****

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

GABINETE DE APOIO À PUÉRPERA/CASAL

Marta Isabel Revez Inácio

**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA & OBSTETRÍCIA**

**Orientador**

Professora Doutora Ana Maria Aguiar Frias

**2013**

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus -Évora**

GABINETE DE APOIO À PUÉRPERA/CASAL

Marta Isabel Revez Inácio

**Relatório Apresentado para a Obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem**

**Orientador**

Professora Doutora Ana Maria Aguiar Frias

**2013**

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho de Administração do Hospital de Faro.

À Direção do Departamento de Materno-infantil do Hospital de Faro.

Às enfermeiras do Serviço de Obstetrícia-Puérperas, pela disponibilidade para colaborar neste projeto.

Às mulheres, seus bebés e companheiros, que participaram no projeto, pela disponibilidade e confiança.

À Professora Doutora Ana Frias, pela disponibilidade e paciência.

À Enfermeira Paula Sousa pelo estímulo positivo e apoio, imprescindíveis à concretização deste projeto.

À minha família pela compreensão e carinho.

A todos o meu muito obrigada e reconhecimento sincero.

Gabinete de Apoio à puerpera/casal

Os projetos realizados no âmbito do aconselhamento no puerpério têm demonstrado que a prestação de informação e apoio às recém-mães, tende a aumentar o seu bem-estar e auto-estima. Neste sentido realizou-se um projeto de intervenção junto das puérperas de forma a colmatar alguma carência sentida por parte desta população, onde a atenção a estas, por parte dos profissionais, culmina no 2.º ou 3.º dia do puerpério. Desta forma, com a criação de um Gabinete de Apoio à Puérpera/casal (GAP), procurei apoiar as puérperas e seus companheiros nesta nova fase das suas vidas, com vista à diminuição dos níveis de *stress* e ansiedade e aumentar o seu grau de conhecimentos no cuidar aos seus bebés.

Os resultados desta intervenção foram positivos, revelando que houve um grande interesse por parte da população neste gabinete, sobretudo nas sessões de ginástica pós-parto e na massagem ao bebé, bem como na preocupação de certas utentes em esclarecer dúvidas, as quais se tornam tão frequentes nesta fase de vida.

Palavras-chave: Puerpério; Aconselhamento; Apoio; Gabinete.

Postpartum Support Office

The projects implemented under the advice puerperium have shown that the provision of information and effective support to the newly mothers tend to increase their well-being and self-esteem.

In this sense there was a design for action to the target population in order to fill any shortage experienced by this population in their area of residence, where attention to mothers, by professionals sometimes end up in the 2nd to 3rd day puerperium.

Thus, with the creation of a Postpartum Support Office, sought support mothers and their companions in this new phase of their lives, in order to reduce levels of stress and anxiety and increase the level of knowledge in the care of their babies.

The results were positive, showing that there was a great interest on the part of the target population in this office, especially in postpartum gym sessions and baby massage as well as the concern of certain users in clarifying questions regarding various topics related with this phase.

Keywords: Puerperium; Counseling; Support; Cabinet.

ÍNDICE

[1. Introdução 9](#_Toc347505817)

[2. Análise de Contexto 11](#_Toc347505818)

[2.1 Caracterização do ambiente de realização do Estágio Final 11](#_Toc347505819)

[2.2 Caracterização dos recursos materiais e humanos 12](#_Toc347505820)

[2.3 Descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências 13](#_Toc347505821)

[3. Análise da populção/utentes 14](#_Toc347505822)

[3.1 Caracterização geral da população/utentes 14](#_Toc347505823)

[3.2 Cuidados e necessidades específicas da população alvo 15](#_Toc347505824)

[3.3 Estudos sobre programas de intervenção com a população-alvo 20](#_Toc347505825)

[3.4 Recrutamentos da população-alvo 21](#_Toc347505826)

[4. Análise reflexiva sobre os objectivo 23](#_Toc347505827)

[4.1 Objetivos de intervenção profissional 23](#_Toc347505828)

[4.2 Objetivos a atingir com a população-alvo 24](#_Toc347505829)

[5. Análise reflexiva sobre as intervenções 25](#_Toc347505830)

[5.1 Fundamentação das intervenções 26](#_Toc347505831)

[5.2 Metodologias 29](#_Toc347505832)

[5.3 Análise reflexiva sobre as estratégias acionadas 29](#_Toc347505833)

[5.4 Recursos materiais e humanos envolvidos 30](#_Toc347505834)

[5.5 Contactos envolvidos e entidades envolvidas 31](#_Toc347505835)

[5.6 Análise da estratégia orçamental 32](#_Toc347505836)

[6. Análise reflexiva sobre o processo de avaliação e controlo 34](#_Toc347505837)

[6.1 Avaliação dos objetivos 34](#_Toc347505838)

[6.2 Avaliação da implementação do programa 34](#_Toc347505839)

[6.3 Descrição dos momentos de avaliação intermédia e medidas corretivas introduzidas 35](#_Toc347505840)

[7. Análise reflexiva sobre as competencias mobilizadas e adquiridas 37](#_Toc347505841)

[8. Conclusão 39](#_Toc347505842)

[Anexo 1- Cronograma Inicial e final do Projeto 48](#_Toc347505843)

[Anexo 2- Folheto Informativo do GAP 50](#_Toc347505844)

[Anexo 3- Regulamento Interno de Funcionamento do GAP 53](#_Toc347505845)

[Anexo 4- Sessão de Educação para a Saúde acerca da Ginástica Pós-parto 58](#_Toc347505846)

[Anexo 5- Sessão de Educação para a Saúde acerca da Massagem Infantil 69](#_Toc347505847)

[Anexo 6- Folha de Avaliação das sessões de Educação para a saúde 76](#_Toc347505848)

Índice de tabelas

[Tabela 1. Presenças nas Sessões de Educação para a Saúde do GAP 27](#_Toc347505698)

Índice de figuras

[Figura 1.Gráfico das Presenças nas Sessões de Educação para a Saúde do GAP 28](#_Toc347505731)

1. Introdução

No âmbito da dissertação de Mestrado integrado no 1.º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia foi-me proposta a realização de um projeto de intervenção e como resultado da avaliação deste, realizei o presente relatório. Escolhi como projeto a criação de um gabinete de apoio à puérpera/casal. Penso que se torna importante o enfermeiro especialista em saúde materna, obstetrícia e ginecológica (EESMOG) ter consciência da importância do puerpério, que algumas vezes é esquecido após a saída da utente do internamento hospitalar. Desta forma, com o suporte e apoio a estas utentes pretendo minimizar os prejuízos para as mesmas. É preciso ter a coragem de romper com filosofias antigas, que estão ultrapassadas e não cumprem os critérios de benefícios para a mulher, como algumas referidas em estudos como o de Stefanello, Nakano e Gomes (2008), acerca das crenças relacionadas com o período puerperal.

A escolha deste tema surgiu de uma persistência pessoal e profissional em querer dar um papel de maior ênfase ao puerpério no hospital onde desempenho funções. Assim não foi realizado nenhum levantamento estatístico de necessidades, mas sim, apercebi-me desta necessidade, durante o meu desempenho de funções enquanto enfermeira e enquanto aluna do mestrado de de saúde materna, obstétrica e ginecológica, assente em relatos de utentes e em alguns estudos que li, de alguns autores, que referencio ao longo deste relatório.

Segundo Eduardo, Silva, Barbosa, Antero e Pinheiro (s/d), o puerpério é um período do ciclo grávido-puerperal em que o organismo materno retorna às suas condições pré-gravídicas. É um momento cheio de peculiaridades e de vulnerabilidade na vida da mulher, em que a mesma precisa ser orientada quanto às mudanças e as adaptações que esse período impõe. De acordo com o referenciado anteriormente e de encontro às suas competências, está mencionado na Ordem dos Enfermeiros (2011) que é papel do EESMOG prestar suporte e apoio à mulher e seu companheiro nesta nova fase. Assim, o EESMOG, deverá ser portador de conhecimentos, perspicácia e aptidão, na adequação do uso das práticas em relação a esta fase da vida de muitas mulheres.

De acordo com o anterior o principal objectivo do projecto foi a criação do Gabinete de Apoio à Puérpera/casal (GAP), tendo como objectivo do relatório, o descrição de todas as fases do mesmo projecto adjacente.

Com este trabalho pretendo relatar de uma forma clara e concisa toda a evolução deste projeto de intervenção, desde o planeamento, passando pela fase de elaboração e ação e terminando com a avaliação do mesmo.

Este trabalho foi elaborado através de pesquisa bibliográfica e redigido de acordo com as normas da American Psychological Association (APA).

1. Análise de Contexto

O Hospital de Faro, no presente ano, comemorou os 33 anos de funcionamento e, igualmente o Serviço de Obstetrícia deste mesmo Hospital também conta com 33 anos de exercício. A par destes anos houve uma enorme alteração e melhorias na prestação de serviços à grávida, parturiente, puérpera e sua família. Novas orientações surgiram na obstetrícia, passando-se de um atendimento instrumental e mecanizado para um atendimento mais centrado no parto humanizado e, tendencialmente, para o parto natural, como já o é preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Nos últimos 30 anos, o Algarve alterou-se profundamente, tornou-se mais urbano e ganhou novas acessibilidades, que levaram a repensar a rede de serviços de saúde.

* 1. Caracterização do ambiente de realização do Estágio Final

O estágio final realizou-se no internamento de obstetrícia-puérperas do Hospital de Faro EPE. Este serviço tem uma lotação de 34 vagas, cujos internamentos serão exclusivamente de puérperas, ou seja, utentes desde as duas horas até às seis semanas pós-parto. O serviço tem quatro quartos individuais com WC privativo e 10 quartos triplos. Os quartos são ocupados consoante as necessidades verificadas.

O serviço disponibiliza de uma sala para Enfermagem, uma sala para médicos, um posto de serviço administrativo, uma sala de preparação de terapêutica e leites, uma sala de sujos, uma sala de arrumos clínicos, uma rouparia, duas WC para as utentes, uma WC para o pessoal, uma copa, um gabinete da enfermeira-chefe, uma sala para ensinos aos utentes e um gabinete que é usado como “cantinho da amamentação”, “preparação para a alta segura” e onde se desenvolveu o presente projeto.

A maioria das utentes são internadas no serviço de obstetrícia-puérperas nas duas horas imediatamente após o parto, tendo um internamento médio de dois dias para partos eutócicos e três dias para utentes submetidas a cesariana. No entanto existem utentes internadas por outros problemas, encontrando-se também durante o período puerperal, sobretudo, devido a quadros infeciosos, problemas com a cicatrização da episiorrafia, como as deiscências de suturas e até problemas psicológicos, como as psicoses puerperais ou depressões pós-parto, como já tem acontecido.

* 1. Caracterização dos recursos materiais e humanos

O rácio enfermeira-utente na enfermaria de obstetrícia-puérperas passa por uma média de seis utentes por enfermeira no turno da manhã e oito a nove utentes no turno da tarde e da noite, sendo esta distribuição realizada pela chefe de equipa do turno da manhã, baseando-se num cálculo do número de horas de cuidados necessários para cada utente através da classificação de utentes no programa CIPE-SAPE.

Na criação do GAP, tentei reduzir os recursos materiais e humanos o máximo possível, visto a época em questão coincidir com um período de recessão económica e, com isto, não poder contar com qualquer tipo de apoio financeiro por parte da instituição. Como tal, só houve uma única colaboradora ativa, eu própria, que tratei de toda a dinâmica do gabinete, isto é, desde a parte de elaboração e gestão do projeto, marketing, planificação das sessões, gerenciamento do e-mail, convocatória das utentes para as sessões de educação para a saúde, bem como a realização das mesmas, presença diária no gabinete e esclarecimentos à equipa de saúde sobre a funcionalidade do mesmo.

* 1. Descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências

Para a elaboração deste projeto preocupei-me em realizar uma pesquisa bibliográfica intensiva acerca do puerpério, nomeadamente, acerca das vivências das puérperas durante este período, sobretudo em relação às necessidades sentidas por estas e as lacunas que a nossa sociedade vive em relação ao cuidar das mesmas, sendo este período sujeito a muita ansiedade e por vezes depressão por parte das utentes (Faisal-Cury & Menezes, 2006). Para além disso, preocupei-me em realizar um *brainstorming* acerca das alterações físicas e psicológicas que a mulher passa neste período, bem como os cuidados ao recém-nascido.

Segundo o Regulamento nº127/2011 publicado no Diário da República, 2ª série, nº35, de 18 de Fevereiro de 2011 as competências do EESMOG são as seguintes: 1) Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concecional; 2) Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal; 3) Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto; 4) Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal; 5) Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério; 6) Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; 7) Cuidar o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade. A população-alvo deste projeto está inserida nas competências de cuidados do ESMOG, devendo desta forma debruçar a minha atenção sobre elas, promovendo competências para aperfeiçoar conhecimentos no cuidar destas utentes e respetivas famílias.

Ao longo da elaboração e implementação deste projeto, consegui obter conhecimentos na área em questão de forma a antecipar possíveis problemas e questões que as utentes colocavam durante a intervenção realizada. Como tal, senti-me à vontade para poder antever preocupações de forma a solucionar os problemas com maior perspicácia.

1. Análise da populção/utentes

O Hospital de Faro abrange a população de todo o sotavento algarvio, isto é de Albufeira até Vila Real de Santo António, no entanto a maternidade deste hospital é caracterizada como uma maternidade de cuidados peri-natais diferenciados, sendo que muitas utentes do barlavento algarvio são encaminhadas para este serviço, onde muitas vezes acabam por parir. Assim a população da maternidade deste Hospital acaba por ser a população algarvia no seu todo, detendo em 2011 um total de 3102 partos (Hospital de Faro, 2010).

Em 2010, segundo o Instituto Nacional de Estatísticas (INE, 2012), a população do Algarve tinha 443 mil habitantes, registando taxas de crescimento efetivo mais elevadas em 2009, devido, sobretudo, a taxas de crescimento migratório muito superiores às registadas para o conjunto do país, compensados os valores pouco significativos (negativos entre 2000 e 2003) do crescimento natural.

* 1. Caracterização geral da população/utentes

Segundo as estatísticas do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) A imigração em 2011 deu um importante contributo para a expansão populacional da região algarvia (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, 2012). Com um total de 68.953 imigrantes no algarve, sendo esta a terceira região do país com mais imigração. Na sua maioria os imigrantes são, brasileiros, ingleses, ucranianos, romenos e moldavos entre mais 154 nacionalidades (SEF, 2012).

Em 2005, no Algarve registaram-se sete hospitais, com 849 camas, 16 salas de operação e registaram-se 2,4 % do total de consultas efetuadas no país (Guerreiro et al, 2008). Relativamente aos recursos de saúde públicos, o Algarve conta com uma rede pública de cuidados primários constituída por três grupos de Centros de Saúde, o do Barlavento, o Central e o Sotavento, compostos pelos 16 Centros de Saúde, 68 Extensões de Saúde e Unidades de Saúde Familiar, que prestam cuidados de saúde primários, de medicina geral e familiar e de enfermagem quer em ambulatório quer no domicílio e serviços de saúde pública em múltiplas áreas (Administração Regional de Saúde do Algarve, 2010).

De acordo com os dados estatísticos do INE (2012), uma tendência crescente no Algarve é o aumento do saldo positivo, no caso da taxa de crescimento migratório (que diz respeito a migrações internas e internacionais), 0,9%, em paralelo ao crescimento positivo natural de 0,1%. Este aumento da população estrangeira está, também, interligado com o aumento do número de nascimentos nesta região.

* 1. Cuidados e necessidades específicas da população alvo

Considero o puerpério um período de alterações e riscos, é fundamental que os cuidados de enfermagem se direcionem de maneira a auxiliar as puérperas e seus companheiros nesta nova etapa que seja pela primeira vez ou não, pois trata-se sempre de um período de ajustamento.

De acordo com (Prata, 2009) as altas das puérperas nas maternidades quer nos partos eutócicos ou distócicos praticam-se precocemente, quarenta e oito ou setenta e duas horas pós-parto. As mães que vivenciam esta experiência pela primeira vez e que podem apresentar maiores necessidades de esclarecimento, deixam assim de poder partilhar permanentemente as suas dúvidas, geradoras de ansiedade, com um profissional, como o é o ESMOG, com competência para as esclarecer, minimizando ou eliminando estas causas de mal-estar e promovendo a sua saúde. De acordo com isto, penso que a realização de sessões educativas para a saúde logo no internamento tem todas as vantagens pois, apesar de ser um período de múltiplos estímulos e em que as mulheres estão extremamente cansadas é uma forma de os profissionais as poderem cativar. Através destas sessões fornece-se à família a informação necessária para cuidar do RN e incorporar este novo elemento nas rotinas do clã. Segundo Borsa (2010), é muito importante reforçar o vínculo entre a mãe e o bebé nos primeiros dias de vida, pois terá repercussões no desenvolvimento da criança.

Segundo Eduardo, Silva, Barbosa, Antero & Pinheiro (s/d) o puerpério é um período do ciclo grávido-puerperal onde o organismo materno retorna às suas condições pré-gravídicas, expresso pelas modificações locais e sistémicas para além da involução dos órgãos. Ou seja, há uma recuperação física de um período caracterizado por inúmeras transformações do corpo, que neste momento culmina. O corpo e a mente readaptam-se à forma não gravídica. Canavarro (2006) cita que alguns autores definem o puerpério como quarto trimestre, ocorrendo várias alterações a nível físico, afetivo, relacional e social, influenciando a dinâmica familiar e sobretudo a dinâmica do casal, podendo por vezes chegar a influenciar a sua vida sexual.

Reilly, Bottomley e Rymer (2008) descrevem algumas alterações fisiológicas durante o puerpério, como a redução do débito cardíaco e cessão do estado de hipercoagulação, alertando para a importância da deambulação precoce de forma a prevenir complicações tromboembólicas, a diminuição da frequência respiratória, devido à descida do diafragma por descompressão uterina, restabelecimento dos níveis hormonais devido à dequitadura, pois a placenta é responsável pela produção de gonodotrofina coriónica humana, progesterona e estrogénio. Há também involução do útero, colo e vagina e neste período dá-se o processo de lactação.

De acordo com Pretto, Benedito, Saldanha e Dórea (2010) em relação ao sistema digestivo aponto a diminuição da motilidade gastrintestinal, devido a efeitos da analgesia e anestesia, relaxamento da musculatura abdominal, menor ingestão de alimentos sólidos e dor perineal. O retorno fisiológico dá-se ao 3° e 4° dia após o parto, devendo-se orientar a puérpera para importância de uma alimentação equilibrada, rica em fibras e ingestão abundante de líquidos.

Em relação à parede abdominal, os músculos distendem-se durante a gravidez, levando a perda de tonicidade, deve-se orientar a mulher para exercícios que reforcem de novo a musculatura abdominal (Pretto et al 2010). Segundo Barros (2006) citado no autor anterior, devido aos potenciais traumas vesicais durante o parto e devido à própria anestesia pode ocorrer retenção urinária, como tal é importante incentivar à micção espontânea,

Em relação ao períneo, os tecidos moles ficam edemaciados e cianosados, podem surgir varicosidades no plexo venoso hemorroidário ou agravarem-se hemorroidas preexistentes (Pretto et al 2010). Segundo Scarabotto e Riesco (2006), grande parte das mulheres sofre algum tipo de trauma perineal, mesmo num parto eutócico, que podem ser lacerações perineais simples ou complexas e episiotomia. Estes traumatismos estão muitas vezes associados à dor perineal no pós-parto, podendo por vezes ir mais além e levar a complicações que se podem estender por um maior espaço de tempo.

De acordo com Reilly, Bottomley e Rymer (2008), os Lóquios, as perdas hemáticas vaginais, são fisiológicas e não passam de uma descarga uterina posterior ao parto que, gradualmente tornam-se sero-hemáticas, podendo ir até às 6 semanas pós-parto. O EESMOG deve estar alerta para características como cor, quantidade e cheiro, sendo que alterações não comuns como cheiro fétido, sangue vivo ou aumento de quantidade, podem sugerir infeção, hemorragia ou produto concecional retido. Assim segundo Pretto et al (2010) deve-se prevenir a anemia com dieta de ferro suplementar, reforçar a contratilidade uterina com massagens, estimular o aleitamento materno, inspecionar cuidadosamente a genitália após o parto, monitorizar sinais vitais, inspecionar a episiorrafia e manter o local da episiorrafia limpo e seco, orientar quanto aos cuidados com a mesma, evitando atrito local, realizando higiene no sentido ântero-posterior, preferencialmente com água e sabão sempre que necessário, secando bem o local e trocar o penso higiénico frequentemente.

A amamentação é um processo complexo e característico do puerpério. No entanto pode ser uma situação de stress no puerpério, levando a abandono do ato. Fraser e Cooper (2010) afirmam que existem problemas que dificultam a amamentação. Alguns relacionados com a mãe, como o ingurgitamento, dor profunda da mama, mastite, abcesso da mama, ductos bloqueados e pontos brancos; outros relacionados com bebé, como a fenda labial, a fenda palatina, restrições na língua, bloqueio nasal, a Síndrome de Down e a prematuridade. Por outro lado, existem também contra-indicações à amamentação, como por exemplo, o uso de determinados medicamentos, o cancro e a infeção por VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana).

O EESMOG deve orientar a mulher em relação à amamentação nomeadamente em relação aos benefícios para o recém-nascido (RN) e para a sua recuperação, informar acerca da importância da introdução de medidas de limpeza dos mamilos para a prevenção da mastite, informar que o desmame abrupto pode levar ao aumento da estase láctea, levando à formação de abcessos, da necessidade da realização de massagens nas mamas, salientando que a amamentação só deve ser interrompida em caso de saída de pus pelo mamilo e se o ato for muito doloroso (Pretto et al, 2010).

O Puerpério é um período caracterizado como uma nova adaptação à realidade, como uma reorganização de personalidades, de estilos de vida, do quotidiano e, sobretudo, de vínculos. Segundo Martins et al (2008) e Barros (2006), as modificações ocorridas durante o nascimento e puerpério podem interferir claramente na dinâmica familiar. Assim sendo, com os estudos destes autores, percebeu-se que é de extrema importância a formação de uma rede de apoio pelo grupo familiar, tanto para a puérpera como para os demais membros envolvidos em todo o processo de nascimento e puerpério, sendo esta assistência compartilhada pelo clã, ao mesmo tempo em que criam vínculos e ajuste nos cuidados à mãe e ao recém-nascido.

Apesar de toda família possuir aptidão de encontrar soluções toda a sua dinâmica fica alterada sendo então, neste momento em que expressam necessidade de apoio, de serem ouvidas e cuidadas por parte de profissionais aptos para tal, como o EESMOG. Assim sendo, e de acordo com Martins et al (2008), o puerpério deverá ter um especial enfoque por parte dos profissionais de saúde, visto que após o parto parece que há um fim e, não é disto que se trata, mas sim de um novo começar, de um novo capitulo e como tal, a mulher, o casal, a família vêm-se confrontados com inúmeras questões, dúvidas e necessidades de esclarecimento por parte do EESMOG.

Segundo Lowdermilk (2006) e Trente e Manci (2012),os cuidados pós-parto são realizados de acordo com conceitos de saúde e aspetos culturais. Deverá ser elaborado um plano de cuidados com vista à deteção de desvios da normalidade, medidas de conforto e de segurança prevendo possíveis complicações posteriores. Lowdermilk (2006) define como principais intervenções do EESMOG nos cuidados à puérpera: a avaliação e o tratamento do útero volumoso, avaliação da perineorrafia e dor associada, amamentação e tratamento de problemas associados a esta, problemas psicossociais e económicos.

É comum a alta precoce e será uma tendência a diminuição dos dias de internamento hospitalar pós-parto devido a exigências económicas e contenção de despesas assim, cabe ao EESMOG realizar uma avaliação e colheita de informações da utente e sua família de forma a detetar possíveis complicações no pós-parto. Lowdermilk (2008) refere que é importante o seguimento das utentes no período pós-alta, quer por telefonemas ou visita domiciliária, facilitando assim as adaptações físicas e psicológicas neste período.

O nascimento e também, anteriormente a gravidez, proporcionam partilha de conhecimentos entre os familiares, pois a mãe tende a procurar experiências de pessoas significativas e próximas como a família, amigos e vizinhança, permitindo à puérpera a organização de conceitos, muitas vezes baseados no senso comum, para se desenvolver como mãe (Stefannelo, Nakano e Gomes, 2008). Por outro lado, o EESMOG deve ter um papel primordial, dando o seu apoio profissional, facultando estratégias que permitam utilizar os conhecimentos obtidos da família como forma de contribuir no cuidado ajustado à mãe e ao recém-nascido (Martins et al, 2008). O artigo de Eduardo et al (s/d) reforça ainda esta ideia de que no puerpério é importante uma rede social de apoio à puérpera, sobretudo nos cuidados de enfermagem, onde estes devem ser humanizados e holísticos, facultando à mulher meios para um ajustamento eficaz.

Segundo Pretto, et al (2010) a gravidez e o parto são processos fisiológicos no ciclo vital da mulher e reprodução humana, no entanto, acontecem uma série de metamorfoses e adaptações fisiológicas atribuídas às modificações do organismo, algumas complicações podem também influenciar o curso fisiológico deste período.

Eduardo et al (s/d) relata que neste período de adaptação da mãe com o recém-nascido no meio extra-uterino alguns fatores podem ser causadores de stress como os cuidados de puericultura, como o banho do recém-nascido e cuidados ao coto umbilical, a amamentação, as alterações físicas da mãe como a dor perineal e alterações psíquicas experimentadas pela puérpera, como mais comum a depressão pós-parto. Podendo estes fatores serem também desestabilizadores na dinâmica familiar. Assim é necessária a orientação e assistência de uma equipa de enfermagem habilitada e qualificada, com vista a minimizar possíveis intercorrências mais frequentes no puerpério, bem como diminuir e evitar complicações futuras, para além de um bom suporte emocional quer a utente como respetiva família (Pretto et al 2010).

* 1. Estudos sobre programas de intervenção com a população-alvo

Para o presente relatório utilizei a pesquisa bibliográfica, realizada a partir de fontes teóricas já publicadas. Recorri a livros e artigos recentes, no caso destes últimos entre 2002 e 2012. Utilizei como linha orientadora: descrição do projeto, aspetos a abordar, identificação das fontes e pesquisa eletrónica em bases de dados como *Scielo,* *Google académico, Lilacs e EBESCO.* Aquando da realização da pesquisa em bases eletrónicas utilizei como descritor as palavras “puerpério e aconselhamento”. Procedi ao tratamento dos dados com base na documentação consultada e análise dos vários estudos, de forma a compilar a informação permitindo adequar a investigação ao nosso quotidiano. Finalmente realizei um *brainstorming* dirigido em ideias claras e de fácil perceção.

Em relação a estudos com esta população o que pesquisei é muito limitado, concentrando-se a maior parte dos estudos no brasil, limitando a minha pesquisa para a problemática do puerpério e não para a problemática do puerpério no algarve. Desta forma, destaco estudos como os de Benedito, Saldanha e Dórea (2010), acerca da assistência de enfermagem no puerpério, o de Martins, Siqueira, Barbosa, Carvalho e Santos (2008), acerca da dinâmica familiar em situação de nascimento e puerpério, o de Borsa (2007), sobre o vínculo materno e ainda o de Mendes (2007), acerca do ajustamento Materno e Paterno.

Para além disto, estudos como os de Stefanello, Nakano e Gomes (2008) e Trettene e Manci (2012), acerca das crenças e tabus relacionados ao cuidado no pós-parto, o de Centa, Oberhofer e Chammas (2002), acerca da comunicação entre a puérpera e o profissional de saúde, o de Faisal-Cury e Menezes (2006) acerca da ansiedade no puerpério, o de Rodrigues, Fernandes, Silva, e Rodrigues (2006), sobre o domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas e, por fim, o de Merighi, Gonçalves e Rodrigues (2006), acerca de vivências no período puerperal, ou seja todos estes estudos foram importantes pois auxiliaram-me durante a aplicação do projeto em campo, orientando-me no cuidar às utentes, sua família e os recém-nascidos.

* 1. Recrutamentos da população-alvo

A população-alvo deste projeto foram as puérperas internadas no Serviço de Obstetrícia-Puérperas do Hospital de Faro e seus respetivos companheiros. Assim o recrutamento e abordagem da mesma, foi realizado durante o tempo de internamento destas no serviço. Foi realizado um esclarecimento acerca do GAP junto das enfermeiras do serviço, através de uma apresentação do funcionamento deste, horários, período de funcionamento e temas das sessões de educação para a saúde. No entanto, houve dificuldade em reunir num só dia as Enfermeiras todas do serviço, portanto, optei por divulgar o GAP no final das passagens de turno e pedi que transmitissem a informação entre colegas.

Para o recrutamento da população-alvo foram necessárias várias estratégias para que resultasse em pleno o objetivo do GAP: a divulgação do GAP realizou-se através da distribuição de um folheto informativo sobre o mesmo (Anexo 3), no serviço. Durante o dia os folhetos informativos sobre o funcionamento do GAP eram distribuídos às puérperas de modo a estas poderem usufruir no gabinete durante o internamento, visto a Enfermeira-Supervisora pretender que este gabinete se dirija às puérperas internadas, sendo que após o internamento as utentes usariam o e-mail como forma de contacto.

1. Análise reflexiva sobre os objectivo

Este projeto de criação de um gabinete de apoio à puérpera e casal tornou-se extraordinário pois pude perceber as necessidades que esta população está sujeita e da falta de apoio que existe na comunidade às novas mães e pais, pois a maior parte das vezes o único apoio que existe é a consulta de revisão do puerpério que só ocorre por volta das 6 semanas do pós-parto (ARS, 2010), havendo assim um enorme intervalo em que as utentes estão desprovidas de apoios pós-parto, existindo somente os cantinhos de amamentação (ARS, 2010) que se direcionam exclusivamente ao apoio à amamentação. Estas lacunas levam a que as utentes recorram muitas vezes aos serviços de urgência por problemas que seriam ultrapassáveis fora de uma urgência, se existissem apoios direcionados para estas utentes.

* 1. Objetivos de intervenção profissional

O principal objetivo deste projeto foi a criação do GAP com vista a um maior enlace entre os profissionais de saúde com as suas utentes, isto é, criar laços de apoio com as utentes e seus cônjuges e/ou família para que a ação hospitalar não fique cingida ao internamento e às ações tecnicistas, mas sim, a um apoio psicosocial o qual, de acordo com Prata (2009) é pobre durante o puerpério imediato.

Outro objetivo que pretendi com este projeto foi a redução do número de reinternamentos e idas ao Serviço de Urgência no período puerperal, como se tem verificado com alguns números que sondei nos registos informáticos do Hospital de Faro. Desta forma, através de educação para a saúde poder-se-á prevenir algumas situações mais problemáticas nesta fase visando o esclarecimento de dúvidas ainda no internamento sob questões diretas ou, até mesmo, através das sessões de educação para a saúde.

Em relação às sessões de educação para a saúde, segundo Rodrigues, Fernandes, Silva e Rodrigues (2006), é um dos principais componentes do cuidado à mulher, sendo uma oportunidade de promoção da saúde e prevenção da doença e outras situações de crise. Assim sendo, foi a educação para a saúde um dos principais alicerces deste projeto. Para além disto, penso que este projeto trará maior qualidade na prestação de serviços, podendo ser útil para o próprio hospital, visto este estar numa fase de certificação de qualidade de serviços.

* 1. Objetivos a atingir com a população-alvo

O objetivo major deste gabinete é o apoio e prestação de cuidados às puérperas, seus maridos e família e que após a alta hospitalar estes o tomassem como ponto de referência, para lhes responder questões acerca de amamentação, sexualidade, cuidados ao recém-nascido, alimentação, exercícios pós-parto, entre outras dúvidas relacionadas com esta nova condição/situação em que neste momento se encontram. Desta forma, cria-se uma estreita relação entre profissional e utente, melhorando a ligação e confiança entre ambos (Centa, Oberhofer e Chammas, 2002).

Assim, sendo outros objetivos de implementação foram: esclarecer dúvidas da mulher puérpera/casal relacionadas com esta nova fase, quer relacionado com os cuidados à puérpera, quer relacionado com os cuidados ao RN ou, até mesmo, questões de ordem psicossocial, aumentar a confiança do casal nos cuidados a prestar a puérpera e RN; ajudar na recuperação física da mulher e inserir de forma saudável o RN no seio da família.

1. Análise reflexiva sobre as intervenções

Sendo a conjuntura de crise na área da saúde, reconheço que a racionalidade técnica, segundo a qual, a atividade profissional é sobretudo instrumental, dirigida para a solução de problemas mediante a aplicação rigorosa de teorias e técnicas científicas, as nossas ações devem, cada vez mais serem refletidas e analisadas com mais rigor e assertividade. Analisar a intervenção foi olhar para trás e avaliar o trabalho desenvolvido e procurar melhorar ou corrigir certos passos. Para isso até realizar este relatório muito tive que planear, preparar, implementar e avaliar.

A ideia da criação de um gabinete como este surgiu devido à pouca importância que o puerpério é dado pelos os profissionais de saúde (Prata, 2009), isto é, o que sinto é que há toda uma atenção à grávida e, após o parto todas as atenções estão voltas para o RN, descurando a mulher, sendo esta posta para segundo plano e, na minha opinião, a mulher deve ser posta num patamar junto ao RN pois, ela deverá manter-se saudável e acarinhada de forma a reunir energia para a sua importante função nesta fase, o ser mãe.

Não posso dizer que este projeto e a criação do GAP se baseou essencialmente em estudos e fatos científicos, mas sim numa teimosia e persistência pessoal/profissional em fornecer às utentes um serviço mais personalizado visto que sentia que havia uma lacuna no hospital, onde exerço funções, no que respeita ao puerpério. Penso que um serviço de internamento lotado e com poucos recursos é uma resposta rudimentar num hospital que quer alcançar a excelência nos cuidados Maternos-Obstétricos e tem como objetivo ser intitulado “Hospital Amigo do Bebé”.

Assim, com o GAP pretendi prestar um serviço de excelência e descentrar-me de um modelo standard que era o praticado nos cuidados no puerpério, pois as sessões realizadas, para além do apoio psicológico e físico há o proporcionar de conhecimentos e o aumento da confiança e segurança no cuidados ao bebé (Frias, 2011) e há estudos que salientam que há melhoria no envolvimento e vinculação com o bebé (Frias & Franco 2008; Herbst & Maree, 2006).

* 1. Fundamentação das intervenções

As intervenções realizadas na execução deste projeto foram fundamentadas em bases teóricas, através de uma pesquisa bibliográfica prévia sob orientação tutelada.

A organização do gabinete passou por várias fases: 1) fase de preparação do projeto; 2) fase de implementação do projeto e 3) fase de avaliação do projeto. Em cada uma destas fases, foram várias as atividades desenvolvidas Na primeira fase foi a implementação do gabinete, o qual estava disponível a partir das 18h (hora de término da visita social) até às 20h (hora de termino da visita dos pais). Foram distribuídos panfletos juntos das utentes informando acerca do funcionamento do GAP. Reuni material de apoio às sessões educativas, que já referenciei num ponto anterior. Em relação à fase de implementação e de avaliação irei falar mais à frente em outros pontos.

As ações deste projeto foram direcionadas sobretudo para as puérperas internadas, através de sessões de educação para a saúde. Segundo Matos (2000) cita em Prata (2009) a promoção da saúde deve incluir não só ações dirigidas ao fortalecimento das habilidades e capacidades dos indivíduos, mas também ações dirigidas para a alteração das condições sociais, económica e psicológicas. Assim as sessões de educação para a saúde que desenvolvi no GAP, que foram a ginástica pós-parto e massagem ao RN, tiveram aderência dos utentes (mães e pais), por cada sessão tive em média 5 casais a participarem. Estes utentes demonstraram interesse e participaram ativamente durante as sessões (Tabela 1 e Gráfico 1). No final de cada sessão foi distribuído um inquérito de satisfação (anexo 7), em que todos os utentes referiram que gostaram dos temas abordados.

Tabela 1. Presenças nas Sessões de Educação para a Saúde do GAP

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dias** | **Nº de Puérperas** | **Nº de companheiros** |
| 11/5 | 6 | 4 |
| 14/5 | 7 | 5 |
| 16/5 | 6 | 4 |
| 18/5 | 5 | 3 |
| 21/5 | 3 | 3 |
| 23/5 | 5 | 4 |
| 25/5 | 8 | 7 |
| 28/5 | 12 | 9 |
| 30/5 | 12 | 10 |
| 1/6 | 5 | 5 |
| TOTAL | 69 | 54 |

Figura 1.Gráfico das Presenças nas Sessões de Educação para a Saúde do GAP

Segundo o estudo de Rodrigues, et al (2006), o domicílio é definido pelas utentes, como um importante cenário para a extensão do cuidado de enfermagem hospitalar, uma vez que muitas utentes ainda não se sentem preparadas para desempenhar o novo papel, assim o projeto foi ajustado consoante as indicações da Enfermeira-supervisora do Hospital de Faro, uma vez que esta não autorizou o atendimento no GAP de utentes não internadas no serviço. Desta forma, algumas das intervenções pensadas inicialmente tiveram de ser alteradas, nomeadamente o aconselhamento físico das puérperas após o internamento, que foi então realizado por via e-mail. Desta forma criei uma caixa de e-mail, através da qual pude comunicar com alguns utentes, que se encontravam no domicilio e responder às suas dúvidas.

* 1. Metodologias

A metodologia utilizada para este gabinete baseou-se sobretudo nas sessões de educação para a saúde e nos atendimentos diretos de utentes, quando solicitados.

Para as sessões de educação para a saúde realizei Power-points expositivos dos dois temas abordados, a massagem ao bebé e a ginástica pós-parto (Anexos 5 e 6, respetivamente). Estes Power-points eram apresentados por mim de uma forma e linguagem concisa e clara, de forma a todas as utentes, com estratos sociais e culturais diferentes pudessem perceber sem dúvidas, no entanto se elas surgissem, eram prontamente esclarecidas. No final da sessão de power-point realizava uma demonstração da matéria apresentada, por exemplo na ginástica pós-parto demonstrava os exercícios que eram apresentados anteriormente e na massagem ao bebé, exemplificava como esta se realiza. No entanto na demonstração dos exemplos suscitei sempre a participação dos utentes, utilizando o método interrogativo, de forma a conseguir interação/ação por parte dos participantes, penso que desta forma os utentes sentiram-se mais interessados em aprender.

No final das sessões, para a avaliação destas criei uma folha de avaliação da sessão (Anexo 7), que eram distribuídas às utentes, sendo que estas, era respondida em simultâneo pelo casal quando os companheiros também participavam nas sessões,. Para além disto foi criado um e-mail para o contato ser mantido mesmo após a alta hospitalar e para serem colmatadas as dúvidas que surgem quando se chega ao domicilio, assim criei um elo de ligação entre o hospital e o domicilio.

* 1. Análise reflexiva sobre as estratégias acionadas

As estratégias acionadas foram condicionadas pelas exigências da instituição, isto é, os profissionais de chefia, assim, o próprio projeto foi sujeito a alterações segundo as diretrizes da enfermeira-chefe do serviço de obstetrícia e da enfermeira supervisora. Um dos aspetos principais da alteração do projeto foi o fato deste se direcionar principalmente para as puérperas durante o internamento. O único gabinete disponível para o projeto se encontra dentro do serviço tive de criar uma nova estratégia de atuação, de forma a intervenção ativa foi junto das puérperas do internamento, através de sessões de educação para a saúde e de abordagem individual.

Para a divulgação do projeto criei um panfleto informativo (Anexo 2), que era distribuído pelas manhãs junto das utentes, de forma a estas disporem de informação do GAP (horários, funcionamento e atividades desenvolvidas). Pela tarde, cerca das 17h30min, eu mesma, percorria as enfermarias de forma a informar que as sessões de educação para a saúde se iriam iniciar e, desta forma, recrutava utentes para as sessões.

Os temas das sessões eram acerca da ginástica pós-parto e da massagem ao bebé. Consistiam em uma exposição acerca do tema, onde elaborei Power-point expositivo e no final de cada sessão existia uma parte prática onde os utentes participavam e expunham as suas dúvidas. Desta forma consegui sempre criar um clima de empatia e abertura, onde a relação profissional-utente se estabeleceu de forma prazerosa.

A alteração que fiz em relação às estratégias iniciais foi benéfica, visto poder dinamizar as atividades com as utentes internadas, num horário em que não tem visitas. Por outro lado, consegui criar uma linha de seguimento com o domicilio, visto que não tive recursos disponíveis para as visitas domiciliárias, a criação do e-mail facilitou às utentes poderem ter um contato com a enfermeira do hospital sem, na maior parte das vezes, necessitarem de sair de casa por dúvidas passiveis de responder por esta via.

* 1. Recursos materiais e humanos envolvidos

Os recursos humanos e materiais foram aspetos que tentei ter em conta, visto a política economicista praticada pelo país, em geral, e pelo hospital em particular. Assim o único elemento ativo que constou da equipa resumiu-se à minha pessoa, que tratei dos inúmeros aspetos desenvolvidos pelo projeto, deste a gestão, marketing, articulação com a equipa de saúde, o recrutamento da população alvo e o desenvolvimento das ações. No entanto, inicialmente, tive apoio de uma enfermeira do serviço de obstetrícia-puérperas, que é ESMOG e trabalha há muitos anos no puerpério, que me deu linhas orientadoras para poder abordar as puérperas e suporte bibliográfico sobre a massagem infantil, sendo que desta forma consegui abordar o tema sem grandes problemas. Por outro lado, todas as outras enfermeiras do serviço de obstetrícia-puérperas colaboraram com o projeto, informando os utentes acerca do horário e funcionamento deste e como poderiam usufruir do mesmo.

Os recursos materiais existiam no gabinete em questão (computador, telefone, cadeiras e mesas) e alguns destes já os tinha adquirido previamente (bola de pilates, colchonete de ginástica, toalha, óleo de massagem) e outros foram emprestados (boneco para massagem), desta forma consegui obter o máximo de rendimento a um custo reduzido para que este projeto fosse aceite pela entidade em questão pois, ter-me-ia sido alertado previamente que a instituição não iria disponibilizar qualquer tipo de investimento na aplicação do projeto.

* 1. Contactos envolvidos e entidades envolvidas

Durante a fase de implementação deste projeto foram contatadas algumas entidades de forma que o mesmo pudesse ser implementado. Inicialmente, no mês de março de 2012, enviei uma carta ao Enfermeiro- diretor/conselho de administração do Hospital de Faro, a expor o projeto, o qual encaminhou a carta para o responsável do Gabinete de Formação. Deste setor o pedido para a aplicação do projeto foi encaminhado para a Diretora do Departamento de Obstetrícia, a qual reuni no mês de abril de 2012, propondo algumas alterações no projeto, nomeadamente a sala para a execução do mesmo. Após consenso, e alteração de alguns itens de localização e infraestrutura o projeto foi encaminhado para a Enfermeira-supervisora, com o conhecimento da Enfermeira-chefe do Serviço de Obstetrícia-puérperas.

Após alguma reflexão e adotar novas estratégias de atuação, nomeadamente a criação de um e-mail para contatar com as utentes que se encontravam no domicilio e a criação do regulamento interno de funcionamento do GAP (anexo 4), com reunião com a Enfermeira-supervisora e apoio desta, no final do mês de abril, reuni com Diretora do Departamento de Obstetrícia e consegui a aprovação desta oralmente, para a abertura do GAP, que assim ocorreu a 11 de maio de 2012.

* 1. Análise da estratégia orçamental

O GAP foi um projeto de baixo orçamento visto nem o Hospital, nem a Universidade de Évora financiarem este projeto. Assim optei por usar estratégias low-coast, que passo então a descrever: O GAP desenvolveu-se numa sala preexistente e que serve de apoio a mais dois projetos durante o dia, que são o “Cantinho da Amamentação” e o “Projeto Alta-Segura”, assim esta sala já se encontrava apetrechada com vários dispositivos que acabei por usufruir como, cadeiras para as utentes se sentarem confortavelmente, almofadas de apoio à amamentação, um computador, uma televisão e DVD, telefone, folhetos informativos sobre vários assuntos relacionados com puerpério, puericultura, amamentação e alta-segura.

Outros materiais como óleo de massagem, bola de pilates, colchonete de ginástica, toalha, foram materiais eram de uso particular e um boneco de massagem que foi cedido durante este mês por uma Enfermeira do serviço de obstetrícia-puérperas. Desta forma consegui desenvolver um projeto a custo zero, o que foi de encontro ao objetivo.

* 1. Cumprimento do cronograma

O cronograma foi delineado em outubro e novembro de 2011 (anexo 1), sendo imediatamente aprovado em dezembro de 2011 pela Universidade e em Janeiro pelo Hospital de Faro. No entanto, houve alguns períodos em que tive alguma dificuldade em cumpri-lo, isto devido a alguns entraves colocados pela instituição para a aplicação do projeto, nomeadamente em relação ao recrutamento da população-alvo, o espaço físico e o horário de funcionamento. Foi necessário realizar algumas reuniões para discussão do projeto junto das entidades de gestão, nomeadamente as reuniões com a Diretora do Departamento de Obstetrícia, a Enfermeira Supervisora, e a Enfermeira-chefe do Serviço de Obstetrícia-puérperas, que decorreu durante o mês de abril de 2012. Sendo que, com estas reuniões tive que sujeitar o projeto inicial a algumas alterações. Assim, após essa reformulação, pude dedicar-me as atividades para a abertura do GAP que ocorreu dia 11 de maio de 2012. Previamente à abertura do GAP, foi criado uma conta de e-mail do GAP no dia 7 de maio de 2011 e foi realizada uma sessão de apresentação do GAP às Enfermeiras do Serviço de Obstetrícia-Puérperas no dia 9 de Maio.

1. Análise reflexiva sobre o processo de avaliação e controlo

De acordo com a Leite, Gualda, Gonçalves, Castilho, Ortiz, Fugulin, Carmo e Coan (1999) a avaliação é compreendida como apreciação constante do desempenho do indivíduo na função que ocupa. Assim os objetivos são identificar os níveis de desempenho e diagnosticar as necessidades de aperfeiçoamento.

* 1. Avaliação dos objetivos

O objetivo principal deste projeto, que foi a criação do GAP, consegui atingir e manter o seu funcionamento durante 1 mês, o que penso ter sido positivo apesar do grande esforço físico e desgaste psicológico que acarretou para mim, pois era a única pessoa a impulsionar e dinamizar o projeto. A aderência da população-alvo foi de 60%. Tive um total de 123 presenças físicas distribuídas por 10 dias de intervenção, isto é houve um total de 123 pessoas, entre puérperas e maridos a assistirem às sessões de educação para a saúde durante o mês de maio, o que penso ter sido positivo pois tratava-se de um projeto novo e em que o Hospital não facilitou a divulgação deste fora do mesmo pois, tratava-se de um projeto académico e delimitado no tempo

* 1. Avaliação da implementação do programa

Houve alguns aspetos deste projeto, já relatados anteriormente, que tive de alterar sobretudo por imposição da Enfermeira-Supervisora e da Diretora do serviço. Estas alterações, já mencionadas, referiam-se, sobretudo, na logística. No entanto outras alterações realizadas durante o projetos refletiram-se, sobretudo pela resposta às necessidades das utentes, analisadas através de questionários de avaliação das sessões (anexo 7), onde uma das necessidades que me apercebi foi a presença do companheiro na sessão pois, sendo a média de idades das utentes que participaram neste projeto de 29,64 anos, todas referiram ter apoio dos companheiros na prestação de cuidados ao bebé, assim achei que era necessário a presença e inclusão do companheiro nas sessões, sendo que todas avaliaram o projeto positivamente.

O programa teve sucesso na sua implementação, sendo que houve aderência de 123 pessoas, entre elas 69 puérperas e 54 companheiros, onde participaram nas sessões de educação para a saúde e no final dessas sessões houve intervenção de grupo onde os utentes levaram temas a discussão em grupo ou mesmo individualmente, que foram esclarecidos e discutidos na presença do profissional de saúde.

* 1. Descrição dos momentos de avaliação intermédia e medidas corretivas introduzidas

Inicialmente não foi fácil, houve alguns entraves, nomeadamente na logística da implementação. Apesar disto, e não rendida às evidências, tentei achar soluções aos problemas que me foram colocados e adaptar estratégias que fossem ao encontro dos problemas da população-alvo. Assim readaptei o projeto e criei o gabinete de apoio ao puerpério do Hospital de Faro.

Por parte das utentes houve poucas sugestões para o GAP, posso referir duas sugestões para entrega de panfletos educacionais das sessões de educação para a saúde, uma sugestão para publicação no site do hospital, de material informativo acerca das sessões de educação para a saúde e duas sugestões para a realização de uma sessão sobre amamentação.

Em relação às sugestões realizadas pelas utentes sobre a distribuição de folhetos informativos, este foi um parâmetro que ficou delineado junto da Enfermeira-Supervisora o qual não era aplicável, visto os folhetos publicados e distribuídos no hospital estão numa fase de renovação, como tal, não seria possível a criação de folhetos para distribuir pelas utentes com material informativo acerca das sessões.

Em relação à sugestão sobre a sessão acerca da amamentação optei por não realizar visto nesta instituição se encontrar em funcionamento um cantinho de amamentação que funciona integrado num projeto com a ARS, assim foram somente prestados esclarecimentos sobre a amamentação a algumas utentes que o solicitaram. Por fim, em relação à sugestão da disposição on-line de material informativo sobre as sessões de educação para a saúde realizadas no GAP, teria o mesmo entrave que foi colocado aos folhetos.

Na avaliação chegou-se à conclusão que seria importante que para a instituição a implementação deste projeto, através dos comentários e das sugestões das utentes percebi que este gabinete deu uma imagem de credibilidade confiança e preocupação com as suas utentes, podendo estas usufruir de novos conhecimentos e de uma experiencia diferente.

De acordo com Benner (2001) são várias as competências do enfermeiro, que quando alcançadas na sua globalidade, certificam o saber profissional, nomeadamente: assumir responsabilidades; reforçar a relação de ajuda promovendo a autonomia.

7. Análise reflexiva sobre as competencias mobilizadas e adquiridas

Este projeto foi pensado através da análise de problemas que surgiram no quotidiano do trabalho e dos estágios profissionais, onde verifiquei ao longo de meses a insegurança e as dúvidas dos jovens pais acerca do novo período que surge com a chegada de um filho. Assim tentei, de certa forma, e com a escassez de recursos materiais e humanos envolvidos realizar um projeto que agisse como suporte às puérperas e casais nesta nova fase.

Segundo Stefanello et al (2008), no período do puerpério é, provavelmente, uma fase em que os profissionais de saúde não dão tanto ênfase ficando estas mulheres, por vezes, sujeitas a uma carência de cuidados de saúde, sendo o tempo de internamento por vezes descuidado e cada vez é menor. De acordo com isto, através este projeto tentei contrariar esta corrente, criando, de certa forma, um suporte de apoio a estas utentes e respetivas famílias, visto que a mulher provavelmente só virá a ter um novo contato com profissionais de saúde materna, ao fim de seis semanas após o parto, junto do seu obstetra ou mesmo médico de família, sem o acompanhamento de um EESMOG, que é um dos profissionais mais habilitados ao atendimento a estas utentes, de acordo com as suas competências, referidas já anteriormente.

Para a elaboração do projeto realizei uma pesquisa bibliográfica intensa acerca do tema, com base em algumas fontes teóricas existentes e, para alem disto também contactei com profissionais da área que me deram suporte informativo e apoio para a realização no mesmo. A EESMOG do serviço de obstetrícia-puérperas, foi uma profissional bastante importante na execução deste projeto, pois forneceu-me bastante informação acerca do puerpério, sobretudo porque foi a perceptora do estágio na enfermaria de puérperas e para além de toda a informação e aprendizagem que me transmitiu, foi a impulsionadora para a minha integração na equipa multidisciplinar. Foi também uma pessoa que me ensinou muito acerca da massagem ao bebé, visto ter formação reconhecida na área, facultando também durante o período do projeto o seu material pessoal de massagem, facilitando a minha aquisição de recursos materiais.

Profissionalmente este projeto foi benéfico pois fez-me ganhar uma nova experiencia ao nível da mobilização de recursos e implementação de ideias. Para além disto, consegui ganhar muitos conhecimentos através do contato com estes utentes pois tive que abordar uma temática, o puerpério, que muitas vezes fica esquecido pelos profissionais de saúde, através de uma visão demasiado tecnicista. Mais importante que tudo isto, foi a experiência pessoal que levo com tudo isto, pois foi algo diferente com o que estou habituada a trabalhar e, é muito gratificante poder ser útil para as pessoas, para além de nos verem como um suporte nas suas vidas, nesta etapa que dificilmente será esquecida.

8. Conclusão

O nascimento de um bebé requer um reajuste por parte do casal ao novo elemento (Canavarro, 2006), sobretudo a mulher que passa por uma fase de inúmeras transformações, assim, quando neste período surge alguma situação desestabilizadora ou que possa fugir à dita fisiologia normal do trabalho de parto e puerpério, é usual que requeira maior enfoque da atenção do EESMOG no suporte ao casal e respetiva família, prevendo problemas e antecipando prováveis complicações. O EESMOG deverá estar apto a poder percecionar as alterações que poderão conduzir a distúrbios durante o puerpério, de forma a poder antecipar planos de cuidados direcionados e, se necessário, intervenção terapêutica. Assim, o EESMOG não deverá se limitar ao facto da mulher pedir ajuda mas sim ter presente uma escuta e observação ativa e poder intervir e fazer as perguntas adequadas para determinar o humor, o apetite, o sono, os níveis de energia e fadiga e a capacidade de concentração, isto é, competências que possam estar afetadas (Lowdermilk & Perry, 2008). Assim cabe ao EESMOG estar atento e adquiri competências no que concerne aos cuidados à utente/casal, de forma a fornecer apoio para que estes se orientem de uma forma eficaz, para o puerpério saudável e que possam ser encaminhados para o domicílio. De encontro ao anterior, é de realçar que uma das suas principais funções do EESMOG é, segundo o Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Ordem dos Enfermeiros Portugueses, 2013) o cuidar da mulher durante a gravidez, parto e puerpério.

Com este projeto tentei criar uma linha condutora de ações que o EESMOG pode seguir para certo tipo de problemas que se pode encontrar na realidade dos cuidados à mulher durante a fase do puerpério, daí poder também constituir uma forma de debate de ideias para discutir, modificar e inovar nas ações diárias pois, a meta é chegar à supremacia do cuidar, do bem cuidar. Assim é neste paradigma que as ações do EESMOG se devem assentar. É a criação de ideias, espaços ou ações não deve parar, não devemos estagnar, devemos sempre inovar.

9. Referencias bibliográficas

Administração Regional de Saúde do Algarve (2010). Acedido em 18 de Dezembro de 2011, em <http://www.arsalgarve.min-saude.pt>

Barbieri, J.; Fonseca, L.; Ceron, M. Fedosse, E. (2012). Análise da atenção pré-natal na percepção de puérperas. *Distúrbios da Comunicação* 24(1). Acedido a 11 de Janeiro de 2013 em

<http://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/9702/7207>

Barros, S. (2006). Enfermagem no Ciclo Gravídico Puerperal; 27ª Ed; *Barueri: Editora*

Benner, P. (2001). From Novice to expert, excellence and power in clinical Nursing practice. New Jersey. *Prentice Hall*. (commemorative edition; edição portuguesa: Quarteto editora).

Borges, A. (2010). Diário da Gravidez. Samora Correia*. Serra P*into.

Borsa, J. (2007). Considerações acerca da relação Mãe-Bebê da Gestação ao Puerpério Contemporânea. *Psicanálise e Transdisciplinaridad*e, n. 2. Acedido a 15 de Janeiro de 2013, em: [www.contemporaneo.org.br/contemporanea.php](http://www.contemporaneo.org.br/contemporanea.php)

 Canavarro, M. (2006). Psicologia da Gravidez e da Maternidade. 2ª ed. *Coimbra: Quarteto*.

Cavalcanti, P. (2010). O modelo lógico da rede cegonha. Recife. Acedido a 11 de Janeiro de 2013 em <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010cavalcanti-pcs.pdf>

Centa, M., Oberhofer & Chammas, J (2002). A Comunicação Entre a Puérpera e o Profissional de Saúde.Acedido a 1 de Setembro de 2012 em <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000052002000100058&script=sci_abstract&tlng=pt>

Contreras, H., Quispe, E., Figueroa, N, Villanueva, K, Lecca, E.; Apaza, M. & Hinostroza, W. (2012). Felicidad en mujeres puérperas: estudio multicéntrico en Lima Metropolitana y Callao*.* *Revista peruana epidemologica* 16(1). Acedido a 11 de Janeiro de 2013 em:

<http://rpe.epiredperu.net/rpe_ediciones/2012_V16_N01/5AO_Vol16_No1_2012_Original_felicidad_puerperas.pdf>

Dumolin, C. (2007). Em forma depois do parto. Lisboa: Climepsi.

Eduardo, K., Silva, A., Barbosa, R., Antero, M. & Pinheiro, A (s/d): Vivenciando o puerpério: depoimento de mulheres. Acedido em 31 de Outubro em:

<http://189.75.118.67/CBCENF/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/vivenciando%20o%20puerperio.pdf>

Faisal-Cury, A. & Menezes, P. (2006) Ansiedade no Puerpério: Prevalência e Fatores de Risco. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 28 (3). Acedido em 1 de Setembro de 2012 em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010072032006000300006&script=sci_arttext>

Fraser, D. & Cooper, M. (2010). Assistência obstétrica - um guia prático para enfermagem*. Rio de Janeiro: Elservier.*

Frias, A. (2011). Preparação Psicológica para o Nascimento: Diálogos conjuntos, conhecimentos que se cruzam. In Pimentel, A.; Franco, V. (coord.). *Diálogos Dentro da Psicologia: Contributos da investigação luso-20 brasileira em Psicologia social, clínica e educacional* (p.105-114). Évora: Aloendro. ISBN- 978-989-8408-02-0.

Frias, A. & Franco, V. (2008). Percepção do parto e envolvimento emocional da mãe com o recém-nascido. *International journal of developmental and educational psychology*, 1(1): 37

Gamba, O.; Santana, A.; Pérez, L. & Múnévar, R. (2009). Acompanhamento de enfermagem à mãe e ao recém nascido durante o puerpério: ultrapassando as barreiras hospitalares. *Avances en Enfermeria*  27 (2).  Acedido a 15 de Janeiro de 2013 em <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002009000200014&lang=pt>

Gonçalves, R. & Simões, M. (2007). Os cuidados pós-parto. *Maternidade Dr. Alfredo da Costa [versão electrónica]. – MACclínica*. Acedido a 1 de Dezembro de 2011 em <http://www.mac.min-saude.pt/clinica/cuidadosposparto.html>

Guerreiro, J., Pinto, H., Amaro, J., Barreira, A., Cruz, A., Teixeira, A., Neves, J., Andraz, J. & Rodrigues, P. (2008). Caracterização da Estrutura Económica do Algarve. Algarve. Faro: *Centro Regional para a Inovação do Algarve.*

Herbst, A. & Maree, C. 2006). Empowerment of parents in the neonatal intensive care u,nit by neonatal nurses. *Health Sa Gesondheid*. 11(3):3-13.

Hospital de Faro (2010). Estatística do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia*.* Faro.

Instituto Nacional de Estatísticas (2012). Acedido em 2 de Agosto de 2012, em <http://www.ine.pt>

Leite, M, Gualda, D., Gonçalves, V., Castilho, V., Ortiz, D., Fugulin, F., Carmo, D. & Coan, T. (1999). Análise do Instrumento Utilizado no Processo de Avaliação de Desempenho da Equipe de Enfermagem*. Hospital Universitário da USP*. *Rev. Esc. Enf. USP,* v.33, n.3, p.265-78. Acedido a 14 de Janeiro de 2013 em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/692.pdf>

Lomonaco, P. (2012). Massagem Shantala. Acedido a 13 de Abril de 2012 em: http://www.massagemshantala.com.br/

Lowdermilk, D. (2006). Enfermagem na Maternidade. Loures: Lusodidacta.

Lowdermilk, D & Perry (2008). Complicações Pós-parto*.* In Lowdermilk & Perry. Enfermagem na Maternidade (pp.879-891). Loures: Lusodidacta (edição original de 2006).

Martins, A.; Ribeiro, J.; Soler, Z. (2011). Proposta de exercícios físicos no pós-parto. Um enfoque na atuação do enfermeiro obstetra. *Investigação e educação em enfermagem* vol.29 no.1 Medellín. Acedido a 15 de Janeiro de 2013 em <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072011000100005&lang=pt>

Martins, C., Siqueira, K., Barbosa, M., Carvalho, S. & Santos, L. (2008). Dinâmica familiar em situação de nascimento e puerpério*.* *Revista Eletrónica de Enfermagem* 10 (4):1015-25. Acedido a 5 de Dezembro de 2011 em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/pdf/v10n4a13.pdf>

Mendes, I. (2007). Ajustamento Materno e Paterno: Experiências Vivenciadas pelos Pais no Pós-parto. *Porto: Instituto de Ciências Médicas Abel Salazar.*

Merighi, M., Gonçalves, R. & Rodrigues, I. (2006). Vivenciando o Período Puerperal: Uma Abordagem Compreensiva da Fenomenologia Social. *Revista Brasileira de Enfermagem* 59 (6). Acedido a 1 de Setembro de 2012 em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000600010>

Montenegro, J. & Filho, J. (2010*). Rezende Obstetrícia*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Ordem dos Enfermeiros Portugueses (2013). Acedido a 15 de Janeiro de 2013 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/>

Ospina, M., Muñoz, L. & Cárdenas, C. (2012). Proceso de afrontamiento y adaptación durante el puerpério. *Colombia Médica*, 43 (2). Acedido a 11 de Janeiro de 2013 em:

<http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342012000200010>

Pereira, E., Pereira, E., Silva, L. & Cavalcante, M. (2007). Apoio à amamentação no puerpério imediato. *Revista do Instituto de ciências da saúde* 25(3). Acedido a 11 de Janeiro de 2013 em <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2007/03_jul_set/V25_N3_2007_p221-228.pdf>

Portal da Saúde (2012). Acedido em 20 de Julho de 2012, em <http://www.portaldasaude.pt>

Prata, M. (2009). Aconselhamento no Puerpério: Efeitos na Auto-estima. *Faro: Universidade do Alga*rve.

Pretto, C., Benedito, D., Saldanha, I. & Dórea, M. (2010). Assistência de Enfermagem no Puerpério. Acedido a 8 de Dezembro de 2011 em: <http://www.webartigos.com/>

Reilly, B., Bottomley, C. & Rymer, J. Ginecologia e Obstetrícia. Loures: Lusodidacta.

Romero, A., Rodríguez,L. & Cárdenas, C. (2012). Proceso de afrontamiento y adaptación durante el puerperio. *Colombia* Medica 43(2).  Acedido a 15 de Janeiro de 2013 em <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342012000200010&lang=pt>

Rodrigues, D., Fernandes, A., Silva, & Rodrigues, M. (2006) O Domicilio Como Espaço Educativo Para O Autocuidado De Puérperas: Binómio Mãe-Filho. *Texto Contexto em Enfermagem*. Acedido a 1 de Setembro de 2012 em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200012>

S/A (s/d). Shantala-massagem para bebés. Acedido a 1 de Abril de 2012 em http://www.gestantenamoda.com.br/\_media/dica/massagem-shantala.pdf

Sarmento, R. & Setúbal, M. (2003). Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais na gravidez, parto e puerpério *Revista ciências médicas* 12(3). Acedido a 11 de Janeiro de 2013 em http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=362164&indexSearch=ID

Scarabotto, L. & Riesco, M. (2006). Fatores relacionados ao trauma perineal no parto normal em nulíparas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Vol.40 n.º3. São Paulo. Acedido a 3 de Dezembro de 2011 em <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/266.pdf>.

Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2012). Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2011. Oeiras. Acedido a 12 de Janeiro de 2013 em http://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa\_2011.pdf

Stefanello, J., Nakano, A. & Gomes, F. (2008). Crenças e Tabus Relacionados ao Cuidado no Pós-Parto: O Significado Para Um Grupo de Mulheres*.* *Acta Paulista Enfermagem* (2). Acedido a 1 de Setembro de 2012 em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n2/pt_a07v21n2.pdf>

Strapasson, M. & Birck, M. (2010). Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. *Revista Gaúcha Enfermagem* vol.31 no.3 Porto Alegre. Acedido a 15 de Janeiro de 2012 em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000300016&lang=pt>

Soares, C. & Varela, V. (2007). Assistência de Enfermagem no Puerpério em Unidade de Atenção Básica: Incentivando o Auto cuidad*o.* Acedido em 8 de Novembro de 2011 em: <http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/ENF0480.pdf>

Souza, K., Carvalho, P., Depinote, A., Alves, V., Vieira, B. & Cabrita, B. (2012). Consulta puerperal: demandas das mulheres sob a perspectiva da enfermeira - estudo exploratório. *Online braz. j. nurs.;* 11(1). Acedido a 11 de Janeiro de 2013 em:

[http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/login?source=%2Findex.php%2Fnursing%2Farticle%2Fview%2F3730%2Fhtml](http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/login?source=/index.php/nursing/article/view/3730/html)

Trettene, A. & Manci, M. (2012). Influência de crenças e tabus no período puerperal: atuação do enfermeiro. *Nursing* (São Paulo). Acedido a 11 de Janeiro de 2013 em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>

ANEXOS

Anexo 1- Cronograma Inicial e final do Projeto

CRONOGRAMA INICIAL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Out. 2011** | **Nov. 2011** | **Dez.**  **2011** | **Jan.**  **2012** | **Fev.**  **2012** | **Mar.**  **2012** | **Abr.**  **2012** | **Maio**  **2012** | **Jun.**  **2012** | **Jul.**  **2012** |
| Realização do Projeto | | Aprovação do Projeto | | Autorizações | Implementação do  Projeto | | | Avaliação do Projeto | |

CRONOGRAMA FINAL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Out. 2011** | **Nov. 2011** | **Dez.**  **2011** | **Jan.**  **2012** | **Fev.**  **2012** | **Mar**  **2012** | **Abr.**  **2012** | **Maio**  **2012** | **Jun.**  **2012** | **Jul.**  **2012** | **Ago.**  **2012** | **Set.**  **2012** |
| Realização do Projeto | | Aprovação do Projeto | | Autorizações | | | Implementação do Projeto | | Avaliação do Projeto | Realização do Relatório | |

Anexo 2- Folheto Informativo do GAP

Anexo 3- Regulamento Interno de Funcionamento do GAP

Regulamento Interno de Funcionamento do Gabinete de Apoio à Puérpera/casal

Artigo 1.º

(Objeto e âmbito de aplicação)

O presente regulamento tem por objeto estabelecer as normas de funcionamento do Gabinete de Apoio à Puérpera/casal adiante designado como GAP, atendendo às regras e regulamentos do Departamento de Saúde Materna e Infantil do Hospital de Faro EPE.

Artigo 2.º

(Definição do GAP)

O GAP constitui-se como unidade de apoio, com independência funcional dentro do seu campo de atuação, mas no respeito das competências legais dos órgãos formais do Hospital, surgindo no âmbito de um projeto académico do Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora

Artigo 3.º

(Missão)

O GAP tem por missão acompanhar e apoiar as puérperas/utentes do Hospital de Faro e seus companheiros, com a finalidade de fomentar a qualidade dos serviços prestados e incrementar o sucesso das utentes durante esta fase.

Artigo 4.º

(Competências e Intervenção)

Constituem áreas fundamentais de competência e intervenção do GAP:

• A monitorização de objetivos de qualidade;

• A monitorização da qualidade da oferta formativa;

• A monitorização da qualidade da aprendizagem e apoio às utentes;

• A monitorização dos recursos humanos e materiais;

• A monitorização da informação pública;

• A monitorização das relações com o exterior.

Artigo 5.º

(Monitorização da Política e Objetivos de Qualidade)

O GAP deverá definir objetivos exequíveis e sustentáveis a curto prazo, associados a metas quantificadas e calendarizadas devendo garantir a divulgação dos mesmos de forma clara e inequívoca em local público e facilmente acessível a todos.

Artigo 6.º

(Monitorização da Qualidade da Oferta Formativa)

O GAP deverá monitorizar a qualidade da oferta formativa em relação às sessões de educação para a saúde, os resultados obtidos e o número de utentes a participarem. Deverá verificar também a existência de critérios de organização, informação e decisão sobre os processos de criação, modificação, suspensão de formação.

Artigo 7.º

(Monitorização da Qualidade da Aprendizagem e Apoio às utentes)

O GAP deverá verificar a implementação e incentivo à prática de investigação e de inovação nas diferentes sessões de educação para a saúde.

Artigo 8.º

(Monitorização dos Recursos Humanos e Materiais)

O GAP deverá assegurar que o recrutamento, gestão e formação dos colaboradores.

Artigo 9.º

(Informação acerca do GAP)

O GAP deverá garantir que toda a informação, utentes e funcionários esteja publicada em local próprio e de fácil acesso.

Artigo 1o.º

(Modo de atuação)

Com a finalidade de corresponder à sua missão, responsabilidades e competências, o GAP funcionará no 5º piso do Hospital de Faro EPE, ala nascente, no mesmo gabinete que é partilhado com o cantinho da amamentação e a alta segura, funcionando às 3ª e 5ª feiras das 18h às 20h.

As utentes e companheiros serão informados do seu funcionamento durante a admissão no serviço de obstetrícia-puérperas.

O GAP disponibilizará de sessões de ginástica pós-parto (3ª feira) e sessões de massagem infantil (6ª feira), alternadamente, para as utentes, bem como de tempo para atendimento individualizado para esclarecimento de dúvidas em relação ao puerpério.

O GAP disponibilizará de correio eletrónico para esclarecimento de dúvidas on-line.

Artigo 12.º

(Composição)

O Gabinete de Apoio à Qualidade é composto por uma Enfermeira, aluna do Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora.

Este Gabinete entrar em funcionamento a partir do dia 2 de Maio de 2012

Faro,14 de Abril de 2012

Anexo 4- Sessão de Educação para a Saúde acerca da Ginástica Pós-parto

Anexo 5- Sessão de Educação para a Saúde acerca da Massagem Infantil

Anexo 6- Folha de Avaliação das sessões de Educação para a saúde

**Gabinete de Apoio ao Puerpério**

Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Idade\_\_\_\_\_\_\_\_anos

Profissão\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Habilitações Literárias\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O seu companheiro participa nos cuidados ao bebé?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gostou da sessão de Educação para a Saúde?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sugestão para novas atividades

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anexo 7- Estatística das Sessões de Educação para a Saúde realizadas no GAP

**Estatística das Sessões de Educação para a Saúde realizadas no GAP**