedora que proporcione confiança, segurança e conforto;

- Facilitar a adaptação das futuras mães ao ambiente hospitalar (Bloco de Partos e puerpério) visando uma participação ativa e uma vivência única, destas, no momento do nascimento.

3 - CONSIDERAÇÕES

Considerando Maldonado (1985) e Kitzinger (1987) que a gravidez, o parto, o nascimento de um filho são momentos únicos da vida de uma mulher e de um casal, resultando numa experiência marcante, rememorada na história pessoal de cada um, será oportuno que o espaço onde ocorre seja lembrado como positivo. De fato, a gravidez, o parto e a hospitalização constituem elementos onde se vive a crise de desenvolvimento. A mulher sai do seu meio ambiente, é privada dos seus objectos pessoais, é desresponsabilizada de si mesma, na medida em que é entregue a técnicos, fica sujeita a rotinas (Kitzinger, 2005). Ou seja, um conjunto de fatores que poderão gerar insegurança, medo e ansiedade.

Na atualidade, o Hospital de Santarém é um hospital de apoio peri-natal diferenciado (DGS, 2001), com cerca de 1500 partos/ano, consagra um conjunto de cuidados humanizados. Da articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados diferenciados, na rede de referenciação dos cuidados de saúde, existe a implementação de uma visita guiada ao bloco de partos, mediante marcação, assegurando-se um contacto prévio com a estrutura funcional do serviço. De fato, a metodologia da visita guiada aos serviços, na fase pré-internamento, é utilizada em diversos campos de atuação, com resultados positivos para o beneficiário dos cuidados (Berg & Cordeiro, 2006; Cohen, 2009).

Esta interação enfermeiro/grávida que se estabelece na visita pré-natal possibilitar-lhe-á familiarizar-se com a equipa de saúde, sala de partos, tecnologia, desmistificando situações por ela imaginada em relação ao meio envolvente dando-lhe confiança e estabelecendo-lhe um vínculo de proximidade tendo como base a humanização dos cuidados.

4 – QUEM EXECUTA

Enfermeiras (os) especialistas e generalistas

5 – HORÁRIO

Durante o turno da manhã e de acordo com marcação

6 – LOCAL

Bloco de partos e unidade de internamento de puerpério e neonatologia.

7 – ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM

- Orientar as grávidas no espaço de nascimento dando-lhe a conhecer a estrutura física e dinâmica funcional sumária do bloco de partos;
- Visualização do equipamento e sua importância (ex: monitorização contínua do bebé durante o trabalho de parto/parto);
- Apresentação da equipa de saúde presente;
- Salientar informações relevantes com base na humanização e personalização dos cuidados prestados (ex: presença do acompanhante à escolha da parturiente desde a entrada até 2 horas após o parto, possibilidade de contato pele a pele com o RN, colocação do bebé à mama na primeira hora de vida, respeito pela privacidade e dignidade do ser humano, entre outros);
- Informar sobre as várias técnicas de alívio/supressão da dor no trabalho de parto (práticas de relaxamento, massagem e controlo da respiração e analgesia epidural);
- Facultar a visualização do espaço físico do puerpério/neonatologia;
- Proporcionar a manifestação de medos, receios e dúvidas e efetuando um esclarecimento personalizado;
- Fornecer suporte informativo através da entrega de folhetos existentes no serviço.



APÊNDICE X - PLANO DA SESSÃO: APRESENTAÇÃO DOS INSTRUMENTOS ORIENTADORES DA VISITA PRÉ-NATAL (GUIA DE ACOLHIMENTO, PANFLETO E NORMA)

Formação em Serviço

Tema: Apresentação dos instrumentos orientadores da visita pré-natal

(Guia de Acolhimento, Panfleto e Norma)

Destinatários: Equipa de Enfermagem do Bloco de Partos

Data e hora: 29 de fevereiro de 2012, às 14h e 30m

Local: Sala Oval

Preletora: Enfermeira SMO, Ana Tiago



APÊNDICE XI – PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO: APRESENTAÇÃO DOS INSTRUMENTOS ORIENTADORES DA VISITA PRÉ-NATAL (GUIA DE ACOLHIMENTO, PANFLETO E NORMA)



PLANIFICAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO
Apresentação dos instrumentos orientadores da visita pré-natal
 (Guia de Acolhimento, Panfleto e Norma)

OBJECTIVOS	CONTEÚDOS	DURAÇÃO	ESTRATÉGIAS	
			MÉTODOS	RECURSOS
<p>1. Capacitar os enfermeiros do Serviço Bloco de Partos para a aquisição de competências no acolhimento das parturientes;</p> <p>2. Uniformização de Procedimentos.</p> <p>3. Promover o debate com os pares.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 📖 Apresentação do Guia; 📖 Apresentação da Norma da Visita Pré-Natal; 📖 Apresentação do Panfleto – Informações Úteis Para a Grávida. 📖 Discussão sobre os temas apresentados 	<p>⌚ 45 minutos</p> <p>⌚ 30 a 40 minutos</p>	<p>📖 Expositivo</p>	<p>📖 Diapositivos e Dara Show</p>



APÊNDICE XII – PLANO DA SESSÃO HUMANIZAÇÃO – UM DESAFIO NA EQUIPA DE SAÚDE

Formação em Serviço

Tema: Humanização um desafio para a equipa de saúde

Destinatários: Equipa de Saúde do Bloco de Partos

Data e hora: 1 de março de 2012 às 14h e 30m

Local: Sala Oval

Preletoras: Dra. Elsa Martins e Enfermeira Ana Tiago



APÊNDICE XIII – PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO HUMANIZAÇÃO – UM DESAFIO NA EQUIPA DE SAÚDE



PLANIFICAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO
Humanização - Um Desafio para a Equipa de Saúde

OBJECTIVOS	CONTEUDOS	DURAÇÃO	ESTRATEGIAS	
			METODOS	RECURSOS
<p>1. Sensibilizar a Equipa de Saúde do Bloco de Partos para a Mobilização de Competências na Humanização do Nascimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ O Movimento de Humanização nos Hospitais; ➤ Humanização do Espaço Nascimento – Um Conceito em Construção no Cuidar na Equipe de Saúde; ➤ Estudos e Autores do Parto Humanizado; ➤ Ações Práticas Voltadas para a Promoção da Humanização no Parto. 	<p>⌚ 20 minutos</p>	<p>📺 Expositivo</p>	<p>📽 Diapositivos e Dara Show</p>
<p>2. Envolver outros Profissionais nas Políticas de Humanização.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Exposição de Casos Clínicos do Quotidiano. Visão da Psicóloga do HDS. 	<p>⌚ 20 minutos</p>		
<p>3. Promover o debate com os pares</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Discussão sobre os temas apresentados 	<p>⌚ 40 a 50 minutos</p>		



APÊNDICE XIV – APRESENTAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO HUMANIZAÇÃO –
UM DESAFIO NA EQUIPE DE SAÚDE (POWERPOINT)

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Hospital Distrital de Santarém

1 Março 2012



Humanização - Um Desafio para a Equipa de Saúde

Atividade em Equipa:
Enf.ª Ana Emília Reis Tiago
Dr.ª Elsa Martins



Objetivo

- Sensibilizar a equipa de saúde do Bloco de Partos



Mobilização de competências na humanização do nascimento



Gravidez + Parto + Hospitalização = crise de desenvolvimento



- A mulher sai do seu meio ambiente
- Privada dos seus objectos pessoais
- Desresponsabilizada de si mesma
- Entregue a técnicos
- Sujeita a rotinas

 **Conjunto de factores que poderão gerar insegurança, medo e ansiedade**

Kitzinger, 2005



A gravidez, o parto, o nascimento de um filho



Momentos únicos da vida de uma mulher/ casal

- Experiência marcante, rememorada na história pessoal de cada um, será oportuno que o espaço onde ocorre seja lembrado como positivo.

Maldonado (1985) & Kitzinger (1987)



O movimento de humanização nos hospitais é voltado para:

- O processo de educação
- Boas práticas dos profissionais de saúde
- Intervenções estruturais

 **Experiência da hospitalização segura e confortável**

Mota, Martins & Vêras, 2006



*“**T**ematizar a humanização da assistência abre, assim, questões fundamentais que podem orientar a construção de políticas de saúde. Humanizar é, então, oferecer um atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais”*

MS, 2004



Na saúde, as ações voltadas à humanização do utente / cliente devem ser manifestadas nos âmbitos:

- Organizacional
- Ambiental
- Tecnológico
- Nas inter-relações
- Nas actividades terapêuticas



(...) as tecnologias e os dispositivos organizacionais, sobretudo numa área como a da saúde, não funcionam sozinhos – sua eficácia é fortemente, influenciada pela qualidade do fator humano e do relacionamento que se estabelece entre profissionais e utente no processo de atendimento

MS, 2000



Humanização do espaço de nascimento

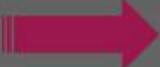


Um conceito em construção no cuidar único e personalizado da equipa de saúde



Desde a Segunda Guerra Mundial

- O parto foi levado para dentro dos hospitais
- Os procedimentos privilegiam os cuidados técnicos



Parturiente à mercê da equipa de saúde

Na década de 1980

- Novo paradigma - Medicina Baseada na Evidência
- Coloca em questão, muitos dos procedimentos utilizados pela medicina tradicional



Estudos – Parto Humanizado

- Leboyer, 1981
- Odent, 1981
- .Paciornick
- Deslandes ,2004
- Kitziger ,2005

Organização Mundial de Saúde em 1985 e 1996 

Nova modalidade de atendimento às parturientes

➔ O parto humanizado

Sensibilização das equipas, médica e de enfermagem

➔ Modelo de assistência humanizada à mulher no seu ciclo gravídico até ao puerpério

Preparação da grávida para o nascimento 

- Deve ser iniciada precocemente
- Fundamental para a humanização do parto

Visita pré-natal como elemento chave do acolhimento no bloco de partos:

- Promover visitas à unidade de referência para o parto, no sentido de desmistificar e minimizar o stress do processo de internamento no momento do parto

Ações/ práticas voltadas para a promoção da humanização do Bloco de Partos 

- Acolhimento aberto à escuta
- Respeitar o direito de privacidade, individualidade da mulher
- Respeito à escolha do acompanhante
- Permitir viver o momento do parto de forma autónoma, respeitando as suas próprias necessidades e desejos

ENNING, 2000



Durante o Trabalho de Parto

- Motorização do bem estar físico e emocional da mulher
- Monitorização de bem estar fetal
- Oferecer líquidos via oral
- Suporte emocional empático
- Dar informações e prestar esclarecimentos sempre que necessário



- Alívio da dor por métodos não invasivos, não farmacológicos (massagens, técnicas de relaxamento)
- Apoio emocional (palavras, elogios...) e apoio físico (toques, massagens, estímulo para deambulação e mudança de posição...)



Posição durante o Trabalho de Parto e Parto

- Encorajar posição não supina
- Liberdade de posição e movimento



Período Expulsivo

- Cortar o cordão umbilical
- Contacto pele-a-pele precoce
- Cuidados ambientais para a promoção do vínculo mãe /rn/pai

Controle luminosidade, do.

- ruído



Puerpério Imediato

Amamentação na primeira hora de vida

- Apoio parental



Considerações Finais

Humanizar é promover assistência de qualidade à parturiente através do alívio da dor, do conforto físico e emocional, da liberdade para escolher onde deseja ter o bebê, dando-lhe suporte (material, pessoal e emocional) necessário para que mãe, bebê e acompanhante escolhido vivenciem todo o processo de forma mais tranquila e feliz.

Santos,2001



Considerações Finais

A humanização do parto é um ideal que está, pouco a pouco, a tornar-se uma realidade.

Assim, a comunidade científica reconhece que o apoio emocional tem um impacto positivo no processo do nascimento.

Hodnett, 2001



O QUE PODEMOS NÓS, COMO PROFISSIONAIS DE SAÚDE, FAZER PARA PROMOVER OS DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES NA GRAVIDEZ E NO PARTO?

"Conheça e respeite as evidências científicas – Evite procedimentos invasivos, dolorosos e arriscados, a não ser que eles sejam estritamente indicados. Ajude a promover o direito das mulheres à sua integridade corporal e a usufruir dos progressos da ciência"

Diniz, CSG, 2003



Referências Bibliográficas

- Diniz, CSG. O que nós profissionais da saúde podemos fazer para promover os direitos humanos das mulheres na gravidez e no parto? Departamento de medicina preventiva. FMUSP, 2003.
- SANTOS, B. A. A percepção da Parturiente frente ao parto realizado pela enfermeira obstétrica. Curitiba: UFPR, 2001. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Federal do Paraná, 2001.
- ENNING, C. O parto na água: Um guia para pais e parteiros, Co-autoria e tradução: HeinzRoland Jakobi. São Paulo: Manole, 2000.
- DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Disponível em: <<http://www.google.com/search>



Referências Bibliográficas

- LEBOYER, Frederick. *Nascer sorrindo*. São Paulo: Ground, 1981.
- ODENT, Michel. *Gênese do homem ecológico: mudar a vida, mudar o nascimento: o instinto reencontrado*. São Paulo: TAO Editorial, 1981.
- PACIORNICK, Moyses. *Aprenda a nascer com os índios: parto de cócoras*. São Paulo: Brasiliense;
- DESLANDES, Suelly F. **Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):7-14,2004.1984
- Kitzinger, S. (2005). *The politics of birth*. Edinburgh: Elsevier



APÊNDICE XV – POSTER “ACOLHER – PARA NASCER COM UM SORRISO”





APÊNDICE XVI – NOTÍCIA DO JORNAL “CORREIO DO RIBATEJO”

“Acolher... Para nascer com um sorriso” no Hospital de Santarém

Futuras mães convidadas a visitar bloco de partos

Dar a conhecer às futuras mães o local onde os seus bebés virão ao mundo é o objectivo de um projecto desenvolvido no Hospital Distrital de Santarém (HDS), que se faz anunciar em cartazes afixados em várias unidades de saúde, sob o título “Acolher... Para nascer com um sorriso”.

Através de visitas guiadas, previamente marcadas, as mulheres grávidas em fase pré-natal (a partir das 30 semanas) ficam a conhecer o bloco de partos, os equipamentos técnicos, os circuitos internos, as dinâmicas, rotinas e práticas de obstetria, bem como a equipa de profissionais que acompanham os partos e as parturientes.

“O mais importante é mostrar a humanização dos nossos serviços” e “minimizar a ansiedade natural das grávidas em fase pré-natal”, disse ao Correio do Ribatejo, a enfermeira Ana Tiago que, em Fevereiro próximo, irá defender uma tese de mestrado sobre o tema “Visita pré-natal, elemento chave no acolhimento da grávida no Bloco de Partos”.

Ida Veiga, directora de enfermagem, realçou que a maternidade Hospital de Santarém tem “uma equipa muito qualificada que presta serviços com um elevado índice de humanização”, pelo que “é importante mostrar isso às pessoas”, pois “a componente humana é mais importante que as condições físicas, as quais, por sinal, também se pautam pela qualidade”.

A ideia, que surgiu no âmbito da articulação entre os cuidados diferenciados na rede de referenciação dos cuidados de saúde, passou a incluir, um inquérito realizado a grávidas, realizado no seio dos padrões da qualidade dos cuidados de enfermagem. Mas o projecto viria a ganhar maior expressão, quando foi integrado no contexto académico-formativo, no decurso da tese de mestrado de Ana Tiago. Alicerçada na leitura de autores, como Maldonado e Kitzinger, que consideram que “a gravidez, o parto, o nascimento de um filho são momentos únicos na vida de uma mulher e de um casal, resultando numa experiência marcante, rememorada na história pessoal de cada um”, a mestranda não duvida de que o espaço onde ocorre o nascimento deve ser “lembrado como positivo”.

Daf, uma maior divulgação do projecto de visitas, o seu alargamento a mulheres para lá da rede de referenciação dos cuidados de saúde, bem



Uma parte da equipa: João Formiga, Ana Tiago, Paula Oliveira (enfermeira especialista em saúde materna e obstetria) e Helena Casaca, enfermeira chefe do B.O. de obstetria

como a criação de um guia de acolhimento e de um questionário para avaliar o grau de satisfação das utentes face aos cuidados recebidos.

Tirar dúvidas, reduzir ansiedade

Segundo Ana Tiago, nos primeiros meses de gravidez, as mulheres vivem um período de encantamento e quase não se interrogam sobre o parto e tudo o que o envolve. Mas, a partir das 30 semanas, as dúvidas e a ansiedade começam a aumentar. “Há mulheres que não têm qualquer conhecimento sobre os procedimentos habituais num parto e o desconhecido provoca stress. Com estas visitas, pretendemos tirar dúvidas e minimizar os medos existentes”.

É um facto que, no parto hospitalar, a mulher “sai do seu ambiente, é privada dos seus objectos pessoais, é desresponsabilizada de si mesma, na medida em que é entregue a técnicos, fica

sujeita a rotinas [Kitzinger]”. Por isso, a humanização dos cuidados, em que se inclui este projecto de visitas, visa reduzir o conjunto de factores geradores de insegurança, contribuindo para um parto e nascimento saudáveis e para a prevenção da morbilidade materna e perinatal.

Escolha esclarecida

“Acolher... Para nascer com um sorriso” pretende ser, também, uma forma de ajudar os casais a escolher o local de nascimento do seu bebé. “Sabemos que há casais que, embora residam em Lisboa ou noutras cidades, têm muitas ligações ao Ribatejo, pelo que gostariam que os seus filhos aqui nascessem”, afirmou Ana Tiago. No entanto, se desconhecem os serviços de maternidade do Hospital de Santarém, poderão ficar indecisos e desistir dessa opção. Como tal, as visitas ao bloco de partos são um passo impor-

tante para uma decisão esclarecida, que contribuirá para que, no futuro, continue a haver um número significativo de ribatejanos de gema.

Em 2011, houve um decréscimo nos partos realizados no HDS, de 1500 (média anual nos últimos anos) para 1350, o que reflecte a diminuição da taxa de natalidade em todo o País.

Por ser uma EPE – Entidade Pública Empresarial, o HDS não possui uma área de abrangência específica, mas, segundo Ana Tiago, predominam as utentes dos concelhos de Almeirim, Alpiarça, Cartaxo, Chamusca, Coruche, Rio Maior e Salvaterra de Magos.

Nos últimos seis meses, houve cerca de uma centena de futuras mães que visitaram o bloco de partos do HDS, número que a equipa de enfermagem quer ver crescer cada vez mais. As marcações de visitas devem ser feitas telefonicamente (243 300 200; extensão 1355).

Sofia Meneses

CENTRO CLÍNICO CHOUPAL Medicina Física e de Reabilitação

Consulta de: Ortopedia – Dr. António Júlio Silva
Fisiatra – Dr.ª Helena Martins
Psicóloga – Dr.ª Teresa Molina
Fisioterapia

Acordos de Fisioterapia com ADSE, SAMS, C.G.D., P.T., A.D.M., SEGURADORAS, MEDIS e MULTICAR

TRATAMENTOS COM LASER GINÁSIO DE MANUTENÇÃO

MASSAGEM DE RELAXAMENTO E DRENAGEM

Rua Capitão António Montês, 11A (Rampa dos Cieles) – Telef. 243326935 – Fax 243325937 – 2000-243 Santarém

www.correidoribatejo.com

Biolabor ANÁLISES CLÍNICAS

Dr.ª M. Fátima Consciência

HORÁRIO: 2.ª a 6.ª feira das 8 às 19 horas
Sábados, das 8 às 12 horas
Colheitas das 8 às 11 horas

Rua Luís de Camões, 10, 2000-116 Santarém
Tel: 243309780 Fax: 243309781
biolabor@biolabor.pt www.biolabor.pt

POSTOS DE COLHEITA

TREMÉS – Rua Santiago, n.º 128 - Loja, 1 – 2.ª a 6.ª-Feiras, das 8.30 às 10 horas
ALMEIRIM – Rua Bernardo Gonçalves, n.º 69 - H – 2.ª a 6.ª-Feira, das 8 às 13 horas
ALCANHOES – Rua Paulino da Cunha e Silva, n.º 315 – Quarta-feira, das 8.30 às 10 horas



APÊNDICE XVII- COMUNICAÇÃO NA “RÁDIO PERNES”



Rádio Pernes, Lda.

Sociedade por Quotas - Matrícula N.º 1948 - C. R. C. de Santarém
Cap. Social 34.915,85 Euros - N.º Identificação Fiscal 502 000 422

Ana Emilia Reis da Silva Tiago , esteve presente no programa “ Manhãs Ribatejanas” da Rádio Pernes no dia 20 de Fevereiro pelas 11 h para dar a conhecer o projecto que está a ser desenvolvido no Hospital Distrital de Santarém .

Trata-se da importância do acolhimento das grávidas durante a visita pré-natal e visita guiada pré-natal das grávidas ao bloco de partos no referido estabelecimento hospitalar.

Foi focada a importância, para a futura mãe , do primeiro contacto com o local onde irá nascer o seu filho.

Um assunto que se mostrou ser do interesse do auditório da Rádio Pernes que abrange a região centro / Litoral . Emitimos em 2 frequências , 101.7 e 105.5 FM e estamos situados na cidade de Santarém . Emissão online em www.radiopernes.pt .

Santarém , 13 de Setembro de 2012

A Gerência



Estúdios em Pernes:

Rua da Fé, 1 - Apt. 22 - 2001.701 PERNES (Portugal)
Tel. 243 440 737 - Fax. 243 440 112

Estúdios em Santarém:

Rua Pedro de Santarém, 10 - 3.º Dto. - Apt. 511 - 2001.906 SANTARÉM
Tels. 243 332 922 - 243 332 004 - Fax. 243 332 998

E-mail: pernescomercial@gmail.com - www.radiopernes.pt



APÊNDICE XVIII- INFORMAÇÃO ONLINE (INTRANET E INTERNET)

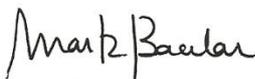


DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declara-se que o artigo subjacente ao tema “Acolhimento como elemento chave na visita pré-natal no Bloco de Partos”, elaborado pela Enf.^a Ana Tiago, foi aceite para publicação na edição n.º 42 da *newsletter* do Hospital de Santarém, EPE – HDS/InForma. Mais se declara que os instrumentos orientadores da visita pré-natal, “Guia de Acolhimento”, panfleto “Informações úteis para a grávida” e poster informativo “Acolher... para nascer com um sorriso...” estão disponíveis na *intranet* e *site da internet* do Hospital Distrital de Santarém, EPE.

Santarém, 6 de Março 2012

A responsável pela *Newsletter* do HDS


(Marta Bacelar)



APÊNDICE XIX – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

HIS-SERVIPESSOAL 28 10 11 8835

Autorizado

09.11.2011

Silva Pereira

DPO 21253

Ao Sr. Director
do Serviço para
conhecimento e
informar.

Silva Pereira

3.11.2011

Exma. Senhora

Directora de Enfermagem

Hospital de Santarém, EPE

efe. enf.ª coordenadora JMC
efe. chefe BCO

Ana Emilia Reis da Silva Gomes Tiago, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, do Hospital de Santarém, EPE, a prestar serviço no Bloco de Partos, atualmente a frequentar o Mestrado Profissional em Saúde Materna e Obstétrica, na Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, da Universidade de Évora, solicita a V. Exa autorização para, no âmbito daquele Mestrado, executar o projecto "Visita Pré-Natal como Elemento Chave no Acolhimento da Grávida no Bloco de Partos", operacionalizar o projecto no bloco de partos que constará de:

- Inquéritos a Grávidas;
- Inquéritos a Enfermeiros;
- Divulgação de um poster de informação intitulado: "Acolher... para Nascer com um sorriso...", na comunidade, através da Rádio e de Jornal local;
- Elaboração e implementação de um guião de acolhimento para o serviço.

Pede Deferimento,

Santarém, 27 de Outubro de 2011

Ana Emilia Reis da Silva Gomes Tiago
Ana Emilia Reis da Silva Gomes Tiago

09/11
faz a opor.
é convenientes ser o
parto e inquirido, la
rejam a quem a
a acept
o acordo h. do. que part.

for. interesse de
10/11/11
f. J. Se. S. S.
e u. G. e. p. 11/11/2011
Ana Emilia Reis da Silva Gomes Tiago



APÊNDICE XX – QUESTIONÁRIO: ANALISAR A SATISFAÇÃO DAS PUÉRPERAS
FACE AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Apresentação

Ex^a Senhora:

Convido-a a participar neste estudo que se realiza no âmbito do Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia, que me encontro a realizar na Universidade de Évora. Tem como objectivo: **Analisar a Satisfação da Utente Face aos Cuidados de Saúde.**

O estudo tem a permissão da Direcção do Serviço de Obstetrícia do Hospital de Santarém e a supervisão de docente da Universidade de Évora. Leva cerca de 10 minutos. Depois de responder, coloque o questionário na caixa selada que a(o) enfermeira(o) lhe indicar.

Os seus dados são guardados, garantindo que o seu nome ou outros aspectos de identidade não serão revelados.

Muito obrigada pela sua colaboração

(Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia)

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

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

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

Data de preenchimento deste questionário ____/____/____

Secção 1: Satisfação com os Cuidados de Enfermagem [Sabosa et al, 2006]
 Pense nos cuidados de Enfermagem que recebeu quando esteve internada no hospital. Por favor assinale com X a sua opinião em cada uma das afirmações

Cuidados Técnicos face às Necessidades da Uteente	Muito Insatisfeita	Insatisfeita	Satisfeita	Muito Satisfeita	
1. Com a competência global das Enfermeiras		X	2	3	4
2. Com a maneira como as enfermeiras se aproximavam de mim e me cuidavam		X	2	3	4
3. Com o tempo que as enfermeiras gastavam comigo		X	2	3	4

Informação face às Necessidades da Uteente	Muito Insatisfeita	Insatisfeita	Satisfeita	Muito Satisfeita	
1. Com o tipo de informações que as enfermeiras me davam durante o tempo em que estive no hospital		X	2	3	4
2. Com a maneira como as enfermeiras me explicavam as coisas		X	2	3	4
3. Com a maneira como as enfermeiras me prepararam para a minha estadia no hospital		X	2	3	4
4. Com a maneira como as enfermeiras me prepararam a mim e à minha família para o regresso a casa		X	2	3	4

Interação e apoio face às Necessidades da Uteente	Muito Insatisfeita	Insatisfeita	Satisfeita	Muito Satisfeita	
1. Com a qualidade global de cuidados de enfermagem que recebi		X	2	3	4
2. Com a quantidade de cuidados de enfermagem que recebi		X	2	3	4
3. Com os cuidados especializados de enfermagem que obtive, quando achei que precisava desses mesmos cuidados		X	2	3	4

Secção 2: Caracterização Socio-Demográficas

Por favor assinale com um X as seguintes questões

Estado Civil

0. Solteira
 1. Casada/união de facto
 2. Divorciada
 3. Viuva

- Escolaridade**
 0. Andou na escola mas não fez o 4º ano
 1. Andou na Escola mas não fez o 9º Ano
 2. 9º ou 12º Ano
 3. Bacharelato
 4. Licenciatura, Mestrado, Doutoramento

Origem do rendimento familiar

5. Herança, Lucros de empresas ou propriedades
 4. Altos vencimentos e honorários + que 10 vezes o salário mínimo
 3. Vencimento mensal fixo em emprego permanente, não ocasional
 2. Remuneração menor ou igual ao salário mínimo, pensionista, reformada
 1. Assistência, subsídios

Tipo de casa onde vive

5. Casa ou andar de luxo, grande, com máximo conforto
 4. Casa ou andar espaçoso e confortável
 3. Casa ou andar modesto em bom estado de conservação
 2. Casa ou andar degradado

1. Impropriso (baraca, andar ou outro); várias famílias na mesma casa em condições deficientes

Profissão

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

Tem filhos?

- 0 Não
 1 Sim

Frequentou curso de Preparação pº o Parto?

- 0 Não
 1 Sim

Se tem filhos, quantos?
 Se Sim, dearam-lhe informação sobre Amamentação
 0 Não
 1 Sim

Muito obrigada



APÊNDICE XXI – ANÁLISE DO QUESTIONÁRIO DAS PUÉRPERAS

ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

Objetivo: Analisar a satisfação das puérperas face aos cuidados de saúde.

Grupo-Alvo: Todas as puérperas

Aplicação de um questionário (Anexo XIV) às puérperas no puerpério tardio em que o parto ocorreu no Bloco de Partos do Hospital de Santarém no mês de janeiro/fevereiro de 2011 e que efetuaram visita pré-natal ou não.

Tendo como objetivo: **Analisar a Satisfação das Puérperas Face aos Cuidados de Saúde.** Segundo Collière (1999),“(…) é a partir de um questionário sobre as situações de cuidados que se torna possível mobilizar de maneira apropriada, conhecimentos variados e diferenciados permitindo, assim, aumentar o saber profissional” (p.340).

O questionário aplicado às puérperas é constituído por duas partes:

Secção 1: Patient Satisfaction Scale) desenvolvida por Suhonen, Leiro-Kilpi, Välimäki e Kim em 2001/2002, é constituída por 10 itens divididos em 3 domínios, os Cuidados Técnicos, a Informação dada sobre os Cuidados Prestados e a Relação entre o Apoio/Cuidados.

Secção 2: Na caracterização Sociodemográfica utilizou-se o Índice de Graffar [versão portuguesa]

PROCEDIMENTO PARA ANÁLISE DE DADOS

Em todo o processo de tratamento e análise de dados baseamo-nos no dispositivo metodológico anteriormente definido, tendo sempre presente Polit et Hungler (1995) quando afirmam que “a tarefa de análise dos dados quase sempre é imensa (...) em parte, isso deve-se ao facto de não existirem regras sistemáticas, universalmente aceites para análise” (p.273).

No tratamento e análise dos dados recolhidos através dos questionários utilizámos:

1 - Métodos estatísticos descritivos do programa Statistical Package for the Social Science (SPSS versão 18,20);

2 - Estatística descritiva: frequências absolutas (F_i), percentagens e medidas de tendência central;

3 - Na sessão 1- temos uma escala de Likert, que é constituída por 10 itens divididos em 3 sub-escalas de Likert com domínios, nos Cuidados Técnicos, na Informação dada sobre os Cuidados Prestados e a Relação entre o Apoio/Cuidados.

No tratamento de escalas de Likert: atribuímos um valor crescente de 1 a 4 da esquerda para a direita, que corresponde à variação entre Muito Insatisfeita, Insatisfeita, Satisfeita, Muito Satisfeita, respetivamente. As tabelas e os dados apresentados têm por base os dados colhidos com a aplicação do questionário em data e locais já referidos.

Caracterização dos sujeitos da amostra (puérperas)

Statistics	
Idade Mulher	
Valid	61
Missing	1
Mean	30,37
Median	30,81
Std. Deviation	6,366
Minimum	13
Maximum	42

Relativamente à idade das puérperas que foram alvo do nosso estudo, verificamos que a média de idades das participantes é de 30,37 anos ($dp=6,36$), variando entre os 13 aos 42 anos.

De acordo com o INE (2012), as Mulheres casam e são mães cada vez mais tarde e têm menos filhos.

A idade média das mulheres ao primeiro casamento era de 29,2 anos em 2010, o que representa um aumento de 3,5 anos face a 2000.

Por outro lado, a idade média das mulheres ao nascimento do primeiro filho era de 28,9 anos em 2010, traduzindo um adiamento da maternidade de 2,4 anos face a 2000.

A idade média ao nascimento de um filho situava-se nos 30,6 anos, em 2010.

Assim, as mulheres não só são mães mais cada vez mais tarde, como têm cada vez um menor número de filhos: em 2010, cada mulher teve, em média 1,4 crianças; em 2000, essa média era de 1,6 crianças.

O adiamento do casamento e da maternidade, bem como a redução do número de filhos por mulher, refletem, entre outros fatores as alterações que se têm produzido ao longo da última década, no que diz respeito ao nível de escolaridade, à inserção profissional, e à consolidação de novos paradigmas de conjugalidade e parentalidade.

Relativamente aos grupos de idades, a maior parte (n=42) tem entre 20 e 35 anos, quinze participantes têm mais que 35 anos e quatro tem menos que 20 anos:

Idade Grupos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <20anos	4	6,5	6,6	6,6
20-35anos	42	67,7	68,9	75,4
>35anos	15	24,2	24,6	100,0
Total	61	98,4	100,0	
Missing System	1	1,6		
Total	62	100,0		

Observa-se que a maior das mães das puérperas tinham entre 20 e 35 anos, quando as próprias participantes nasceram, cinco eram mães adolescentes e uma tinha mais de 35 anos.

De acordo com o INE o retrato das mulheres ao nível da saúde materna revela que o número de partos tem vindo a diminuir e a idade das parturientes a aumentar.

Idade das mães das puérperas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <20anos	5	8,1	8,9	8,9
20-35anos	50	80,6	89,3	98,2
>35anos	1	1,6	1,8	100,0
Total	56	90,3	100,0	
Missing System	6	9,7		
Total	62	100,0		

A maioria das participantes é casada ou vive em união de facto (N=54), registando-se quatro solteiras e uma divorciada:

Estado Civil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Solteira	7	11,3	11,3	11,3
	Casada/União Facto	54	87,1	87,1	98,4
	Divorciada	1	1,6	1,6	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

No tratamento dos dados, em termos de socio-económicos, o Índice de Graffar releva que a maior parte se encontra no índice Medio (n=20). Não há participantes que se reconheçam no nível mais baixo do Índice de Graffar (i.e. Nível V)

GraffarEscala

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Alto	17	27,4	28,3	28,3
	Medio Alto	19	30,6	31,7	60,0
	Medio	20	32,3	33,3	93,3
	Medio Baixo	4	6,5	6,7	100,0
	Total	60	96,8	100,0	
Missing	System	2	3,2		
	Total	62	100,0		

Satisfação com os cuidados *versus* Nível Socio-económico

Uma vez que no nível IV, se encontram somente quatro participantes, englobaram-se no grupo imediatamente anterior, medio baixo. Observa-se que as participantes com nível socioeconómico Medio-Alto são as mais satisfeitas, enquanto nas de nível Meio-médio/baixo, o grau de satisfação é menor. Contudo não existindo diferenças estatisticamente significativas, no teste Anova ($p=0.780$) no que respeita à satisfação global com os cuidados.

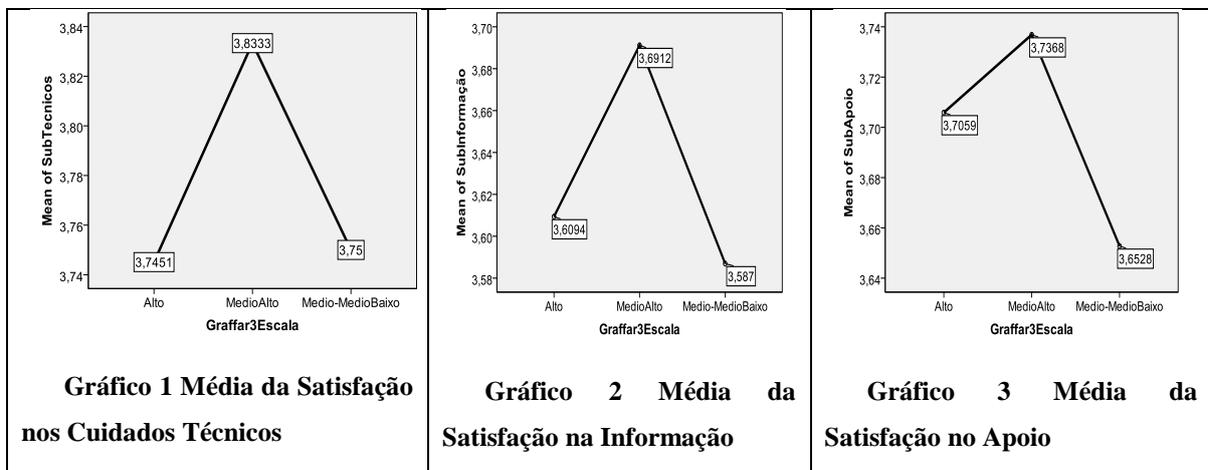


ANOVA

EscalaTotal

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	0,096	2	0,048	0,250	0,780
Within Groups	9,932	52	0,191		
Total	10,027	54			

Considerando as três sub-escalas, as tendências são semelhantes sem diferenças significativas entre os três grupos socio-económicos. Repare-se contudo que no grupo socio-económico Alto, a Satisfação com o Apoio, revela-se mais elevada comparativamente às outras sub-escalas.



Satisfação com os cuidados versus Escolaridade

Na observação da relação entre a Escala Global de Satisfação e as Sub-Escalas de Cuidados Técnicos, Informação e Apoio, constata-se que não há diferenças significativas, observa-se porém uma tendência das mulheres menos escolarizadas evidenciarem um menor grau de satisfação.



APÊNDICE XXII – AVALIAÇÃO DA 1ª AÇÃO DE FORMAÇÃO



Hospital Distrital de Santarém, E.P.E

Área Desenvolvimento Profissional

DECLARAÇÃO

Declara-se que Ana Emília Reis da Silva Gomes Tiago, portadora do CC nº 5783563, válido até 2016-12-05, participou como Formadora nas seguintes ações de formação:

TEMA/ CONTEÚDOS	Nº HORAS	DATA 2012
INSTRUMENTOS ORIENTADORES DA VISITA PRÉ-NATAL (NORMA; GUIA DE ACOLHIMENTO E PLANFLETOS)	1 H	29 FEV.

Nº DE PARTICIPANTES: 11

Hospital Distrital de Santarém, 22 de Maio de 2012

A Responsável pela Entidade Formadora

HOSPITAL SANTARÉM E.P.E.
GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS
DESENVOLVIMENTO
PROFISSIONAL

(Dr.^a Isabel Carriço)



APÊNDICE XXIII – AVALIAÇÃO DA 2ª AÇÃO DE FORMAÇÃO



Hospital Distrital de Santarém, E.P.E

Área Desenvolvimento Profissional

DECLARAÇÃO

Declara-se que Ana Emília Reis da Silva Gomes Tiago, portadora do CC nº 5783563, válido até 216-12-05, participou como Formadora nas seguintes ações de formação:

TEMA/ CONTEÚDOS	Nº HORAS	DATA 2012
HUMANIZAÇÃO NA EQUIPA DE SAÚDE	1 H	01 MAR.

Hospital Distrital de Santarém, 22 de Maio de 2012

A Responsável pela Entidade Formadora

HOSPITAL SANTARÉM E.P.E.
GESTÃO RECURSOS HUMANOS
DESENVOLVIMENTO
PROFISSIONAL

(Dr.ª Isabel Carriço)



APÊNDICE XXIV – QUESTIONÁRIO E ANÁLISE DA 2ª AÇÃO DE FORMAÇÃO

QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS ENFERMEIRAS DO BLOCO DE PARTOS /HDS

(Sob ação de formação-Humanização –Um desafio na equipa de saúde)

1. Como considera o tema da sessão quanto ao seu interesse? (Assinale com X)

Muito interesse	
Algum interesse	
Pouco interesse	
Nenhum interesse	

2. Em relação à sua prática profissional como o considera? (Assinale com X)

Muito útil	
Útil	
Pouco útil	
Inútil	

3. Que ganhos considera que obteve relativamente aos conhecimentos? (Assinale com X)

Aumentaram muito	
Foram atualizados	
Mantiveram-se	

4. Como classifica a sessão de uma forma global? (Assinale com X)

Muito boa	
Boa	
Razoável	
Má	
Muito má	

Muito obrigada pela sua colaboração!

ANÁLISE DO QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS ENFERMEIRAS DO BLOCO DE PARTOS /HDS

Da análise dos questionários, foi possível extrair os seguintes dados:

Interesse do tema:

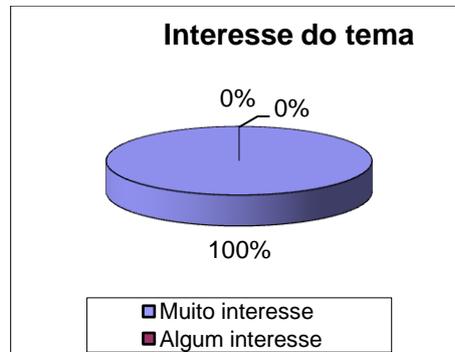


Gráfico 1 - Interesse do tema para enfermeiros

Interesse	n	%
Muito interesse	12	100%
Algum interesse	0	0%
Pouco interesse	0	0%
Nenhum interesse	0	0%

Tabela 1- Interesse do tema para enfermeiros

Pela análise dos dados, se conclui que 100% dos presentes na sessão consideraram o tema de muito interesse.

Utilidade para a prática profissional:



Gráfico 2 - Utilidade para a prática profissional

Utilidade	n	%
Muito útil	9	75%
Útil	3	25%
Pouco útil	0	0%
Inútil	0	0%

Tabela 2- Utilidade para a prática profissional

Da análise dos dados apresentados, concluímos que, a maioria dos assistentes consideraram a sessão de formação como muito útil (75%) e os restantes 25%, como útil para a sua prática profissional. Nenhum assistente considerou ter sido pouco útil ou inútil.

Ganhos Pessoais:

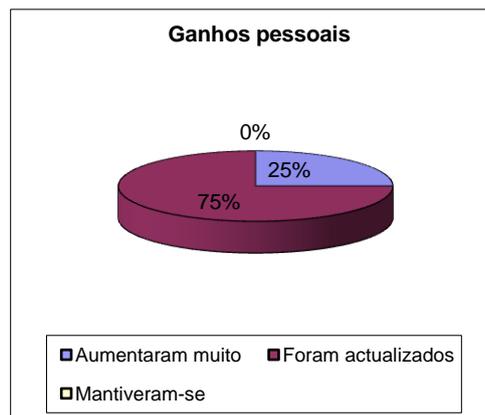


Gráfico 3 – Ganhos pessoais para enfermeiros

Conhecimentos	n	%
Aumentaram muito	3	25%
Foram atualizados	9	75%
Mantiveram-se	0	0%

Tabela 3 - Ganhos pessoais para enfermeiros

Do total de assistentes na sessão de formação, a maioria (75%) considerou que a sua participação lhes permitiu atualizar os seus conhecimentos, havendo 25% que consideraram ter aumentado muito os seus conhecimentos. Nenhum dos enfermeiros assinalou no questionário ter mantido os seus conhecimentos.

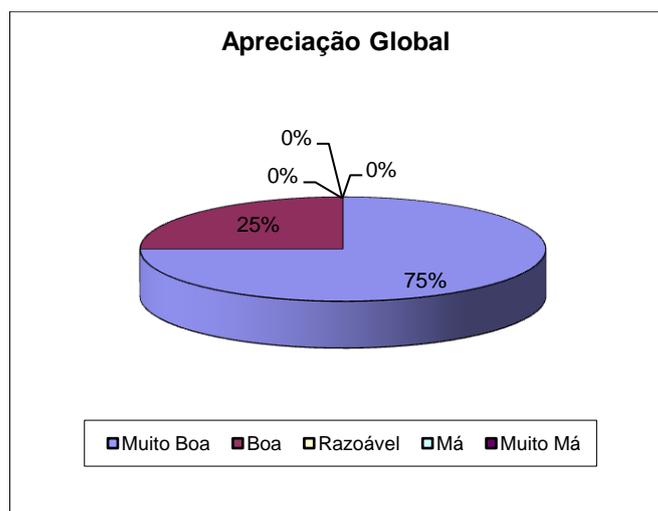
Apreciação global:

Gráfico 4 - Apreciação global da sessão por enfermeiros

Classificação global	n	%
Muito Boa	9	75%
Boa	3	25%
Razoável	0	0%
Má	0	0%
Muito Má	0	0%

Tabela 4 - Apreciação global da sessão por enfermeiros

Do universo de presentes, 75% considerou a sessão de uma forma global como tendo sido muito boa e 25% como boa. Nenhum dos presentes a classificou como razoável, má ou muito má.



APÊNDICE XXV – FEEDBACK DA DIVULGAÇÃO DA VISITA PRÉ-NATAL PELO DIRETOR DE SERVIÇO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DO HDS



INFORMAÇÃO

A sra. Enf. Especialista D. Ana Emília Reis da Silva Gomes Tiago, no âmbito do seu projecto de Mestrado, foi a autora de um Poster subordinado ao título

“Acolher para nascer com um sorriso”

tendo como objectivo uma maior divulgação das visitas pré natais e do sistema de acolhimento ao dispor das grávidas na altura do seu parto, nesta Maternidade.

Esse poster foi objecto de divulgação junto das Unidades de Saúde da área de atracção deste Hospital contribuindo assim, de um modo muito positivo, para um acolhimento mais personalizado e humanizado das utentes que recorrem aos nossos Serviços.

Santarém, 20.08.2012

José Manuel Teixeira
(Director do Serviço de Ginecologia/Obstetrícia)



APÊNDICE XXVI – FEEDBACK DA DIVULGAÇÃO DA VISITA PRÉ-NATAL PELA ENFEMEIRA CHEFE DA CONSULTA EXTERNA DO SERVIÇO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DO HDS



Hospital de Santarém, EPE
Departamento de Saúde da Mulher e da Criança

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos declaro que são distribuídos na consulta de Obstetrícia os folhetos informativos “Guia de Acolhimento” e “Informações úteis para a grávida”, elaborados pela enfermeira Ana Tiago no âmbito do Mestrado SMO.

Maria Cristina da Silva Pereira
(Enf^a Chefe Consulta Externa DSMC, H.Santarém, EPE)
Santarém, 13 de Setembro de 2012

Enf^a Cristina





APÊNDICE XXVII – PUBLICAÇÃO NA NEWSLETTER DO HDSinForma,
SUPLEMENTO CIENTÍFICO, EDIÇÃO Nº 42

Visita pré-natal no acolhimento à grávida no Bloco de Partos

Texto Ana Tiago

A gravidez, o parto e o nascimento de um filho são momentos únicos da vida de uma mulher e diante da intensidade emocional e física que a parturiente

experimenta, é preciso estar atento às suas necessidades que vão além dos cuidados técnicos dispensados nas maternidades. Essa atenção ou acompanhamento, ajuda a mulher a transpor essa experiência, propiciando benefícios físicos e emocionais.

Acreditando que o impacto de um espaço não familiar pode ser reduzido através de acolhimento adequado e no contexto dos avanços já realizados no Hospital de Santarém, foi delineado um Projeto de Visita Pré-Natal, alargando-se os cuidados de acolhimento à mulher. Foi implementada a visita guiada ao Bloco de Partos, mediante marcação, assegurando-se um

contato prévio com o Serviço.

Os profissionais envolvidos perfilham medidas educativas de prevenção e controle da ansiedade à parturiente, tais como:

- Promover a visita pré-natal à unidade de referência para o parto, no sentido de desmistificar e minimizar o stress do processo de internamento no momento do parto;
- Manter um diálogo com a mulher, durante a realização da visita pré-natal, incentivando-a, orientando-a e esclarecendo-lhe as dúvidas

em relação à gestação, trabalho de parto, parto e puerpério;

- Informar sobre as rotinas e procedimentos a serem desenvolvidos no momento do trabalho de parto e parto, a fim de obter colaboração por parte da parturiente e de seu acompanhante;
- Adotar medidas que estimulem o vínculo afetivo mãe e filho e o início do aleitamento materno logo após o nascimento;
- Dar à grávida o direito à presença do acompanhante para participar no nascimento, desde que não coloque em risco a evolução do trabalho de parto/parto.

A temática abordada foi o desenho e o suporte do projeto de mestrado da Enfermeira Ana Tiago, denominado “Visita pré-natal como elemento chave no acolhimento à grávida no Bloco de Partos” que privilegia a corrente do parto humanizado. Na conclusão deste mestrado foram elaborados documentos que têm como objetivo promover a acessibilidade em contexto obstétrico das mulheres que elegem o Hospital de Santarém para o local de parto, dos quais se salienta o “Guia de Acolhimento”, dirigido aos utentes do Bloco de Partos, considerando uma estratégia indispensável para fortalecer o vínculo entre a enfermeira de saúde materna e obstétrica/grávida/parturiente. É um método facilitador de informação, pois permite uniformizar a informação à grávida/família do mesmo modo que descreve comportamentos, condutas e atitudes a adotar para a promoção da Saúde.

Também foi elaborado um panfleto “Informações úteis às grávidas” como um complemento de educação para a saúde, que não se extinguindo na instituição, pode ter repercussões práticas na sociedade, ou seja, no alvo da atenção dos profissionais de saúde. A elaboração destes instrumentos teve o apoio do Diretor do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Dr. José Teixeira, da Enfermeira Chefe do Bloco de Partos, Enf.ª Helena Casaca e da Diretora de Enfermagem do Hospital de Santarém, Enf.ª Ilda Veiga.



GUIA DE ACOLHIMENTO

UNIDADE DE URGÊNCIA DE
GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA
E BLOCO DE PARTOS

