



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Alta Precoce Pós-parto: proposta de modelo hospitalar no Algarve

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

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**ALTA PRECOCE PÓS-PARTO: proposta de
modelo hospitalar no Algarve**

Helena Margarida Câmara Pires Plantier Martins da Silva

Orientação: Professora Doutora Maria Margarida Santana Fialho
Sim-Sim

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Évora, 2017



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Alta Precoce Pós-parto: proposta de modelo hospitalar no Algarve

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

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**ALTA PRECOCE PÓS-PARTO: proposta de
modelo hospitalar no Algarve**

Helena Margarida Câmara Pires Plantier Martins da Silva

Orientação: Professora Doutora Maria Margarida Santana Fialho
Sim-Sim

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Évora, 2017



Agradecimentos

O meu coração está cheio...sim cheio, de experiências que vieram complementar e enriquecer este percurso de dois anos através de desafios, deceções, surpresas, incertezas, alegrias e vitórias. Tornando desta forma algo que parecia inatingível em realidade.

Não foi um percurso solitário, mas na companhia de muitos que tornaram isto possível e com a certeza, porém de terem deixado marcos importantes ao longo do caminho.

À minha família nuclear, marido e filhos que não tenho palavras para dizer senão muito obrigada, com todo o meu amor por a sua paciência e ajuda e força que me foram dando ao longo desta jornada. Por a capacidade de verem mais além e acreditarem em mim.

À minha professora orientadora por a sua disponibilidade, paciência e apoio. Aos professores, colegas e orientadores, assim como às utentes com quem tive a oportunidade de contactar e de vivenciar momentos únicos, que ficam gravados na minha maneira de ser e estar como prestadora de cuidados.

A todos de novo muito obrigada!



RESUMO

Título: Alta Precoce Pós-parto: proposta de modelo hospitalar no Algarve

A alta precoce de puérperas, com partos eutócicos sem complicações, assenta nas premissas: bem-estar da mãe/recém-nascido e redução de custos na saúde. Vários países adotam a alta precoce, sendo o modelo europeu o mais próximo da realidade do nosso país. Aconselha-se a decisão concertada entre mulher e profissionais, prevalecendo as necessidades da mulher. O objetivo do projeto era criar um modelo de alta precoce pós-parto, no centro hospitalar universitário do Algarve (CHUA). Aplicaram-se questionários a 304 puérperas e 75 enfermeiros dos hospitais de Faro e Portimão, para conhecer a sua opinião e disponibilidade de utilização deste modelo. Os resultados mostraram que caso existisse internamento de 24h, com contacto telefónico e visita domiciliária, cerca de 76% das puérperas o utilizariam e 57% dos enfermeiros concordariam em trabalhar neste contexto. Consideram os enfermeiros que a função de Gestor de Caso, deveria ser atribuída a especialista em saúde materna e obstetrícia. A alta precoce necessita critérios e protocolos propostos neste trabalho. Desenvolveram-se competências especializadas, convergindo para mais conhecimento e perícia, defendendo-se a ideia de que os cuidados em saúde materna e obstétrica teriam ganhos difundindo a oferta de alta precoce, associando cuidados de saúde primários e hospitalares.

Descritores: Cuidado pós-natal, período pós-parto, recém-nascido, alta do paciente, visita domiciliar.



ABSTRACT

Title: Early Postpartum discharge: Proposal of hospital model in the Algarve

Early discharge of postpartum mothers, with uncomplicated vaginal delivery is based on two assumptions: mother/ newborn well-being and reduction of health cost. Several countries adopted early discharge, being the European model the one that could best be adapted in Portugal. It is advised that early discharge be driven by the needs and choice of the women and concerted decision between women and professionals. The current project was designed to create a postpartum early discharge model at the Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA). Questionnaires were applied to a sample of 304 women and 75 nurses from the hospitals of Faro and Portimão. It was identified that if there were an option of 24 hours discharge, with telephone contact and home visit; 76% of the women would use it, and that 57% of the nurses would work on it. The role of Case Management should be assigned to a midwife.

Early discharge at 24 hours requires well defined criteria and protocols proposed in this work. Specialized competencies were developed, contributing to additional knowledge and technical capacity. It is advocated that early discharge can benefit mother and newborn and that primary care and hospital care should be well interrelated for this purpose.

Descriptors: Postnatal care, postpartum period, newborn, patient discharge, home visit.



ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	10
1. ANÁLISE DO CONTEXTO	14
1.1 CARATERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL	16
1.1.1 Circuito e Estadia da utente	17
1.1.2 Custos de Internamento por utente e Custos de Visita Domiciliária.....	19
1.1.3 Casuística dos partos no CHAlgarve	19
1.2 CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS	21
1.2.1 Caracterização dos Recursos Humanos	22
1.2.2 Caracterização dos Recursos Materiais	22
1.3 DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ..	23
2. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES	27
2.1 CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO-ALVO DE ENFERMEIROS	27
2.2 CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO-ALVO DE UTENTES	27
2.3 CUIDADOS E PREOCUPAÇÕES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO-ALVO.....	28
2.3.1 Preocupações Específicas das Puérperas dos Serviços de Obstetrícia do CHA	29
2.3.2 Preocupações específicas das puérperas com o RN.....	33
2.3.3 Preocupações específicas das puérperas com o seu companheiro	36
2.3.4 Preocupações específicas das puérperas com a sua família.....	38
2.3.5 Preocupações específicas das puérperas com a comunidade.....	39
2.3.6 Preocupações específicas das puérperas sobre a estadia na maternidade.	40
2.3.7 Preocupações específicas dos Enfermeiros com as puérperas dos serviços de Obstetrícia do CHA.....	41
2.3.8 Preocupações específicas dos Enfermeiros com o RN	43
2.3.9 Preocupações específicas dos Enfermeiros com o companheiro da puérpera	45
2.3.10 Preocupações específicas dos Enfermeiros com a família da puérpera.....	46
2.3.11 Preocupações específicas dos Enfermeiros sobre a comunidade da puérpera	48
2.3.12 Preocupações específicas dos Enfermeiros sobre a estadia das puérperas na maternidade.....	50



2.3.13 Conceito de Enfermeiro Gestor de Caso.....	51
2.4 ESTUDO SOBRE PROGRAMA DE INTERVENÇÃO COM A POPULAÇÃO - ALVO	52
2.5 RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO.....	55
3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS	57
3.1. OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL.....	57
3.1.1. Objetivos a atingir com a população-alvo dos enfermeiros.....	58
3.1.2. Objetivos a atingir com a população-alvo das puérperas.....	58
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES.....	59
4.1. FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES.....	59
4.2. METODOLOGIAS.....	59
4.3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS	62
4.4. RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS.....	65
4.5. CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS.....	65
4.6. ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL	66
4.7. CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA	66
5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO	68
5.1. AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS.....	68
5.2. AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA.....	70
5.3. DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS.....	70
6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS	71
CONCLUSÃO	74
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77



APÊNDICES	85
APÊNDICE A– FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO DO PROJETO	86
APÊNDICE B– PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DE REALIZAÇÃO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO.....	96
APÊNDICE C – EMAILS DE RESPOSTAS AOS PEDIDOS	102
APÊNDICE D– PEDIDO DE UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO E TRADUÇÃO DOS MESMOS.....	105
APÊNDICE E– QUESTIONÁRIOS ENFERMEIROS E QUESTIONÁRIOS PUÉRPERAS	115
APÊNDICE F – RESULTADOS ENFERMEIROS	124
APÊNDICE G- RESULTADOS PUÉRPERAS.....	136
APÊNDICE H- SESSÃO DE FORMAÇÃO ALTA PRECOCE/ RESULTADOS PRELIMINARES APRESENTAÇÃO 1 E APRESENTAÇÃO 2.....	148
APÊNDICE I - FOTOS DA SESSÃO	156
APÊNDICE J - AVALIAÇÃO DA SESSÃO.....	158
APÊNDICE K – CRITÉRIOS DE ALTA PUÉRPERA E RN	163
APÊNDICE L: MANUAL PARA A ALTA	166
APÊNDICE M: CHECKLIST DE CONHECIMENTO DO PUERPÉRIO	182
APÊNDICE N: CRITÉRIOS PRÉ-NATAIS RELEVANTES PARA A ALTA PRECOCE	185
APÊNDICE O: CRITÉRIOS DE ACESSIBILIDADE Á ALTA-PRECOCE NO PÓS-PARTO	187
APÊNDICE P: CONTACTO TELEFÓNICO - 6 A 12 HORAS APÓS A ALTA	189



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Divisão dos Agrupamentos de Saúde na Região do Algarve	15
Figura 2. Distribuição dos Centros de Saúde e Hospitais.....	16
Figura 3. Número de partos entre 2013-2016	20
Figura 4. Partos e Cesarianas nos anos 2014-2017 no CHUA	20
Figura 5. Nados-vivos por Município entre 2014-2016.....	21
Figura 6. Preocupações da Puérpera consigo mesma	31
Figura 7. Desconforto com Episiórrafia.....	31
Figura 8. Preocupação das mães com o Recém-nascido.....	34
Figura 9. Alimento Administrado ao Bebê	35
Figura 10. Preocupações com o Companheiro	37
Figura 11. Preocupações com a Família	38
Figura 12. Preocupações com os recursos da Comunidade.....	40
Figura 13. Preocupações dos enfermeiros com as puérperas.....	42
Figura 14. Preocupações dos Enfermeiros relativamente ao RN.....	44
Figura 15. Preocupações dos Enfermeiros face ao Companheiro da Puérpera.....	46
Figura 16. Preocupações dos Enfermeiros com a Família da Puérpera.....	47
Figura 17. Preocupações dos Enfermeiros com a Família da Puérpera (múltipara).....	48
Figura 18. Preocupações dos Enfermeiros sobre a Comunidade da Puérpera.....	49
Figura 19. Opinião dos Enfermeiros sobre a Alta Precoce Pós-parto.....	50
Figura 20. Adequação da existência de serviço de internamento de 24h e alta precoce	51
Figura 21. Acompanhamento no domicílio após alta às 24h	51
Figura 22. Profissional que deve realizar a visita domiciliária.....	54
Figura 23. Organização das Atividades	66
Figura 24. Cronograma das Atividades.....	67
Figura 25. Competências do Enfermeiro na Visita Domiciliária.....	72



INTRODUÇÃO

O parto no meio hospitalar é a opção na maioria dos países desenvolvidos, acreditando-se que na impossibilidade de prever todo o evoluir do Trabalho de Parto (TP), será o mais seguro, perante potenciais intercorrências (Olsen & Clausen, 2012). Em Portugal, no ano 2015 (INE, 2016), a maioria dos partos ocorreu em hospitais (n=84830; 98.89%), face aos casos ocorridos em casa (n=710; 0.83%) ou noutra local (n=239; .28%). Foi no ano de 1973 que no nosso país se deu a reversão de ocorrência no local de parto, do domicílio para o meio hospitalar (e.g. 83585 *versus* 90739 no hospital), facto que também ocorreu em Faro (e.g. 2164 no domicílio *versus* 2184 no hospital), conforme os registos da biblioteca digital do INE (INE, 1973).

Após o parto, a mulher entra na condição de puérpera por seis semanas (WHO, 2014), fase durante a qual o organismo está mais frágil e necessita cuidados. Os cuidados puerperais são particularmente importantes nas primeiras horas e dias, justificando a vigilância de profissionais, nomeadamente de parteiras, ou na designação portuguesa de Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO). A vigilância do pós-parto nas primeiras 48 horas em Portugal, é realizada habitualmente em internamento hospitalar, no seguimento do parto.

A duração do internamento hospitalar para fins de parto, tem vindo a diminuir durante os últimos 40-50 anos. Por exemplo, nos anos 50 a média de internamento pós-parto nos países industrializados era de 11 a 14 dias. Hoje em dia, a média nos países industrializados é de três dias e alguns países como por exemplo o Reino Unido tem uma média inferior a 1.6 dias de internamento pós-parto (Benahmed, et al, 2014).

Para a criança de termo e saudável, a Academia Americana de Pediatria considera que a duração do internamento deve ser suficientemente longa para ser possível identificar problemas próximos ao nascimento assim como observação das competências de prestação de cuidados da família ("Policy statement-Hospital stay for healthy term newborns," 2010). Tendo por base a condição de bem-estar do recém-nascido (RN), a solução ótima será a alta da mãe e filho simultaneamente.



Desde há cerca de meio século, que se progride para a alta precoce, ou seja, ao movimento de transportar para a privacidade do domicílio, a díade em período sensível. Uma interpretação algo controversa sobre a alta precoce, como benéfica ou prejudicial, perdurou durante algum tempo, mas em revisões sistemáticas realizadas não se encontram diferenças significativas no global da recuperação materna, na saúde da criança, nos casos de readmissão hospitalar, nos comportamentos de aleitamento materno ou na depressão pós-parto (Bravo, Uribe, & Contreras, 2011; Brown, et al, 2002). Porém, no contexto de países em desenvolvimento, dado que os recursos da população são escassos, grande parte das gravidezes não são vigiadas, além de que os estudos são insuficientes, nesses contextos populacionais, não permitem uma interpretação ampla de evidência (Nardin & Mignini, 2009).

O conceito de alta precoce não está ainda bem estabelecido, dado que são considerados intervalos de tempo pós-parto algo amplos e/ou díspares nos vários estudos e locais onde são realizados. Assim, o conceito é moldável, admitindo-se como alta precoce aquela que ocorre antes do período que é o padrão local (Brown, et al, 2002). A Academia Americana de Pediatria (AAP) e o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia (ACOG), em 1992, definiram alta precoce nas primeiras 48h. Contudo parece haver um entendimento que considera o período de 24-48h (Waldenström, Sundelin, & Lindmark, 1987).

Em Portugal, a alta às 48 horas tendo sido legislada há mais de duas décadas, encontra-se dentro dos parâmetros de alta precoce. Alta precoce no parto vaginal sem complicações faz parte de uma das 15 propostas para melhorar o serviço nacional de saúde (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2013). Observam-se correntes a favor e correntes contra. Para os primeiros a alta é segura e vantajosa sob o ponto de vista quer de saúde, social e económico, permitindo desta forma menor tempo de internamento e diminuição dos custos hospitalares. Por outro lado, fala-se essencialmente no reinternamento do recém-nascido que consequentemente aumenta os custos (Bowers & Cheyne, 2016; Cargill & Martel, 2007). A alta precoce tem vantagens, tais como: 1) menor exposição à infeção associada aos cuidados de saúde, 2) diminuição dos custos do internamento, 3) maior sucesso no aleitamento materno, 4) diminuição da incidência da depressão e ansiedade no pós-parto e 5)



maior adequação da educação para a saúde. Por outro lado, também se registam desvantagens da alta precoce: 1) não generalizável a todos os RN e a todas as puérperas, 2) follow-up sem sucesso na totalidade, 3) carência de apoio adequado da família. O surgimento de problemas cardiopulmonares, icterícia e obstrução gastrointestinal no RN, o que questiona a poupança de custos (Waldenström, Sundelin, & Lindmark, 1987).

Alguns critérios de elegibilidade são necessários para a alta precoce. É necessário criar protocolos que estruturam a alta precoce, determinem o acompanhamento das mães via telefónica e em visitas domiciliárias. Um outro aspeto útil será a criação de um enfermeiro gestor de caso, que certifica o seguimento de protocolos e que pode acionar medidas de apoio para garantir o sucesso, e a segurança da mãe e recém-nascido.

Na Região Algarve, o parto em casa é um fenómeno que tem crescido discretamente nos últimos cinco anos (e.g. 22 casos em 2011 para 48 casos em 2015), como estatisticamente se observa (INE, 2016). É também nesta região que o número de estrangeiras que recorrem ao hospital para o parto, tem percentagem mais elevada comparativamente a outros pontos do país. No ano 2015, considerando os 4071 partos no Algarve, em estabelecimento hospitalar, são filhos de mães estrangeiras 675 crianças, o que significa 16.6% dos nascimentos nesta região. Considerando estes dois indicadores, isto é, aumento do número de partos no domicílio e a presença de uma população estrangeira, quiçá mais receptiva à alta precoce, pensou-se ter algumas condições e ser oportuno a realização de um projeto cujo objetivo fundamental é: criar um modelo de Alta Precoce Pós-parto para a área dos concelhos de Faro e Portimão.

Dado que a alta precoce, às 24 horas num parto vaginal sem complicações e com contacto telefónico e visita domiciliária, ainda não é uma realidade no Distrito do Algarve, apercebemo-nos das virtudes e potencialidades de tal prática e desenvolvemos uma proposta que se apresenta no atual relatório.

O atual documento tem como finalidade relatar o percurso e as atividades realizadas, no sentido da conclusão desta formação académica. A temática reporta-se à Alta Precoce Pós-parto, enquadrada na região algarvia. É objetivo geral, criar um modelo de alta precoce pós-parto no centro hospitalar do Algarve, para assistência nos concelhos de Faro e Portimão.



Neste relatório segue-se a estrutura definida em documentos orientadores da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus da Universidade de Évora (ESESJDUÉ), e as normas da 6ª edição da American Psychological Association (APA) tal como solicitado no Regulamento do Estágio de Natureza Profissional e o Regulamento do Ciclo de Estudos conducentes ao Grau de Mestre, Ordem de Serviço nº 13/2016 e Ordem de Serviço nº 21/2017 e nº22/2017 (retificação), da Universidade de Évora. O acordo ortográfico respeitado é de acordo com a Circular 4/2011 da Universidade de Évora. A seção Apêndices, contém documentos produzidos que dizem respeito, a atividades, estratégias, informações, recolha de dados, permissões, entre outros.



1. ANÁLISE DO CONTEXTO

A atual secção contextualiza o panorama físico e estrutural da área alvo do nosso estudo, a região do Algarve. Descreve-se os recursos materiais e humanos e a sua orgânica posta à disposição dos utentes. Pretende-se com esta descrição enquadrar no terreno o modelo proposto, dando uma visão mais gráfica de como o mesmo poderia funcionar no distrito do Algarve.

O Centro Hospitalar do Algarve (CHA) passou no dia 24 de Agosto de 2017 a Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA), após ter sido publicado em Diário da República n.º 162/2017, Série I de 23-08-2017 no decreto-lei n.º 101/2017, que transfere e reforça as competências da entidade que gere os hospitais públicos da região. Além das unidades de Faro, Portimão e Lagos, o CHUA passa também a integrar o Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul e um centro de investigação ligado à Universidade do Algarve (UAlg).

É de realçar, que a elaboração deste projeto foi efetuada durante o período em que a instituição era Centro Hospitalar do Algarve (CHA), sendo desta forma assim referido deste projeto. O CHA, foi criado em 1 de Junho de 2013, de acordo com o Decreto-Lei n.º 69/2013, onde foi determinado a criação do Centro Hospitalar do Algarve, E. P.E, por fusão e conseqüente extinção do Hospital de Faro E. P.E e do Centro Hospitalar do Algarve do Barlavento Algarvio, E.P.E. O CHUA, tem a sua sede em Faro, sendo esta a única instituição pública de cuidados de saúde hospitalares na região do Algarve. Desta forma é prestada assistência direta a toda a população do Algarve abrangendo, a população residente de cerca de 441.000 habitantes (sendo que estes números podem triplicar nos meses do verão). A figura 1, apresenta os agrupamentos.

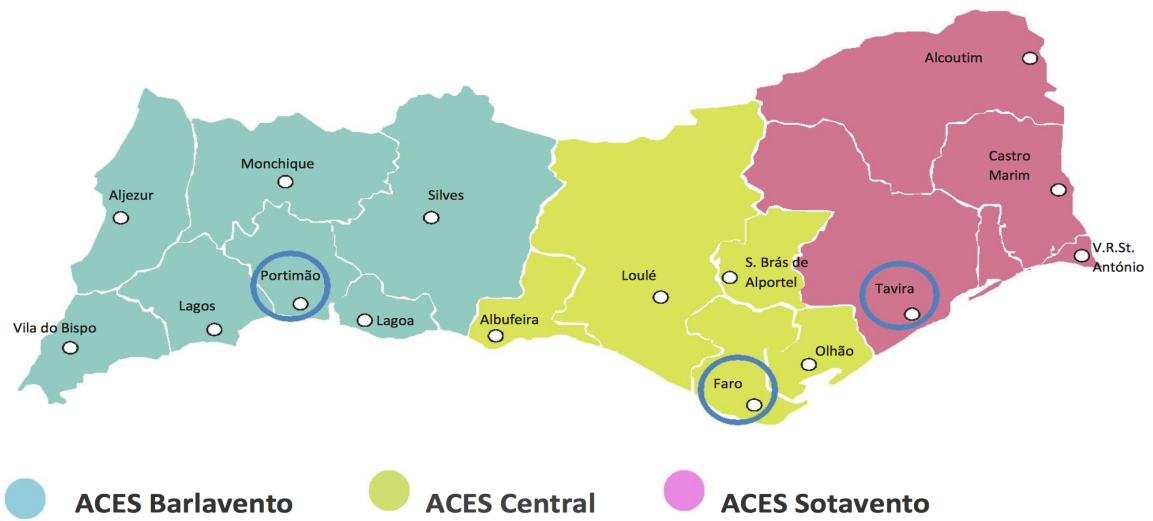


Figura 1. Divisão dos Agrupamentos de Saúde na Região do Algarve

O CHA comporta as unidades hospitalares (Faro, Portimão e Lagos) com 2 maternidades públicas (Portimão e Faro). Existem ainda 6 hospitais e uma maternidade privados. Neste distrito, existem 16 centros de saúde, com as suas respetivas extensões (65), dividido por os seus respetivos agrupamentos (CRSMCA, 2015).



Serviços de Urgência Básica



Hospitais

Municípios

Barlavento

1. Aljezur
2. Monchique
3. Silves
4. Vila do Bispo
5. Lagos
6. Portimão
7. Lagoa

Sotavento

8. Albufeira
9. Loulé
10. Tavira
11. Alcoutim
12. Faro
13. São Brás de Alportel
14. Olhão
15. Castro Marim
16. Vila Real de Santo António

Centro Hospitalar do Algarve

Hospitais:

- Hospital de Faro
- Hospital de Portimão
- Hospital de Lagos

Serviços de Urgência Básica:

- Lagos
- Albufeira
- Loulé
- Vila Real de Santo António

Figura 2. Distribuição dos Centros de Saúde e Hospitais

1.1 CARATERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL

A Obstetrícia no CHA, está distribuída por dois serviços independentes devido à localização e especificidade de cada unidade hospitalar. A unidade de Faro e a unidade de Portimão. Ambas têm consulta, internamento e urgência. A missão da Obstetrícia no CHA é prestar assistência às grávidas na pré-conceção, gravidez, parto e puerpério. Desde de 2008 que a unidade de Portimão é certificada pela Organização Mundial de Saúde/ United Nations International Children's Emergency Fund (OMS/UNICEF), como «Hospital Amigo dos Bebés», esta certificação premeia as medidas adotadas de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno e ajuda necessária a mães e bebés. A unidade de



Faro tem estado envolvida em projetos de melhoria da qualidade, incluindo «Hospital Amigo dos Bebés» e «Maternidade de Qualidade». Foi qualificada em 2014 pela Direção Geral de Saúde (DGS) com o nível de qualidade BOM. Em termos de filosofia de trabalho busca trabalhar em equipa e articular a multidisciplinaridade entre os diferentes serviços que apoiam a unidade (CHA, 2015).

Para situar o local de estágio final, passa-se a descrever o Departamento Materno Infantil do CHA que engloba as valências que a seguir se enumeram. Embora, o estágio final tenha-se efetuado no CHAFaro, o trabalho de investigação englobou o CHAPortimão.

No 2º piso do CHAPortimão, encontramos os serviços pertencentes ao departamento Materno-infantil, Serviço de internamento de Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia/Grávidas e Urgência de Ginecologia/ Obstetrícia e Bloco de Partos. No 5º piso do edifício principal do CHAFaro, encontram-se os serviços de Obstetrícia, Urgência de Obstetrícia e Ginecologia, Bloco de Partos, Serviço de Neonatologia, Grávidas Patológicas e Ginecologia.

1.1.1 Circuito e Estadia da Utente

Existem duas maneiras da utente ser admitida no Bloco de Partos, ou vem da urgência geral (através de um sistema de triagem Manchester), para a urgência de Ginecologia/Obstetrícia, ou vem do internamento de Grávidas Patológicas.

Admissão: esta é realizada pelo ESMO na sala de observação onde é feita uma triagem. Se grávida, dependendo da idade gestacional, queixas e multiparidade, são desenvolvidas as seguintes atividades:

Revisão da história clínica, avaliação do bem-estar fetal, monitorização cardiotocográfica (20/30 minutos). É contactado o obstetra.

- Se grávida em trabalho de parto (TP) em **fase latente** – caracterizada por contrações mais coordenadas, fortes e eficientes, com o colo mais amolecido, flexível e elástico (dois terços do tempo total do período de dilatação correspondem a esta fase), dilatação inferior a 4 cm, a grávida é encaminhada para o Serviço de Grávidas.



- Se grávida em TP em **fase ativa** –inicia quando a dilatação cervical atinge 4-6 cm (dilatação cervical rápida). Para que a dilatação ocorra é necessário: o apagamento, a descida do feto e contrações uterinas eficientes. Nesta fase, frequência da contratilidade uterina aumenta à medida que evolui o trabalho de parto. Se a grávida se encontra em fase ativa é encaminhada para a sala de parto.

Sala de Partos: a parturiente pode permanecer com um acompanhante na sala de parto até ao nascimento do seu filho (exceto durante o procedimento da analgesia epidural). É-lhe questionado se pretende epidural, em caso afirmativo, é-lhe entregue o consentimento informado. Canalizado acesso venoso e posto em curso soro glicosado, iniciada a monitorização cardiotocográfica (CTG), sendo que a grávida fica com menos mobilidade e após epidural fica com os seus movimentos limitados ao leito. Toda a vigilância e acompanhamento do TP é realizada e está sob a responsabilidade do EESMO, que assiste e acompanha a parturiente durante o TP e parto. Se o parto for eutócico, é realizado por o EESMO, se for instrumentado é realizado por o médico obstetra.

Puerpério precoce imediato: no quarto estágio do TP, a puérpera e o seu recém-nascido em alojamento conjunto permanecem ainda sob vigilância no Bloco de partos, sendo encaminhados para uma sala de recobro onde permanecem por duas horas. Ficando sob observação, por se tratar de um período em que, com mais frequência, ocorrem hemorragias pós-parto, principalmente por atonia ou hipotonia uterina (Graça, 2012). Durante este período a grande maioria das vezes a disponibilidade da mãe para o recém-nascido é total aqui mantém-se o contato pele a pele iniciado após o parto promovendo o vínculo mãe/bebê/pai, evitando-se a separação desnecessária. Durante este período é importante também fazer-se uma avaliação das condições maternas como: avaliação de parâmetros vitais, avaliação do globo de segurança de Pinard; Avaliação do períneo e valorização de queixas maternas, nomeadamente dor (Néné, Marques & Batista, 2016). Após este período a puérpera é transferida para o serviço de Obstetrícia onde permanece internada (puerpério clínico), mantendo o alojamento conjunto, por 48h se for parto vaginal (eutócico, fórceps ou ventosa) e 72 horas em caso de cesariana. Tudo isto, mediante ausência complicações e após visita obstétrica e pediátrica. Em média no CHAFaro, a puérpera fica internada 48-60 horas após um parto vaginal sem complicações.



1.1.2 Custos de Internamento por utente e Custos de Visita Domiciliária

Será impossível, neste momento calcular o custo real e a diferença entre o custo de internamento diário *versus* o seguimento com visita domiciliária. Será matéria para outro projeto, no entanto podemos vislumbrar um pouco a ideia com os valores que nos são possibilitados aceder na Portaria n.º 20/2014 do Ministério de Saúde, os custos de internamento para um parto vaginal sem complicações são de 289.63 Euros, com uma média de 2.8 dias de internamento. O custo do serviço domiciliário é de 33.10 Euros. Se acrescentarmos as despesas de deslocação para reembolso no uso de viatura própria, de acordo com o Decreto-Lei n.º 137/2010, de 28 de dezembro multiplica-se o número de km percorridos por 0.36 Euros.

Aqui seria incluído o contato telefónico, feito às entre as 24 e as 36 horas com a puérpera, e o encaminhamento da mesma para a enfermeira EESMO do centro de saúde da área da sua residência.

1.1.3 Casuística dos partos no CHA

Na última década, a população do distrito do Algarve, foi a que mais cresceu no país. Como consequência, houve um acréscimo na Taxa de Natalidade, sendo esta a mais alta do país, é importante referir que mais ou menos 5% dos nascimentos entre 2000 e 2014 foram de utentes estrangeiras. Sendo o Hospital de Faro, o que tem o maior número de nascimentos na região (CRSMCA, 2015). Fazendo uma retrospectiva desde 2013 e segundo dados estatísticos do CHA, o total de partos nesse ano foi de 3506, para uma melhor visualização 2242 partos em Faro, 1264 partos em Portimão, havendo uma taxa de 31,3 % e 27,5% de cesarianas respetivamente. Note-se, que em 2014, 67% dos partos realizados no Hospital particular, foram cesarianas, evidenciando-se uma incidência em termos percentuais de mais do dobro de cesariana no Particular quando comparado com o Público (CRSMCA, 2015). Em 2014 o total de partos foi 3405, Portimão efetuou 1186 partos, sendo que 26.3% foram cesarianas, Faro realizou 2219 partos, com 27,2% de cesarianas. Em 2015 o total de partos foi 3671, Portimão efetuou 1302 partos, sendo que 27% foram cesarianas, Faro realizou 2369 partos com 24,9% de cesarianas. No ano passado, 2016 foram feitos 3,677 partos com 2398 em Faro com 24,9% de cesarianas e em



Portimão 1,279 partos com 27% de cesarianas, como podemos visualizar no quadro que se segue.

Ano	2014	2015	2016
Faro	2219	2369	2398
Cesarianas em Faro	27,2%	24,9%	24,9%
Portimão	1186	1309	1279
Cesarianas em Portimão	26,3%	27%	27%
Nº total de partos no Algarve	3405	3671	3677

Figura 3 Número de partos entre 2014-2016

Numa visão mais explícita veja a figura 4. Neste período, o gráfico não evidencia significativas alterações no número de partos vaginais ou cesarianas, no entanto é de notar uma ligeira subida de partos na região, mantendo-se constante a percentagem de cesarianas em relação ao total de partos.

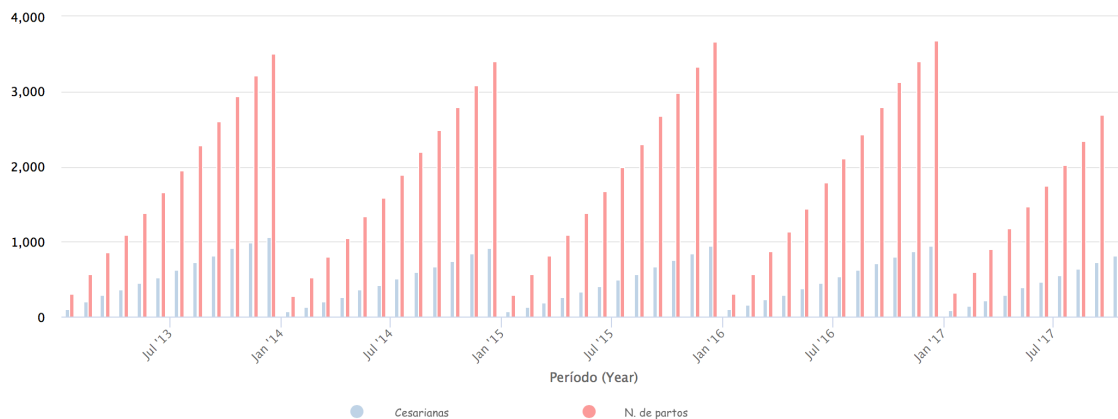


Figura 4. Partos e Cesarianas nos anos 2013-2016 no CHUA

A figura 5 demonstra a taxa bruta de natalidade do Algarve, comparada com a de Portugal, para melhor detalhe inclui-se a taxa bruta de natalidade dos municípios da região Algarvia. Esta tabela ajuda a perceber, que municípios precisam de maior atenção pela



maior taxa bruta de natalidade, na implementação de um programa de alta precoce. Destacam-se Albufeira, Faro e Portimão como os que mais contribuem para a elevação da taxa no Algarve. Na região, a taxa bruta de natalidade é superior à média nacional. Tal, tem-se mantido ao longo dos anos (Figura 5).

Território	Taxa bruta de natalidade		
	2014	2015	2016
Anos	2014	2015	2016
Portugal	7,9	8,3	8,4
Algarve	8,5	9,2	9,5
Albufeira	9,8	10,4	11,1
Alcoutim	2,3	6,0	3,7
Aljezur	6,9	6,9	8,4
Castro Marim	6,1	6,6	8,2
Faro	9,5	9,9	10,9
Lagoa	7,9	9,6	8,8
Lagos	7,5	8,1	8,5
Loulé	8,5	9,5	9,6
Monchique	6,8	5,8	7,2
Olhão	8,4	9,2	9,3
Portimão	10,2	10,5	9,9
São Brás de Alportel	7,6	10,1	8,1
Silves	7,8	8,1	8,0
Tavira	6,8	6,8	8,4
Vila do Bispo	8,8	9,2	8,5
Vila Real de Santo António	7,2	8,7	9,5

Figura 5. Nados-vivos por Município entre 2014-2016

1.2 CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS

Há uma correlação entre os recursos humanos e materiais para uma melhor eficiência e eficácia na prestação de bons e mais personalizados cuidados de saúde. Passarei a descrever os recursos humanos e materiais do Bloco de Partos (BP) do CHAFaro.



1.2.1 Caracterização dos Recursos Humanos

Os recursos humanos disponíveis para o bloco de parto: seguindo o processo de Enfermagem, que consiste no levantamento de problemas, planeamento, execução e avaliação. A prestação de serviço de enfermagem, obedece ao método individual, que consiste na atribuição de um enfermeiro específico a uma ou mais utentes específicas, dependendo da carga de trabalho (Pinheiro, 1994). Os registos de enfermagem seguem o sistema de parametrização nacional em suporte eletrónico segundo o SAPE® Sistema de Apoio À Prática de Enfermagem. (Paiva, et al, 2014), o qual se baseia na linguagem CIPE®, Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem.

Constituição da equipa médica:

- * 13 Obstetras (5 são contratados a empresas e só fazem urgências) os restantes 8 cobrem os serviços de: Obstetrícia, Grávidas Patológicas e Consulta.
- * 1 Pediatra/Neonatólogo de chamada 24/24 horas.
- * 1 Anestesiologista escalado para o bloco de partos 24/24 horas.

Equipa de Enfermagem:

- * 42 enfermeiros dos quais 29 são ESMO (incluindo a Chefe do Serviço) e 12 são não especialistas dos quais 3 estão a terminar a especialidade.
- * 15 assistentes operacionais.
- * 1 Secretária Administrativa

1.2.2 Caracterização dos recursos materiais

Existem vários serviços que trabalham em articulação com o bloco de partos e funcionam no mesmo piso:

Serviço de urgência de obstetrícia e ginecologia – Com uma sala de espera, duas salas de admissão, sala de exame complementar de diagnóstico (CTG), e uma sala de vigilância. O Serviço de urgência oferece atendimento especializado em Urgência e Emergência Obstétrica e Ginecológica 24/24 horas.

Serviço de Obstetrícia - Um serviço de obstetrícia com 49 camas. Este serviço tem ainda apoio para registo dos RN- programa nascer utente (permite inscrever o recém-nascido



no sistema nacional de saúde e no (IRN) Instituto dos Registos e Notariado). O Cantinho de amamentação e o programa de alta segura.

Serviço de Neonatologia - para RN prematuros ou com necessidade de cuidados intensivos neonatais.

Sala de Partos - Quatro salas de parto equipadas e apetrechadas para assistir e monitorizar durante trabalho de parto, com bancada de cuidados ao recém-nascido. Um bloco operatório para cesarianas, uma sala de assistência ao recém-nascido apetrechada e preparada para assistir e ajudar o recém-nascido a ajustar-se à vida extrauterina, sala de registos de enfermagem com central cardiotocografica de todas as salas de parto e duas salas de recobro.

O BP, oferece serviços de anestesiologia, assegurando analgesia epidural 24/24 horas.

1.3 DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

O papel do EESMO, não é tão ou menos importante antes da gravidez como depois dela, o que se pretende destacar é a importância do planeamento de uma gravidez, interligando o desenvolvimento embrionário com a vivência da mulher grávida, sendo que esta, não se torna mãe só no momento do parto. Deve existir um “crescimento,” um desenvolvimento na transformação de uma mulher em mulher-mãe. E estes passos devem ser seguidos e orientados antes, durante e no pós-parto, daí a informação coerente e fidedigna ser uma aliada imprescindível da maternidade. Isto tudo para que a filosofia dos cuidados em Saúde Materna e Obstétrica possam ser efetivamente aplicados em parceria entre o EESMO e a mulher (OE, 2015). Esta parceria permite-nos perceber as necessidades de cada utente e guiá-la tornando assim os cuidados mais personalizados.

A unidade curricular do estágio final é o culminar da acumulação das competências adquiridas no conhecimento teórico-prático. No fundo é um momento bastante importante do desenvolvimento de aptidões e competências, mas entende-se como o início de uma jornada de vida como EESMO. O cuidar centrado na mulher e na sua ligação ao meio que a rodeia (família, comunidade e circunstâncias, cultura, etc...), permite ao EESMO assu-



mir um papel de defensor, vendo a utente como ponto central das intervenções, permitindo que esta faça as suas próprias decisões, sem juízo de valor (OE, 2015). As competências do EESMO requerem que este adquira formação atualizada e adequada para melhor prestação de cuidados à utente.

O estágio final, permitiu igualmente entender, o parto como não sendo de quem o “realiza”, mas de quem o pare, por outras palavras o parto é da mulher, que não está sozinha, tem juntamente com ela o seu acompanhante e é apoiada e orientada por o EESMO para tornar o parto num momento ainda mais deslumbrante e único. No entanto, o parto continua na grande maioria das vezes a ser um conjunto de fenómenos apenas fisiológicos. Frequentemente são induzidos, e apenas numa pequena percentagem ocorrem espontaneamente. Na qualidade de aluna deste mestrado, e através da oportunidade de observação, e da prestação de cuidados, com acompanhamento de enfermeira supervisora, que proporcionou e facilitou o aprendizado, através deste conjunto de ações assim como a pesquisa bibliográfica realizada, foi permitido refletir sobre o cuidar a mulher durante o trabalho de parto e puerpério precoce imediato, promovendo a vinculação entre a tríade ou convivente significativo. (OE, 2011)

O papel do EESMO como conselheiro e educador na área da saúde para com a puérpera, família e comunidade não pode ser descurado.

Este estágio final, permitiu refletir o quanto o EESMO, pode influenciar a vida de uma mulher e a sua família. A experiência do parto fica registada para toda a vida. Convém por isso que seja positiva.

Com vista a promover a defesa dos cuidados e como membro da equipa de saúde, o EESMO, atua nas áreas de competências específicas que se estendem desde a promoção da saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimização da adaptação do RN à vida extra uterina, o diagnóstico precoce e prevenção de complicações até à providência de cuidados à mulher com patologia e ou concomitante, na sua multidimensionalidade (OE, 2011), visando um planeamento e execução de cuidados adequados no âmbito das suas qualificações profissionais. Com isto em mente desenvolveram-se competências de diagnóstico e de planeamento e execução dos cuidados.



Neste âmbito e com a colaboração da enfermeira orientadora adquiriram-se competências de diagnóstico, que permitiram identificar áreas de atenção relevantes na prestação de cuidados na saúde da mulher. Através da entrevista diagnóstica e apreciação de enfermagem, pode-se entender os fatores associados que merecem especial atenção, durante o TP e Parto. O desenvolvimento pessoal na perceção dos diferentes estádios do trabalho de parto foi positivo. Pode-se avaliar descida fetal, o Índice de Bishop, a estática fetal, perceber as relações do móvel fetal com os pontos de referência do canal de parto e os eixos uterinos. O diagnóstico de TP e Parto foi feito por meio da avaliação da cervicometria. O que mais se salienta nesta experiência e destas competências são a relação terapêutica com parturiente e acompanhante. As competências de planeamento são fundamentais para se atingirem os objetivos traçados, que são mensuráveis e adequados à especificidade de cada mulher/família tendo sempre em conta as prioridades na prestação dos cuidados mais apropriados à mulher. Estes cuidados têm que ser igualmente articulados com os restantes membros da equipa de saúde, tornando-se o sucesso na consecução dos objetivos uma premissa dependente do envolvimento e participação focada nos objetivos de toda a equipa multidisciplinar. Tendo sempre presente que cada parto é um projeto de quem ajuda, mas também de quem o criou havendo um esforço de entendimento dos fatores sócio/culturais na qual a mulher e família estão inseridos.

As competências de execução, são por si só um fruto do desenvolvimento de muitas outras competências que lhe serve de base, onde o estudo, o conhecimento a prática e a experiência se fundem para uma melhor hierarquização das intervenções, mediante as condições de saúde ou desvios da mesma. Seguem-se as competências de avaliação e de ajuste de curso, mediante a análise de informação recebida de várias fontes, colegas, sinais e sintomas, dados analíticos e avaliações inerentes aos cuidados, além da perceção. As situações contempladas e discutidas em conselho com a orientadora foram sempre confirmadas por fundamentação teórica, pesquisada e mobilizada a fim de promover os cuidados mais apropriados e indicados.

Na área da competência da gestão de cuidados verifica-se que uma Organização sistemática do trabalho do EESMO, na aplicação do conhecimento e técnicas adequadas á prestação dos cuidados, satisfazendo as necessidades da mulher/acompanhante, integrado na equipa multidisciplinar, ao longo de todo o processo do trabalho de parto e parto aplicando técnicas de resolução de problemas e o uso do pensamento crítico. É uma característica multifacetada, que exige boa gestão



do tempo e de tempos, requerendo a capacidade de priorizar os cuidados e ações, de forma a prestar o cuidado que importa em primeiro lugar. Leva a refletir que embora o parto seja uma experiência épica, tem, no entanto, contornos de emergência médica que obedece a algoritmos rigorosos e cientificamente aprovados, que exige atenção, planeamento e foco inigualáveis.

Nesta componente a manutenção de registos de forma clara e concisa são essenciais para facilitar a partilha da informação e a continuidade dos cuidados não permitindo negligenciar a componente da comunicação. A área de responsabilidade profissional e ética é essencial para a segurança de puérpera e RN, bem como para a defesa da nobreza do trabalho do EESMO, que implica contínua autoavaliação e a responsabilização pelo erro, acompanhada de esforço consciente para ser-se prestável pontual e assíduo. Têm que estar incutidos no caráter de quem presta o cuidado, assumindo o bem-estar da utente e RN como centro.

Com o objetivo inicial de adquirir capacidades e formação como Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia, verifica-se uma ampliação e solidificação de conhecimento técnico e teórico que contribui para emergência como profissional EESMO como definido na Lei 9/2009 de 4 Março, art.º 39º, assim como para a aquisição do perfil de competências específicas do EESMO explanada no Regulamento no 127/2011 de 18 de Fevereiro.



2. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

A população é um grupo de indivíduos sobre o qual incide a pergunta de investigação (Hill & Hill 2012). Partilham características comuns definidas por um conjunto de critérios (Fortin, 2009). É, sobre este grupo que se pretende tirar conclusões respeitando a probabilidade de englobar todos os elementos da população. A amostra é um subconjunto da população, sobre o qual são definidos critérios de inclusão ou exclusão. Quando a amostra é representativa dos resultados obtidos a mesma permitem estimar os verdadeiros resultados da população (Hill & Hill 2012).

O estudo engloba dois grupos alvo, a equipa de enfermagem dos serviços de Obstetrícia e Bloco de Partos do CHA e puérperas internadas nos serviços de obstetrícia do CHA.

Para se entender a opinião de ambos os grupos acerca da alta precoce pós-parto, aplicou-se um instrumento sobre a forma de questionário (Apêndice E).

Usando um instrumento que apresenta dados de caracterização da escala de Sheil (1995). Faz-se, no entanto, uma ressalva que o pedido de uso de questionário não teve resposta por a autora de contacto Eileen Sheil, ter falecido em Novembro de 2016.

2.1 CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO-ALVO DE ENFERMEIROS

Os participantes referem-se a equipa de enfermagem dos serviços de Obstetrícia e Bloco de Partos do CHA. No cálculo da amostra da equipa de enfermagem coincide com a população.

O número total da amostra é de 114, receberam-se 75 questionários, cerca de 66% de participação a análise estatística destes dados encontra-se no Apêndice F. A sua maior parte exerce funções no bloco de partos de Faro, e a maioria dos participantes (57.3%) são EESMO. A média aritmética de anos de trabalho como enfermeiro são 15 anos, a média aritmética de anos de trabalho no bloco de partos é de 8 anos.

2.2 CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO-ALVO DE UTENTES

Foram critérios de seleção para as puérperas: estarem nos hospitais de Faro e Portimão. Saber falar e escrever português. É uma amostra de conveniência, cujo tamanho depende do número de partos do ano anterior, em cada hospital, conforme critério de Krejce e Morgan (1970), citados por Almeida e Freire (2008). Supondo-se no início 320 Portimão, 350 para Faro. No total recolhemos 304 questionários, 266 de Faro e 38 de Portimão. (a análise estatística destes dados encontra-se no Apêndice G). No CICTS – apenas participavam as Puérperas com parto vaginal sem



complicações, acabamos por incluir todas as puérperas. O número de questionários entre as puérperas foi menor do que o antecipado).

A maioria das participantes são casadas ou vivem em união de facto (71%). As participantes têm idades compreendidas entre os 14 e os 49 anos, com média de 31 anos e moda 33 anos. A média de idades dos maridos/companheiros varia entre 15 e os 59 anos, com média de 33 anos e moda 30 anos. Para a maioria das participantes é o primeiro filho. A formação académica mais representada é a licenciatura em 35% das inquiridas. A Nacionalidade das participantes é Portuguesa na sua maioria (80.9%), a segunda mais representada é a Brasileira com 3.9%. Estes dados dão eco às palavras do relatório de Gestão de Contas do CHA (2016), que refere que na região há um peso significativo de imigrantes, que influênciam a taxa da natalidade da região. Os dados da amostra coincidem também com a representatividade de nacionalidades, referidas no relatório de Gestão de Contas do CHA (2016), que refere que as nacionalidades estrangeiras mais representadas são a Brasileira, seguida da Romena e Ucrâniana. No nosso estudo verifica-se exatamente essa frequência de nacionalidades, com 3.9% Brasileiras, 3% de Romanas e 3% de Ucrânianas, adicionando a estas já referidas mais 19 nacionalidades, representativas de todo o mundo. Perfazendo assim uma percentagem de 19,1% de puérperas estrangeiras na região algarvia.

2.3 CUIDADOS E PREOCUPAÇÕES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO-ALVO

A alta da maternidade em Portugal, está dentro dos parâmetros de alta precoce. O período pós-parto, puerpério ou também chamado quarto trimestre. Estende-se por um período de seis semanas. Onde existe uma regressão anátomo-fisiológica na direção do estado pré-gravídico. Este período divide-se em três fases. O puerpério imediato (primeiras 24 horas), o puerpério precoce (primeira semana), e o puerpério tardio (primeira e a última semana pós-parto), (Lowdermilk, et al, 2012).

A preparação para a alta é um período desafiante, não apenas para a puérpera e sua família, mas para o EESMO, que fazendo parte da equipa multidisciplinar, é o mais presente no apoio à adaptação da transição para a parentalidade (Regulamento N°127/2011).

Com a alta precoce a intervenção hospitalar do EESMO/enfermeiro é de curta duração, e deve ser bem planeada, com vista a otimizar os objetivos, ajudar na recuperação da mãe, cuidar do RN, e preparar a família para a alta. Devido ao curto espaço de tempo para implementar tais importantes objetivos, estende-se a ação do EESMO, com visitas domiciliária, visitas clínicas, comunicação telefónica para ajudar a mulher neste período de recuperação e adaptação (Leifer, 2012).



Na transição para a parentalidade, as preocupações das puérperas precisam de ser identificadas para que as mesmas possam ser resolvidas através de orientação específica para que a puérpera e a família venham a atingir as expectativas acarretadas pelos seus novos papéis.

A chegada de um filho suscita, direta ou indiretamente alterações na rotina familiar e as alterações feitas para receber o novo membro da família cria expectativas, momentos de incertezas, medos e inseguranças. Daí a necessidade de valorizar as preocupações diversas geradas com o nascimento de um filho (Monteiro, 2002).

As expectativas das mães no momento da alta, são acompanhadas de preocupações reais que por vezes nos podem passar despercebidas, mas que convém identificar para uma eficaz preparação para a alta. As preocupações das mães depois do nascimento do bebé causam ansiedade, e levantam questões ou problemas (Sheil, et al, 1995). Procuramos saber com o nosso instrumento de investigação qual o nível de preocupação das puérperas. Preocupações essas observadas através dos indicadores da escala de Sheil (1995), escala essa que apresenta um conjunto de variáveis com 4 dimensões, em escala tipo Likert sendo 1(sem preocupação) a 4 (muita preocupação), 0 quando não se aplica. Assim, o questionário foi organizado para identificar preocupações em relação a si própria, em relação ao recém-nascido, em relação ao companheiro, em relação à família e à comunidade. Para simplificação, referimos apenas as três preocupações mais relevantes em cada grupo de questões.

2.3.1 Preocupações Específicas das Puérperas dos Serviços de Obstetrícia do CHA

Esta secção está dividida em 5 subsecções as preocupações das puérperas com: consigo própria, recém-nascido, companheiro, família e comunidade.

Preocupações referentes a si (puérpera): falar de cuidar de si mesma quando se tem um recém-nascido parece incongruente, mas aquilo que uma mãe ouvirá dizer dos profissionais de saúde e até de outras mães é que, a mãe deve tirar um tempo para ela própria. Por exemplo, numa situação de emergência num avião. O conselho dado é, por primeiro a sua própria máscara de oxigénio e depois colocar a da criança ou crianças. Em outras palavras, não podemos tratar dos outros se nós próprio necessitamos de ser tratados. Isto parece fazer todo o sentido, no entanto, quando se tem um recém-nascido isto é muito mais fácil de dizer que fazer (Hill, 2017).



Acerca de três décadas atrás, nos países desenvolvidos tem-se verificado uma alteração significativa da experiência da mulher e família na vivência pós-parto. A mulher, tem hoje, pouca possibilidade de se familiarizar com a gravidez, com o nascimento e com o cuidado ao recém-nascido, dada a carreira profissional, nem sempre com os benefícios necessários ou suficientes para ajustar à sua nova realidade de mãe. Muitas vezes, estão sozinhas porque o companheiro e outros familiares diretos trabalham. Há poucos modelos comparado com algumas décadas atrás, em que as novas mães já tinham observado e cuidado de primos, irmãos e familiares próximos que tivessem experimentado a gravidez e parto. Daí, a necessidade, de as mulheres procurarem e necessitarem de ajuda e apoio profissional de saúde durante o pós-parto. Sendo, um período, que se caracteriza por incertezas e fragilidades com muitas mudanças e ajustes. Sabendo que durante este período, a mulher se sente assoberbada com todas as facetas da mudança com o corpo, identidade, família trabalho e relações, etc. Saber, onde pode ir procurar conhecimento e ajuda para resolver os seus problemas, e a sensação de se sentir bem cuidada, é fundamental. Bons cuidados pós-natais estabelecem a fundação para novas vidas mais saudáveis e famílias mais sólidas, com pais e crianças mais felizes (Benahmed et al, 2014). Este aspeto ganha ainda mais relevância, ao conceber e pensar a alta precoce.

Como se pode ver na figura 6, 51,2 % das puérperas que responderam ao questionário tem como maior preocupação **ser uma boa mãe**, seguida de **dores nas mamas** com 45,1% e 44,4% com preocupações sobre os **cuidados com as mamas**. Ainda como referência bastante relevante, temos a preocupação com a **episiorragia**, sendo que a percentagem de puérperas com parto vaginal, foi 75,3% no total dos questionários aplicados. Mais de metade das puérperas com parto vaginal, referem muita preocupação ou preocupação moderada com a episiorragia, 25,7% e 37,5% respetivamente. Como pode ser visualizado na figura 7.

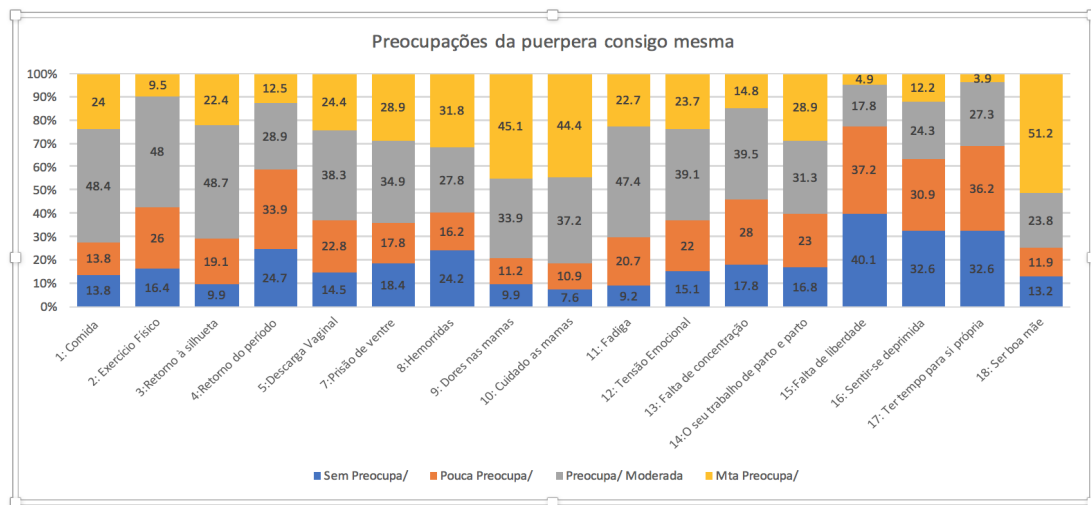


Figura 6. Preocupações da Puerpera consigo mesma

É também interessante referir que o item falta de liberdade é o que é considerado com maior percentagem na escala sem preocupação e pouca preocupação.

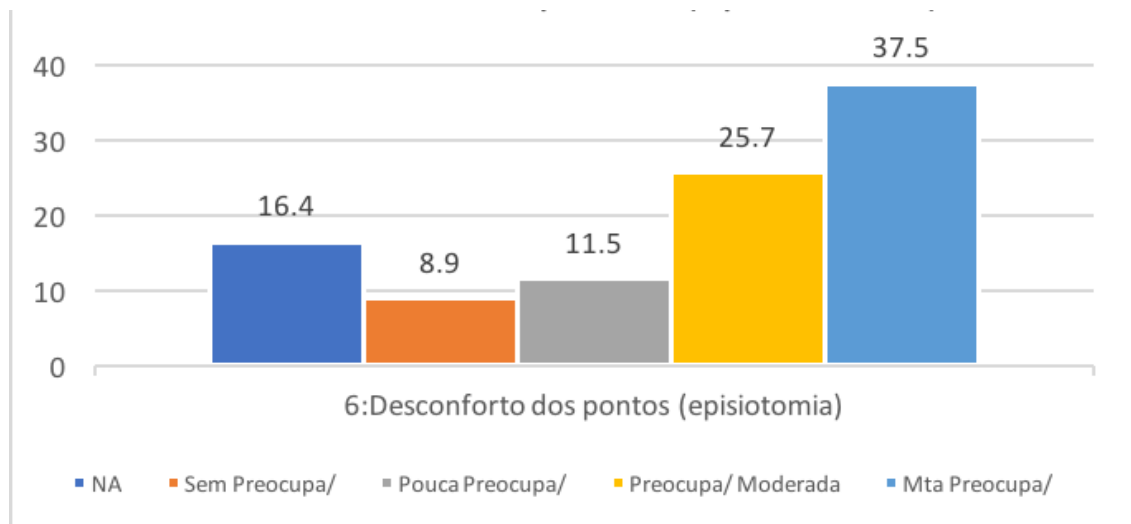


Figura 7. Desconforto com Episiorrafia

A **episiotomia** é uma incisão no períneo, efetuada durante o parto para aumentar a saída vaginal (Lowdermilk, et al, 2012). As suturas, no processo de cicatrização, podem causar desconforto e dor em especial nas semanas a seguir ao parto. Esse desconforto, pode fazer



com que a puérpera não se queira movimentar, no entanto esse movimento facilita a cicatrização. Esta preocupação, manifestada neste estudo pelas mães está em conformidade com a literatura consultada que é fértil em descrever exercícios e procedimentos para diminuir o desconforto e facilitar a recuperação (Lim, 2001). Estes aspetos são relevantes para se tomarem medidas de educação e de atenção na visita de acompanhamento (visita domiciliária) e ou acompanhamento telefónico. Caso a dor persista, ou seja, anormal em especial após duas semanas, a puérpera precisa de consultar o seu médico ou EESMO (Brown & Struck, 2002).

A preparação para enfrentar o **papel de mãe**, tem que ser iniciada ainda no período pré-natal, a gestante terá um período temporal de nove meses para interiorizar, e assimilar a ideia, e trabalhar a perspetiva de ser mãe. No entanto, esse tempo não coincide necessariamente com o tempo cronológico da gestação e da vivência dessa mudança de papéis, mas é o tempo que cada uma necessita para alcançar o papel materno.

Tornar-se mãe é um processo de intensa transformação na vida da mulher e é nas primeiras semanas após o parto que as mulheres enfrentam os maiores desafios, mesmo tendo planeado e aceito a função materna. No entanto, as situações, muitas vezes imprevisíveis, que envolvem a relação mãe e filho, não se esgotam com o final do puerpério; elas fazem parte da relação e, por isso, perduram por toda a vida (Maldonado, 2013).

Conforme já referido a nossa população é composta na maioria (53.6%) por primíparas, para quem a questão é mais relevante, para estas em especial é uma nova experiência.

Tornar-se mãe, é um processo de intensa transformação existencial na vida da mulher, a adaptação inicial à maternidade suscita na mãe certa insegurança, sentimentos de incapacidade face à sua tarefa no seu novo papel. Surgindo perguntas com: conseguirei cuidar do meu bebé ao mesmo tempo que desempenho um papel de esposa, dona de casa, trabalhadora, etc (Monteiro, 2002).

Segunda preocupação referida, tem a ver com **as mamas**, cuidados com as mamas e **dores nas mamas**. As dores nas mamas são uma das preocupações mais significativas das mães. Por volta do terceiro dia (72h), a puérpera começa a sentir a mama a ficar mais pesada e cheia, é nesta altura que o colostro passa a leite, podendo haver ingurgitamento mamário, se não houver um esvaziamento adequado e mamadas com frequência. Esta situação tem



a duração de um a dois dias. No entanto, o melhor remédio para o ingurgitamento é a prevenção. Para prevenir os mamilos doloridos ou com fissuras é importante o ensino à mãe pelo EESMO mostrando como o Recém-nascido faz uma boa pega. Assim como a importância de saber retirar o RN da mama sem puxar (Lowdermilk, et al, 2012).

Durante as primeiras semanas de amamentação, as mães sentem-se mais inseguras, cansadas e com maior instabilidade emocional. Todos estes fatores podem contribuir para o insucesso da amamentação se a mãe não souber como proceder perante estas dificuldades. Se lhe for fornecida a informação correta e se a mãe seguir as orientações e se mantiver calma, ficará mais confiante durante a amamentação. Muitos destes problemas poderão ser evitados se, durante a amamentação, a mãe colocar o bebé em diferentes posições, certificando-se qual a que se adequa melhor para si, facilitando uma boa pega do recém-nascido. Esta e outras importantes instruções são ensinadas e reforçadas pelo EESMO/Enfermeiro durante o internamento, ou visita domiciliária.

Para além da preocupação com a episiotomia (dor, desconforto), no período pós-parto, há vários desconfortos e queixas dolorosas, nomeadamente dores na região perineal, dores abdominais, dores mamárias e nos mamilos. Podendo ter obstipação e ou hemorroidas, todas estas dores podem causar desconforto. Consequentemente poderão aparecer outras preocupações e dificuldades relacionadas com fadiga e autocuidado (Lowdermilk, et al, 2012).

De forma geral, a queixa e dor perineal é comum no puerpério, a presença da mesma é prejudicial porque dificulta a capacidade de fazer as atividades diárias, como exemplo: urinar, evacuar, sentar, autocuidado, movimentos (deambulação) e até a amamentação (Riesco, et al, 2011).

2.3.2 Preocupações específicas das puérperas com o Recém-nascido

O nascimento de uma criança é um momento esperado pelas mães, no caso do nosso estudo em que a maioria das mães, são mães pela primeira vez, a maternidade vem carregada de dúvidas e de preocupações, principalmente nos primeiros dias de adaptação do RN à vida extrauterina (Lim, 2001). Para além disso a mulher precisa de se adaptar ao seu filho e ajustar-se ao seu papel de mãe. Ela sente-se responsável pela sobrevivência do



filho, em especial a primípara sente-se insegura em relação aos cuidados do bebé. (Monteiro, 2002).

Como é possível observar na figura 8, as mães preocupam-se com o crescimento e desenvolvimento normal dos RN (59,8%), em reconhecer quando o bebé está doente (53,5%) e com o aleitamento materno quantidade e número de vezes e a segurança (prevenir acidentes com o bebé) (57,1%).

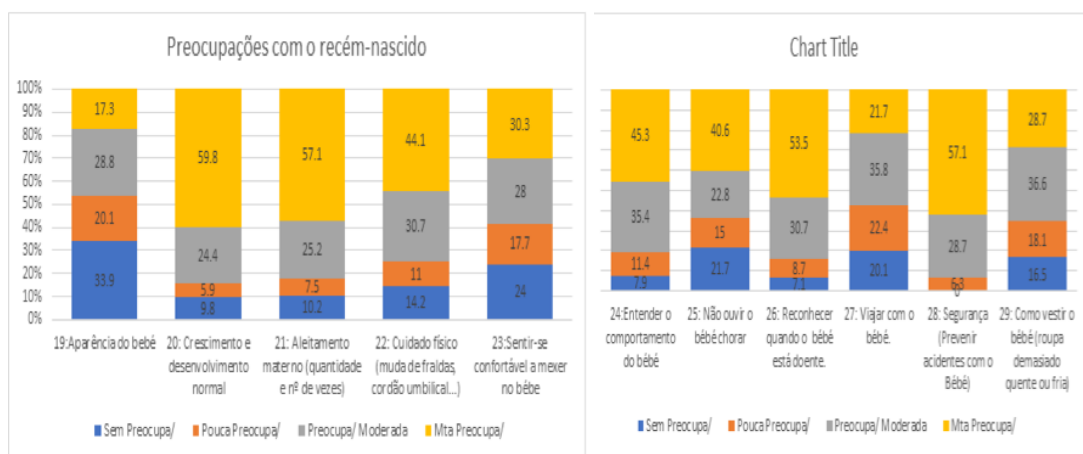


Figura 8. Preocupação das mães com o Recém-nascido

Há ainda que salientar que, apesar de só serem referidas as três maiores preocupações (muita preocupação), esta subsecção foi a que teve percentagens mais baixas nas opções sem preocupação e pouca preocupação, como podemos nos aperceber, o cuidar, proteger e alimentar o RN torna-se o ponto fulcral da preocupação materna.

É pertinente referir, que o leite que as mães estavam a dar aos seus RN na hora que terminaram o questionário era leite materno e esse é o plano para o domicílio (figura 9).

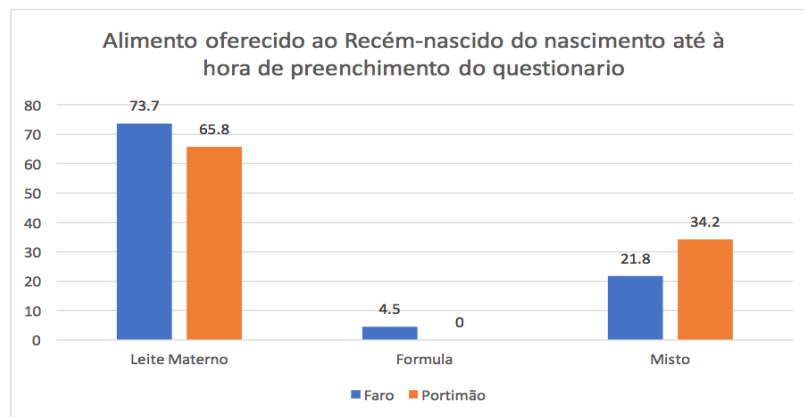


Figura 9. Alimento Administrado ao Bebê

Até à hora em que terminou o questionário, o alimento dado ao RN foi na maioria dos casos apenas leite materno ($n=134$; 70,5%). As preocupações das mães em relação à alimentação do RN são relevantes. Tal em pormenor é descrito nas figuras que se encontram no apêndice G.

A UNICEF (Levy & Bértolo, 2012), advoga o regime livre, para a amamentação. Horário e frequência é deixado ao critério do bebé. Isso correlaciona com uma melhor ingestão do leite materno. Estes são aspetos importantes para referir ao acompanhar e educar a mãe. Em posteriores visitas valoriza-se a evolução ponderal, podendo haver necessidade de introduzir ajustamentos dos horários de amamentação.

Quase todos os pais desde que tenham a vontade de aprender, tornam-se capazes de realizar as atividades para cuidar do RN. Num estudo referido por (Mendes, 2009), as puérperas, referiram menor auto percepção das suas competências no cuidado ao RN, nos aspetos como identificar as características da urina, identificar os diferentes tipos de sono e as características das fezes. Estes resultados, corroboram com os que se identificam no presente estudo. No presente estudo, os itens características da urina, características das fezes, e aliviar as cólicas, foram referidos como menos bem percebidos. De acordo com os autores (Opperman & Cassandra, 2001), as mães têm frequentemente, muitas dúvidas relacionadas com os cuidados e os comportamentos dos filhos nomeadamente, sobre as características das fezes e o alívio das cólicas do recém-nascido.



As dificuldades no cuidado ao RN, manifestam-se mais completamente após a alta da maternidade, por ser aí que a puérpera se depara com a realidade do facto de não ter nem ambiente, nem ajuda profissional, e passa a confrontar com dificuldades e preocupações, algumas vezes com contributo de opiniões e informações de familiares e amigos, em conjugação com as limitações físicas, pode aumentar a ansiedade e a insegurança. Mais uma vez aqui encontramos correlação entre os resultados e a bibliografia, de acordo com (Figueiredo, 2003) as mães, principalmente as primíparas, referem que os primeiros dias de relação com o RN são confusos, estranhos e geram sentimentos de desconforto.

2.3.3 Preocupações específicas das puérperas com o seu companheiro

O questionário avaliou as preocupações das puérperas com o seu companheiro, os resultados revelaram que estas não manifestam grandes preocupações neste capítulo. Destaca-se, no entanto, a preocupação moderada com o controlo da gravidez.

A bibliografia revela que normalmente o casal tem preocupações distintas. Enquanto a mãe tem preocupações com o cuidar do RN, com a saúde do RN e com a sua condição emocional e física para a chegada do RN. Os pais centram-se no seu papel de dar apoio à companheira. (Conde e Figueiredo, 2007). Embora não tenha sido alvo de estudo a perspetiva dos pais, levanta-se a questão se as suas preocupações serão diferentes das mães. Fica-se, no entanto, com a ideia de que é um momento de ajuste para ambos e de acordo com Alves (2007), há um sentimento de inadequação, na fase inicial, nos pais, mas conforme ambos se vão empenhando na sua inadequação e vulnerabilidade, vão crescendo em companheirismo e integrando-se nos seus papéis com amor, afeto e solidariedade entre pais. Outros autores (Soifer, 1984), referem que há tensão no casal após o nascimento e que a perspetiva da mãe é de que necessita de cuidados também, e que o pai pode sentir que muito lhe é exigido, este por vezes pode-se sentir privado de atenção e cuidados da mulher. Do ponto de vista deste estudo, convém referir que este tipo de preocupação poderá passar despercebido e necessitar de algum acompanhamento pelo profissional de saúde para que mais rapidamente se atinja o equilíbrio e benefício mútuo da nova experiência.

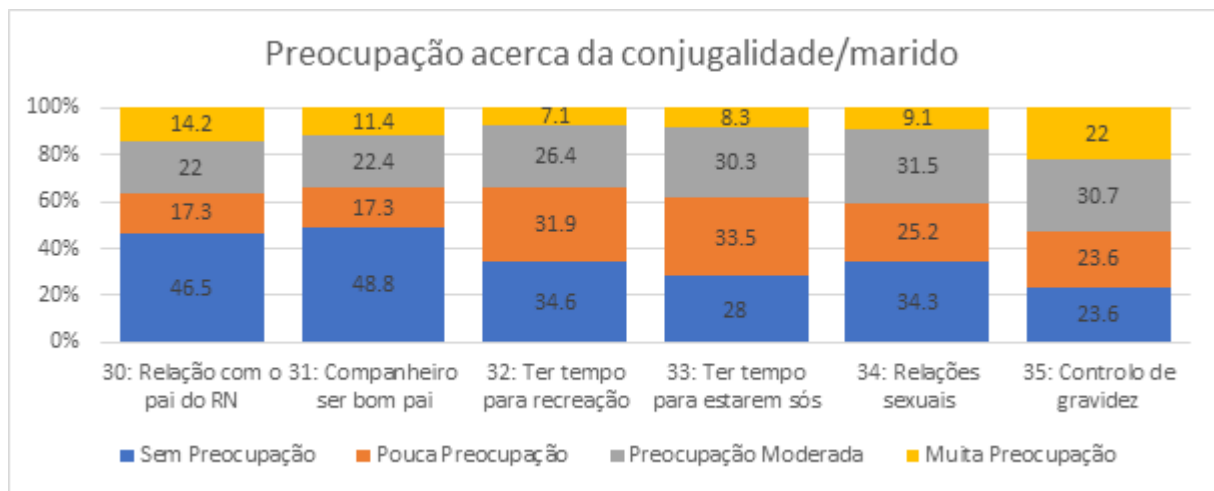


Figura 10. Preocupações com o Companheiro

No que respeita ao resultado do estudo, a preocupação mais relevante conforme referido anteriormente é a preocupação com o controlo da gravidez, o que supõe o retorno à atividade sexual do casal (figura 10). Sabemos pela bibliografia, que nos primeiros meses a mulher pode estar menos motivada para as relações sexuais, por ser um período de recuperação fisiológica a nível perineal e vaginal - normalmente há um período três a seis semanas até que os tecidos recuperem. Aliado a isto, a mulher, sente fadiga e eventualmente depressão pós-parto (Reeder, Martin & Koniak, 1995). Há também referência bibliográfica que indica a existência de alteração hormonal ligada ao défice de estrogénio que contribui para a diminuição da lubrificação vaginal o que contribui para a redução da resposta sexual na mulher. Este tipo de informação, pode ser relevante para passar aos pais num dos momentos de ensino. Pode não parecer relevante, no entanto, o cruzamento de informação acerca do impacto deste problema, noutros países, nomeadamente os EUA, onde (Brown & Struck, 2002) refere que um em cada três casais se divorcia devido a tudo o que já atrás foi referido. Questiona-se sobre o papel de pai; haverá necessidade de avaliar as suas preocupações?

Perante o exposto, entende-se que de momento a preocupação das mães, seja moderada, devido ao contexto temporal em que o estudo é realizado - puerpério. A preocupação das mães com a contraceção é, no entanto, relevante, pois de acordo com a DGS, há benefício para a saúde da mulher e criança haver espaçamento entre nascimentos. Na mulher que não amamenta, o retorno à fertilidade pode ocorrer às quatro semanas pós-parto (DGS,



2008). O ensino sobre a contraceção, deve ser dado no período pré-natal, mas parece relevante para a mulher que se discuta o assunto no puerpério também.

2.3.4 Preocupações específicas das puérperas com a sua família.

Não se identifica nesta secção preocupações relevantes, com classificação de muita preocupação, pelo que se foca nas preocupações significativas na categoria preocupação moderada. Aí, destaca-se a preocupação com as finanças familiares.

As questões socioeconómicas, são alvo de atenção na bibliografia. É identificado que quando há dificuldades deste tipo, pode haver restrições ao acesso a recursos, pode afetar a capacidade de assumir o papel de pais de forma equilibrada (Lowdermilk, et al, 2012). Por experiência, os pais sabem que o primeiro filho acarreta custos extraordinários. Tem que se preparar o espaço físico do RN, além de todas as alterações, para a sua acomodação. Se se visualizar o futuro, maior preocupação se adiciona, pois, a responsabilidade financeira com um filho pode ir para além de duas décadas. Normalmente, o filho ou filhos seguintes poderão beneficiar de grande parte do esforço económico feito inicialmente, e beneficiam especialmente da experiência adquirida com o primeiro filho.

Releva o facto, de a maior parte das puérperas estarem a passar pela experiência de serem mães pela primeira vez. Torna esta preocupação significativa, exprimindo-se na família, conforme se constata na figura 11.

A sua família		Sem Preocupação	Pouca Preocupação	Preocupação Moderada	Muita Preocupação
36: Gerir as necessidades do lar		25,3	31,1	35,8	7,9
37: Mudança dos hábitos familiares		26,7	31,6	33,2	8,6
38: Limitar o número de visitas		23,5	22,5	36,4	17,6
39: Finanças		16,4	30,2	37,6	15,9
40: Ciúmes do bebé por parte do irmão mais velho	NA=5,6	15,7	15,7	33,7	29,2
41: Tempo que se tem para passar com as outras crianças	NA=5,6	16,9	12,4	36,0	29,2

Figura 11. Preocupações com a Família



Do ponto de vista das mães com outros filhos, não sendo a maioria, ressalva-se a preocupação com os ciúmes dos irmãos mais velhos e o tempo para passar com as outras crianças. Estas duas preocupações, são relevantes, apesar de se esperar uma maior preparação emocional e ajuste para o segundo filho. O sucesso na adaptação dos filhos ao novo RN depende da preparação prévia com a inclusão do filho(s) ou filhos mais velhos no processo da gravidez e se possível parto e puerpério, de forma adaptada à sua idade (Simkin, et al, 2016). Caso tal não tenha acontecido, cabe ao EESMO/Enfermeiro identificar essa preocupação e abordar formas de detetar e discutir esse problema, ensinando os pais a ajudarem os irmãos mais velhos a ajustarem-se ao RN, alertando para as alterações de comportamento e hábitos dos irmãos mais velhos, incluindo a necessidade de identificar sentimentos e reações negativas, e ajudar com formas de ajuste positivas.

2.3.5 Preocupações específicas das puérperas com a comunidade.

A literatura destaca a importância da família e da sociedade como elementos de suporte emocional para a puérpera (Soifer, 1984), esta secção procura saber a perceção da puérpera da importância que alguns aspetos da comunidade têm para si. Embora, a puérpera esteja numa fase de ajuste, o facto é que em breve poderá ser confrontada com a necessidade de deixar o seu bebé ao cuidado de outros, independentemente do período de licença de maternidade. Encontrar uma creche ou entregar o bebé a alguém para cuidar e ensinar é um aspecto muito importante que tem um custo emocional e financeiro, (Jana & Shu, 2005). As outras questões importantes, são a continuação de cuidados, com o seguimento médico, pelo pediatra ou médico de família (DGS, 2012), o que implica a escolha de quem vai seguir o bebé. Tudo isto e mais, se traduz nos recursos da comunidade.

No estudo em causa, as mães revelaram que a sua principal preocupação se prende com o acesso a creches e classes para parentalidade (figura 12). Esta, é a secção em que os valores sem preocupação são mais elevados.

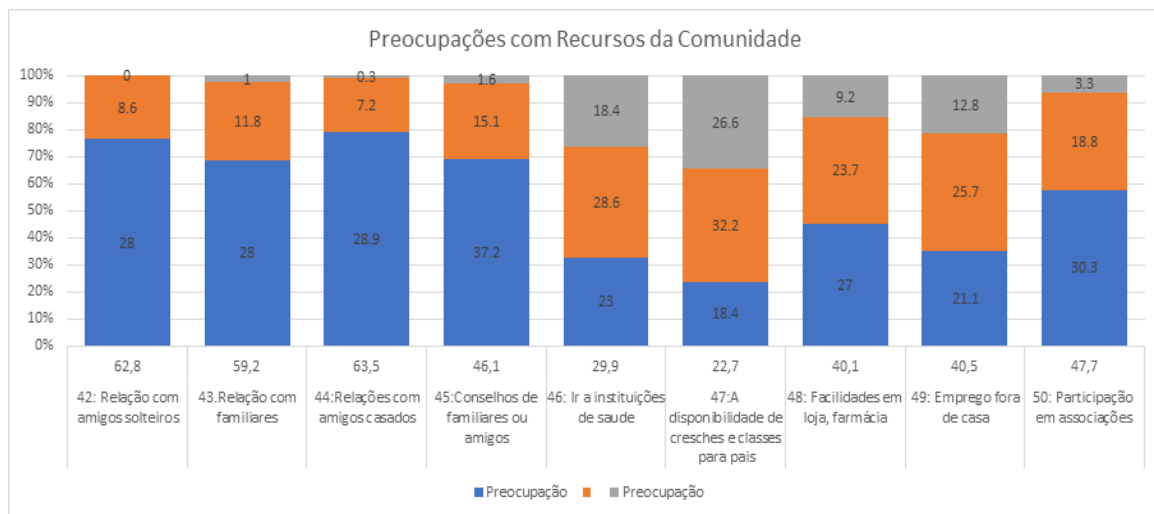


Figura 12. Preocupações com os recursos da Comunidade

2.3.6 Preocupações específicas das puérperas sobre a estadia na maternidade.

Com este tópico pretende-se identificar qual a opinião das puérperas em relação ao tempo de internamento.

O tempo de internamento no hospital, foi classificado como “adequado” (n=157; 82,6%) para a maioria das participantes. A maioria das participantes, (n=106; 55,8%) entendeu como adequado para o seu caso, o tempo de internamento de 48h após o bebé nascer.

A maioria das puérperas, (n=140; 73,7%) consideraria adequado, se a maternidade do hospital tivesse um serviço com internamento de 24h para o parto e posterior visita a casa pela enfermeira até às 48 horas após a alta. Se a maternidade do hospital tivesse esse serviço, a maioria das participantes (n=145; 76,3%), utilizaria o mesmo.

Os serviços de saúde têm feito um esforço de reduzir os custos de saúde, sendo uma das áreas que contribui para tal corte de custos a diminuição do tempo de internamento, por diminuir os recursos utilizados por paciente. A perspetiva das puérperas, parece espelhar o que a bibliografia identifica como a maior necessidade de sofrer menos intervenções, menos riscos de infeção hospitalar e o regresso mais cedo ao aconchego do lar, o seu ambiente normal, (Lowdermilk, et al, 2012).

Há também a referir as desvantagens da alta precoce que passam pelos riscos de eventuais infeções do RN, falta de identificação de eventuais sinais e sintomas de doença fruto da



desconhecimento e assistência. Do ponto de vista da poupança de custos também há autores que contradizem esse facto como mais à frente se tratará.

Do ponto de vista do plano de cuidados este é centrado na puérpera e no RN. O envolvimento da mãe na decisão de ter alta mais cedo é para Nice determinante bem como a determinação de que tipo de apoio a mãe poderá contar em casa (NICE, 2006).

2.3.7 Preocupações específicas dos Enfermeiros com as puérperas dos serviços de Obstetrícia do CHA

Segundo Brown (2002), as parteiras durante as aulas de preparação para o parto notam que os casais fazem poucas perguntas acerca do período pós-natal (Brown & Struck, 2002). A bibliografia refere também, que há muita necessidade de conhecimento e informação acerca de questões gerais de saúde e comportamento do RN, dos cuidados a prestar ao RN e questões relativas às relações familiares (Conde & Figueiredo, 2007). Para que as dificuldades da maternidade sejam minimizadas, é fundamental oferecer-lhes recursos de conhecimento, que levem à responsabilidade, segurança, afeto e que sirvam de apoio no período de ajuste à maternidade.

Torna-se, pois importante auscultar o que os enfermeiros pensam acerca dos aspetos pós-parto. Quais os aspetos mais prementes, que os enfermeiros consideram preocupantes em relação às puérperas e ao RN.

O estudo revelou que as três principais preocupações dos Enfermeiros em relação às puérperas prende-se com o cuidado com as mamas, seguida do ingurgitamento mamário e da episiotomia (figura 13).

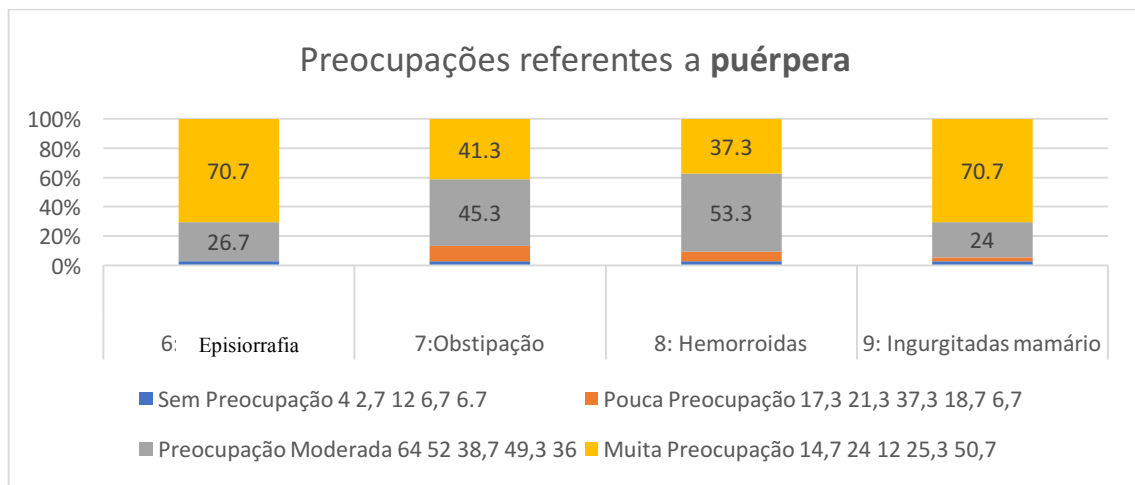


Figura 13. Preocupações dos enfermeiros com as puérperas

Ingurgitamento mamário

Depois do parto o colostro aparece, as mamas tornam-se gradualmente mais cheias e mais pesadas o que sinaliza a passagem do colostro a leite, isso acontece entre as 72 e às 96 horas após o parto. As mamas podem ficar quentes, firmes e sensíveis, à medida que as glândulas mamárias e os dutos lactíferos se enchem de leite, os tecidos mamários podem criar nódulos. Algumas mulheres têm congestão mamária, essa condição é momentânea e normalmente dura 24 a 48 horas. Normalmente a amamentação frequente e outros cuidados adequados das mamas resolvem o problema. Há circunstâncias em que se desenvolvem complicações como por exemplo o aparecimento de mastites. (Lowdermilk, et al, 2012). A chave para o sucesso e prevenção do ingurgitamento mamário passa por um ensino adequado.

Episiotomia

O períneo é uma zona anatómica que é frequentemente negligenciada. Passando a ter maior foco no momento do parto. No que respeita à região perineal, tem muita importância e relevância para o parto e depois do parto. (Hill, 2017). A Episiotomia ocorre durante o parto vaginal, consiste num corte cirúrgico no períneo, com o objetivo de ampliar a abertura vaginal para facilitar a expulsão do RN.

Como já foi referido em outras partes deste relatório, o ensino é uma das partes fundamentais do pós-parto, ensinar a puérpera a cuidar da episiorrafia, lavando-se com água morna, mantendo a zona seca e a mudando frequentemente de penso, ajudá-la a



manter e promover uma boa cicatrização da episiorrafia, o que é fundamental para o bem-estar e saúde da puérpera. O ensino inclui o reconhecimento de sinais de infeção como o eritema, edema, a dor, e a libertação de pus e quando é necessário recorrer ao médico ou equipa médica (Webber, 2012). Ver manual para a Alta (Apêndice L).

Obstipação

É normal a puérpera não evacuar por uns dois dias após o parto. Todas as mulheres sentem-se um pouco ansiosas acerca da sua primeira evacuação pós-parto. A solução passa por ingestão de líquidos, comida adequada e movimento (Hill, 2017). A mulher pode evitar evacuar por dor e desconforto relacionado com a episiorrafia, músculos e estrutura perineal envolvida no parto, possível presença de hemorroidas, efeito hormonal pós-parto, aumentam o risco de obstipação. O que acarreta adicional preocupação para a mãe que tenta recuperar do pós-parto. Para além do desconforto da mãe, há impacto no bem-estar do bebê que necessita nesta altura de muita atenção da sua mãe. Não surpreende por isso que esta seja uma das preocupações primordiais dos enfermeiros. Uma vez mais o ensino tem um papel relevante no bem-estar pós-parto da mulher e RN (Turawa, Musikiwa & Rohwer, 2014).

Hemorroidas

Hemorroidas são caracterizadas por uma dolorosa inflamação numa veia do reto. Depois do parto, em especial parto vaginal, muitas mulheres desenvolvem hemorroidas. Os sintomas consistem em: dor, comichão retal, edema na área do ânus (Simkin, et al, 2016). Todos estes pontos, são tratados no manual para a alta (Apêndice L).

2.3.8 Preocupações específicas dos Enfermeiros com o RN

As principais preocupações dos Enfermeiros com os RN são a Segurança (Evitar acidentes domésticos com o RN), reconhecer quando o RN está doente e alimentação do RN (quantidade e nº de vezes) (figura 14).

A falta de orientação pré-natal pode levar a uma série de maus resultados. O enfermeiro tem por isso um papel de grande impacto no ensino e preparação da mãe, quer seja no período pré-natal durante a consulta de enfermagem e no puerpério, o que contribui para



a promoção da autoconfiança nas mães e melhora dos cuidados ao RN (Lowdermilk, et al, 2012).

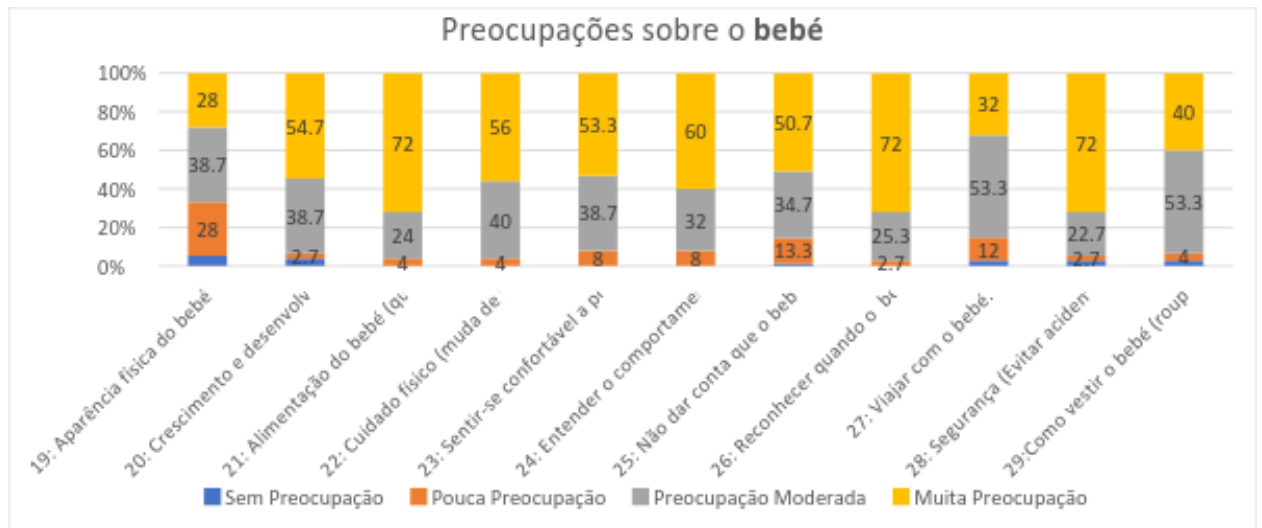


Figura 14. Preocupações dos Enfermeiros relativamente ao RN

Alimentação

As primeiras horas pós-parto são fundamentais para o estabelecimento de relação saudável mãe/ filho. Durante este período, o contacto pele a pele é promovido, e a primeira mamada é promovida. Os benefícios da amamentação materna, devem ter sido neste ponto bem explicados e as vantagens do colostro pela sua riqueza proteica, e pelas defesas imunitárias que oferece são devidamente promovidos. Estas questões são respondidas e conselhos perante as dificuldades de amamentação são dados nesta fase, com o objetivo de promover o maior conforto possível à mãe e ajudar o RN a ser bem-sucedido nas primeiras mamadas. Não se ignora, algum desconforto que as primeiras mamadas possam causar, mas a informação e apoio devem servir de incentivo para persistir, dado que o desconforto é passageiro (NICE, 2006).

Segurança

Durante o período pré-natal e puerpério é crucial discutir os assuntos relacionados com a segurança com a mãe e o companheiro. O correto uso de equipamento de segurança como: a cadeirinha de bebé é abordada. Outras questões importantes como: a morte súbita do



bebé e as suas causas mais predominantes como o facto do RN dormir com os pais (Simkin, et al, 2016).

Reconhecer quando o RN está doente

Em cada contato, deve-se educar a mãe e família acerca dos sinais e sintomas que o RN pode manifestar e que podem constituir sinal de que o RN está doente ou a precisar de atenção médica. Nesta fase em especial, deve-se deixar a mãe expressar as suas dúvidas e questões. A cada oportunidade, e contacto é avaliada a relação mãe/RN e provida educação de acordo com as necessidades encontradas. Neste momento, ajuda-se a mãe a prestar atenção a alterações de comportamento, alterações físicas e alterações no hábito alimentar (NICE, 2006). Os pais são os primeiros e os melhores identificadores de que algo não está bem com o seu bebé, devem por isso ser incentivados a procurar ajuda médica se sentirem que algo não está bem (Lowdermilk, et al, 2012).

2.3.9 Preocupações específicas dos Enfermeiros com o companheiro da puérpera.

As principais preocupações com o companheiro são o planeamento familiar (método de contraceção), a relação da puérpera com o pai do bebé e o companheiro ser um bom pai (figura 15).

Este assunto deve ser discutido com a mulher e o parceiro nas primeiras 72 h, porque muitos casais retornam à atividade sexual antes do retorno para a consulta pós-parto tradicional, às 6 semanas depois do parto. Por isso, discutir a atividade sexual, com a mulher e o parceiro, e fazer o planeamento familiar com o casal torna-se extremamente importante. Esta discussão deve incluir as opções contraceptivas para que o casal possa tomar decisões informadas a respeito do controlo da fertilidade e do retorno à atividade sexual. Aguardar para ter essa discussão na consulta pós-parto pode ser tardio pois muitas mulheres que não amamentam podem ter a ovulação no primeiro mês após o parto, por outro lado a amamentação não é um método fiável para a contraceção (Lowdermilk, et al, 2012). A fundação de um verdadeiro planeamento familiar é a educação, para que o casal faça escolhas informadas (Lim, 2001). O casal deve dedicar tempo para alimentar a sua relação. O RN instintivamente capta toda a atenção. Mas para o benefício do próprio RN,



o casal não pode negligenciar o seu relacionamento, pois para o bem-estar do RN é importante que os seus pais mantenham uma relação amorosa saudável. É também importante frisar que a puérpera deve ser ensinada que não deve iniciar relações sexuais a menos que assim o deseje, não deve iniciar relações sexuais antes de parar de sangrar, por haver maior risco de infeção cérvico-uterina, nem antes de que a episiotomia cicatrize, e nunca sem cuidados contraceptivos (Brown & Struck, 2002). Ao considerar o método contraceptivo, o casal precisa de ser informado que a utilização de contraceptivos hormonais durante a amamentação pode ter efeitos na produção de leite materno podendo produzir menos. O casal precisa de considerar o risco e benefício de uma nova gravidez nesta fase (DGS, 2008).

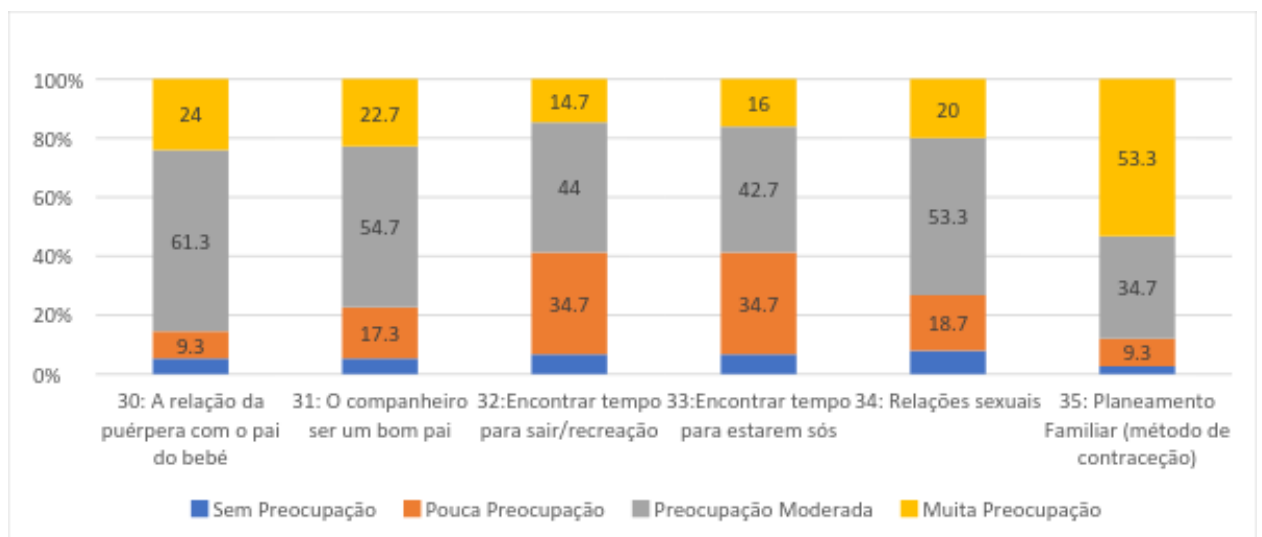


Figura 15 Preocupações dos Enfermeiros face ao Companheiro da Puérpera

2.3.10 Preocupações específicas dos Enfermeiros com a família da puérpera.

As principais preocupações com a família são o lidar com o número de visitas ao bebé e mãe, ciúmes do irmão relativamente ao bebé e tempo que tem para os outros filhos (figura 16).

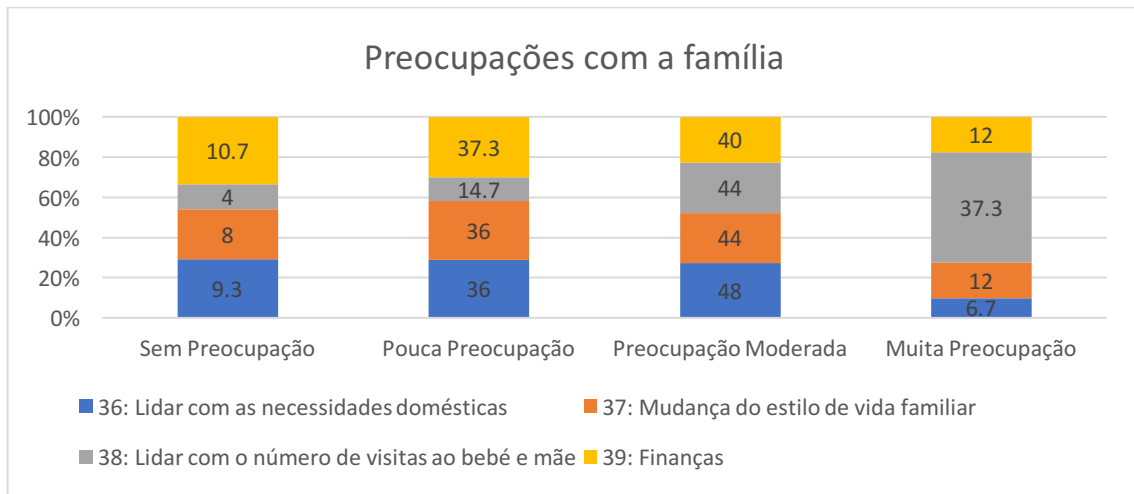


Figura 16. Preocupações dos Enfermeiros com a Família da Puérpera

É do conhecimento comum que muitas vezes a gestão do número de familiares a visitar a mãe e RN é por vezes excessivo e contraproducente. A mãe deve ter uma ou duas pessoas designadas para ajudar a cuidar do RN enquanto a mãe recupera e ao mesmo tempo que se respeita o tempo de repouso e adaptação do RN. A puérpera pode precisar de ajuda para estabelecer os limites de número e tempos de visita. Pelo que os enfermeiros podem ser uma ajuda na gestão deste importante fator. O pós-parto deve ser um tempo para que mãe e filho recuperem, estabeleçam necessários laços e vínculos e para que a família usufrua desse momento tão importante. Se tal for explicado, a família alargada e amigos entendem e cooperam. A mãe pode beneficiar de ajuda no processo de amamentação, contacto pele a pele para estabelecer vínculo mãe filho, neste especto e outros pertinentes, o enfermeiro é instrumental na ajuda e ensino à mãe. As visitas devem ser geridas para respeitar o descanso e o tempo de vinculação mãe filho, e se possível contribuírem para esses objetivos (Lim, 2001).

Irmão

A preocupação com o irmão(s) do RN é relevante (figura 17).

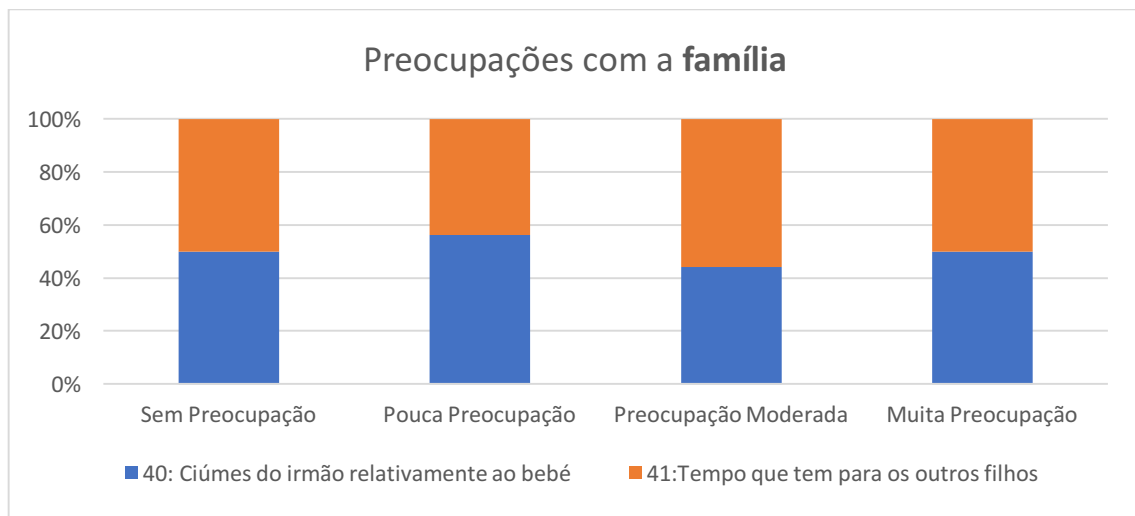


Figura 17. Preocupações dos Enfermeiros com a Família da Puérpera(multípara)

A preparação para o parto inclui a família e os irmãos mais velhos. O anúncio da gravidez, de forma adaptada à idade e capacidade de entendimento dos irmãos mais novos é um momento importante que levará a uma série de ações preparatórias até ao nascimento para que o irmão ou irmãos mais velhos sejam integrados na receção do novo irmão. A chegada do RN a casa, vai mudar a vida dos outros filhos, as crianças necessitam de um tempo de ajuste à mudança e direção no desenvolvimento de atitude positiva em relação ao novo irmão (Simkin, et al, 2016).

2.3.11 Preocupações específicas dos Enfermeiros sobre a comunidade da puérpera.

As principais preocupações com a comunidade é que tenham acesso a cuidados no Centro de Saúde ou consultório, conselhos dados por familiares ou amigos, e a disponibilidade de recursos como creches, amas ou cursos/informação para pais (figura 18)

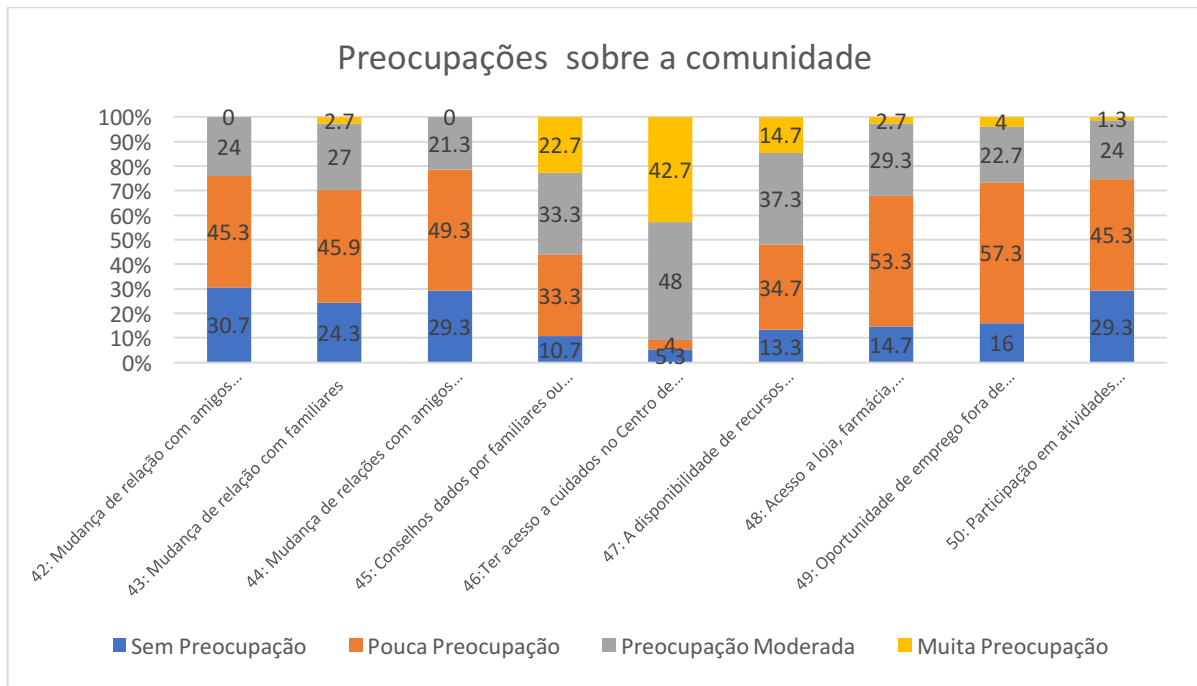


Figura 18. Preocupações dos Enfermeiros sobre a Comunidade

O apoio comunitário, em especial os recursos de saúde comunitário, no nosso sistema centrado no centro de saúde, torna-se um forte componente no sucesso da cabal integração da mãe e filho no seu meio e na sociedade. A equipa de saúde deve estar particularmente atenta à necessidade de acompanhar a mãe do ponto de vista emocional no primeiro ano pós-parto devido ao risco de depressão pós-parto para encaminhar devidamente os casos que podem interferir com o desenvolvimento da criança (DGS, 2012). A atribuição de um médico que acompanhe o RN é agora automática através do projeto Nascer Utente, que são geridas pelo bloco de partos onde o RN nasceu. Este processo é regulado pelo Despacho n.º 10440/2016.

A família pode optar por um pediatra fora do sistema de saúde, pelo que tal opção deve ser criteriosa baseada na necessidade da família (Simkin, et al, 2016), na verdade a escolha não pode ser considerada certa ou errada, pois deve ser aquela que melhor serve a estrutura da família (Brown & Struck, 2002).

Em Portugal, no fim da licença de maternidade, na sua generalidade a mãe tem que retornar ao trabalho. O que levanta a questão: de onde fica o RN durante o horário de trabalho



da mãe? A creche a ama, os avós ou uma combinação dos três são as possibilidades. A escolha, é da responsabilidade dos pais, no entanto a equipa de saúde pode dar alguns conselhos gerais como os aspetos da segurança, da higiene e da formação dos profissionais. A informação da equipa de saúde tem como objetivo a promoção da saúde e do bem-estar da mãe e do RN (Sink, 2009).

2.3.12 Preocupações específicas dos Enfermeiros sobre a estadia das puérperas na maternidade.

Cerca de 92% dos Enfermeiros acham que o tempo de internamento de (48h) é adequado. Uma terça parte dos enfermeiros advoga o internamento até às 24 horas e 90% acham que para esses casos é necessário acompanhamento de enfermagem em visita domiciliária.

1.Qual a sua opinião, sobre o tempo habitual (48h) de internamento no serviço de puerpério			2.Qual a sua opinião sobre o tempo adequado para a alta num parto Eutócico sem complicações?		
	Frequência	Percentagem		Frequência	Percentagem
Pouco tempo	4	5,3	24h	15	20,0
Tempo adequado	69	92,0	48h	55	73,3
Demasiado Tempo	2	2,7	72h	5	6,7
Total	75	100,0	Total	75	100,0

Figura 19. Opinião dos Enfermeiros sobre a Alta Precoce Pós-parto

Aproximadamente 76% dos Enfermeiros, acredita que seria adequado que a maternidade do hospital tivesse um serviço com internamento de 24h no pós-parto e realização de primeira visita a casa pela enfermeira até às 48h pós-parto (figura 20). Se tal serviço existisse, 57.3 % dos enfermeiros trabalharia nesse serviço.



	Frequência	Percentagem
Sim	57	76,0
Não	18	24,0
Total	75	100,0

Figura 20. Adequação da existência de serviço de internamento de 24h e alta precoce.

A maioria dos profissionais entende que seria necessário um acompanhamento após a alta às 24h, através de visita domiciliaria (figura 21).

	Frequência	Percentagem
Sim	68	90,7
Não	7	9,3
Total	75	100,0

Figura 21. Acompanhamento no domicílio após alta às 24h

A estadia abreviada das puérperas na maternidade não é livre de polémica ou de dúvidas. Os profissionais preocupam-se com a alta precoce devido essencialmente aos riscos para o RN de icterícia, dificuldades de alimentação, infeções ou problemas respiratórios e cardíacos não reconhecidos nas primeiras 24 horas, para além disso as puérperas podem não ter tempo de aprender a cuidar corretamente do RN e amamentação pode não estar ainda bem instituída (Lowdermilk, et al, 2012).

Estas preocupações são válidas e precisam de ser mitigadas pelo estabelecimento de processos que verifiquem que os RN e mães têm alta apenas depois de verificadas que estas e outras condições estão estabelecidas e medidas de acompanhamento sejam tomadas. O acompanhamento dentro das primeiras 72 horas pode reduzir significativamente as readmissões neonatais e a depressão pós-parto (Goulet, D'Amour & Pineault, 2007).

2.3.13 Conceito de Enfermeiro Gestor de Caso

Os enfermeiros entendem que o Gestor de Caso é um elemento da equipa de enfermagem, com competências técnicas e relacionais, que lidera o processo de tomada de decisão, gere os cuidados para evitar a fragmentação dos mesmos e proporciona um serviço direcionado e coerente. Os enfermeiros (93.3%) acham que tendo em conta as funções do



Enfermeiro Gestor de Casos, no contexto da alta precoce no puerpério, este deve ser um EESMO.

A maioria (56%) dos enfermeiros acredita que a visita domiciliária seria melhor executada pelo EESMO do Centro de saúde. O gestor de caso é quem confirma que os critérios de alta estão verificados, certifica-se da acessibilidade à puérpera, faz o contacto telefónico à puérpera nas primeiras 48h após alta, e faz a correlação entre o Hospital e o Centro de Saúde da área da residência.

Este elemento da equipa de saúde serve de ponto de correlação e de coordenação para que o RN e puérpera continuem a progredir em segurança e que a continuação dos cuidados seja estabelecida. A continuação de cuidados, entre hospital e centro de saúde é condição necessária para o bem-estar da puérpera e RN e sucesso da prestação de cuidados. Implica: efetiva e boa comunicação para que todos conheçam e atendam da melhor forma as necessidades da puérpera e do RN (Lowdermilk, et al, 2012).

Este assunto, ganha ainda maior importância no caso das primigestas, cujas necessidades ainda são mais profundas pois o grau de incerteza é maior. A necessidade de orientação e de verificação de que os recursos de apoio estão presentes é ainda mais significativo nas primigestas, que por sinal são a maioria neste estudo. Estas necessitam de apoio, e acolhimento para melhor ajuste à maternidade. Para estas, ainda é mais relevante o cuidado na transição e a passagem de testemunho para a equipa do Centro de Saúde, para que não haja vazios de cuidado. Ao estabelecer os diagnósticos de enfermagem o enfermeiro planeia as medidas de enfermagem que precisam de ser tomadas, envolve a família no plano, e garante que a correta comunicação é passada à equipa do centro de saúde. Todos estes aspetos têm como objetivo a promoção da independência e autossuficiência da mãe no cuidado do seu filho e de si própria (Lowdermilk, et al, 2012).

2.4 ESTUDO SOBRE PROGRAMA DE INTERVENÇÃO COM A POPULAÇÃO-ALVO

Nos países onde a alta precoce é praticada, o sistema de saúde proporciona programas anteriores ao parto (Forster, et al, 2014). Nesses programas, existe uma visão fisiológica do parto. Os conteúdos são dirigidos ao casal, abraçam temas tais como a amamentação,



e o conhecimento de recursos. A alta precoce, com apoio domiciliário realizado por especialista em saúde materna (e.g. midwife) é uma experiência segura e apreciada por casais na Suécia, como documentam os estudos (Darj & Stålnacke, 2000).

As práticas de alta precoce, têm associado alguns condicionamentos ou critérios de alta (Apêndice K). À alta precoce segue-se um programa que exige visita puerperal e telefonema até às 48h pós-parto e posterior visita a casa ao 3º, 5º e 10º dia pós-parto (Brown et al., 2002). Podendo considerar-se a alta precoce segura.

Em Portugal, a alta às 48 horas tendo sido legislada há mais de duas décadas atrás encontra-se dentro dos parâmetros de alta precoce.

Alta precoce no parto vaginal sem complicações faz parte de uma das 15 propostas para melhorar o serviço nacional de saúde (OE, 2013). Alguns critérios de elegibilidade são necessários para a alta precoce (Apêndices K, M, N, O). É necessário criar protocolos que estruturarem a alta precoce, determinem o acompanhamento das mães via telefónica e em visitas domiciliárias. Um outro aspeto útil será a criação de um enfermeiro gestor de caso falado no ponto 2.3.13, que certifica o seguimento de protocolos e que pode acionar medidas de apoio para garantir o sucesso, e a segurança da mãe e recém-nascido.

Este programa pretende ser um programa de responsabilidade, por escolha da paciente de acordo com os prestadores de cuidados.

Trata-se da transferência dos cuidados pós-alta garantindo à díade/tríade e família a continuidade dos cuidados mesmo depois de deixar os cuidados hospitalares. Para que isto ocorra é necessário o envolvimento dos respetivos centros de saúde das áreas de residência das puérperas de forma a que os cuidados sejam prestados com sucesso.

O objetivo será ter um ensino mais personalizado mantendo a continuidade dos cuidados necessários de forma a evitar a re-hospitalização e promover a satisfação da puérpera assim como diminuir os custos. Desta forma o objetivo do enfermeiro consiste em dotar a mulher de conhecimentos e capacidades promotoras de independência no autocuidado e na prevenção de complicações puerperais e do RN durante este espaço de tempo (OE, Parecer nº23/2011). Para além da visita domiciliar ou em alguns casos em substituição a esta faz-se o acompanhamento telefónico pós-parto para avaliação, identificação de complicações e encaminhamento para outros níveis de cuidado atempadamente para resolver



os problemas detetados. As avaliações telefônicas são usadas muitas vezes como acompanhamento ou complemento às visitas domiciliares pós-parto (Lowdermilk, et al, 2012). Como foi percebido pelo estudo feito, os enfermeiros quando questionados sobre qual o enfermeiro que no contexto de alta precoce consideravam que fosse mais adequado fazer o serviço domiciliário a maioria achou que o EESMO do Centro de Saúde deveria fazê-lo (figura 22).

	Frequência	Percentagem
EESMO-Hospital	32	42,7
EESMO-Centro Saúde	42	56,0
Enf.º Geral-Hospital	1	1,3
Total	75	100,0

Figura 22. Profissional que deve realizar a visita domiciliária

Seria adequado referir o parecer da OE referente a este aspeto (OE, 2013). Com a progressão dos cuidados de saúde e obstétricos, com o crescente recurso à alta precoce, a visita domiciliária torna-se mais relevante. De acordo com o parecer do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (OE, parecer nº 12/2011) a puérpera e o RN têm que ser acompanhados de acordo com as necessidades identificadas, pelo EESMO assim como pelo Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP).

A visita domiciliária de enfermagem, inserida na alta precoce tem como objetivo auxiliar a mãe no período de puerpério, que se caracteriza por um momento de vulnerabilidade para a mãe e recém-nascido e que requer ajuste psicológico, bio fisiológico e familiar. (Camarneiro, 2007)

As alterações do balanço hormonal, a fadiga, o desconforto perineal, a potencial falta de experiência de cuidar do recém-nascido são fatores que podem ser mitigados com a visita domiciliária de enfermagem por se tirarem vantagens de a mãe estar inserida no seu meio de apoio de eleição.

As visitas domiciliárias são o meio de proporcionar esclarecimento, identificar problemas. Contribui para uma melhor adequação dos cuidados, dando à puérpera e ao casal a oportunidade de expressar-se de forma mais direcionada em ambiente familiar. A visita



domiciliária permite dar reforços positivos sobre as capacidades de desenvolvimento das habilidades de cuidar do filho, aumentando a autoconfiança e a autoestima.

Esses fatos aliados com todas necessidades da mãe e do RN justificam por completo a visita domiciliária (VD). Conforme descrito por Loveland a VD necessita de um planeamento que contribua para atingir dos objetivos da VD de forma eficaz (Loveland, 1999). A estrutura defendida por Loveland inclui cinco fases. Uma fase I de iniciação, em que se define o objetivo da visita domiciliária, se clarifica a fonte de encaminhamento da visita e se partilha informação com a família sobre o motivo e objetivo da VD. Na fase II ou fase de pré-visita, em que se inicia o contacto com a família, se valida com a família a vontade de ser visitada no domicílio, se marca a VD, e se revê os dados de encaminhamento e os registos familiares. Na fase III ou fase no domicílio, faz-se a apresentação e identificação do profissional, interação social para estabelecer aproximação, estabelecimento de relação enfermeiro-cliente e a implementação do processo de enfermagem. A fase IV ou fase de término, onde se procede à recapitulação da visita com a família, e ao planeamento de futuras visitas. A fase V, ou fase de pós-visita é a última fase em que se faz o registo da visita e o plano para a visita seguinte.

Há desvantagens e obstáculos á VD referenciados na bibliografia. Segundo Valente & Teixeira (2009), que são a indisponibilidade dos indivíduos e família, que podem impossibilitar ou dificultar a sua realização; gasto de tempo na deslocação e na visita, custos de pessoal e de deslocação e o risco de a família embelezar a situação para a visita, o que não faria caso não soubesse da sua ocorrência. As vantagens, porém, são relevantes, o ensino personalizado, a melhor inserção no seio familiar e ambiente familiar, a ligação entre a equipa de saúde e a família.

2.5 Recrutamento da População-Alvo

O recrutamento da população alvo foi iniciado após a autorização concedida pelo conselho de administração (Apêndice C) do referido centro hospitalar. O pedido foi requerido em Novembro de 2016 quer ao conselho de administração quer à comissão de ética (Apêndice B), ambos foram deferidos em Março de 2017. Como referido na primeira



página do questionário todos os participantes assinaram o consentimento informado onde foi garantido confidencialidade (Apêndice E).

Os questionários foram aplicados entre Março e Junho de 2017.

O recrutamento englobou dois grupos alvos (enfermeiros e puérperas) de dois hospitais diferente (Faro e Portimão).

O recrutamento foi feito de forma informal falando com os enfermeiros dos serviços (Bloco de Parto e Obstetrícia), onde foram realizados os estágios, em Portimão efetuou-se uma reunião com as enfermeiras chefes dos dois serviços e pediu-se permissão para a aplicação dos questionários, e pediu-se a colaboração dos colegas para a distribuição dos questionários no serviço de obstetrícia às puérperas.

Em Faro os questionários foram entregues e recolhidos pessoalmente às puérperas e enfermeiros. 304 puérperas e 75 enfermeiros responderam aos questionários.



3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

O objetivo é o fim que se deseja atingir com este trabalho. Partindo do problema formulado, desenhou-se um plano, para recolher informações e validar pressupostos que permitem trazer clareza ao problema inicial. Os objetivos trazem clareza ao que se pretende e são acompanhados por balizas que permitem avaliar o progresso e concretização dos mesmos (Grenny, et al, 2013).

Este projeto tem contornos de inovação por abordar um tema (alta precoce nas primeiras 24 horas) que ainda não está muito desenvolvido e implementado. Na teoria é mencionado e equacionado nomeadamente como medida de melhoramento na ordem dos enfermeiros. É muito embora, com alguns ajustes, exequível e até visto de forma positiva por enfermeiros e puérperas. A sua execução poderá trazer cuidados mais personalizados poderá também despoletar outros problemas que carecem de maior investigação.

3.1. OBJETIVO DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Objetivos gerais permitem definir a de forma geral a intenção ou perspetiva do pesquisador, apresenta uma visão mais abrangente do tema a ser estudado. Sem objetivos não se pode chegar a parte certa. Em investigação os objetivos ajudam a delimitar e definir o que se deseja atingir com determinada ação. Os objetivos servem de base para se desenvolver o processo de avaliação. (Fortin, 2009) O objetivo deste estudo é criar um modelo de Alta Precoce Pós-parto para a área dos concelhos de Faro e Portimão. Com este objetivo pretende-se fazer uma planificação primária e preliminar do que seria um modelo de Alta precoce pós-parto. Não foi tida em consideração a implementação do projeto no serviço. Para se atingir objetivos gerais há necessidade da se definirem objetivos mais específicos que permitam passo a passo atingir o objetivo geral, no caso deste estudo os objetivos específicos são: desenvolver conhecimentos teórico-práticos sobre alta precoce; descrever as atitudes dos EESMO face a alta precoce; descrever opiniões das puérperas sobre alta precoce; realizar formação sobre Alta Precoce aos EESMO, desenvolver o modelo experimental.



3.1.1. Objetivos a atingir com a população-alvo dos enfermeiros

Para se atingirem os objetivos específicos desenvolveram-se as seguintes tarefas:

- **Descrever as opiniões dos Enfermeiros/ EESMO face a alta precoce.**

- # Foram aplicados questionários

- # Foram tratados (Apêndice F, G) os dados que possibilitaram perceber a opinião dos enfermeiro em relação ao assunto.

- **Realizar Formação sobre Alta Precoce aos Enfermeiro/EESMO.**

- # Foi realizada ação de formação sobre alta precoce e resultados preliminares

- **Desenvolver modelo experimental**

- # Com este estudo pretende-se dar uma ideia de como este modelo poderia ser trabalhado.

- #Criando documentos (Apêndice K, M, N, O e P):

- Critérios de alta
- Checklist do Puerpério (que permite avaliar pontos alvo de ensino)
- Critérios de Acessibilidade
- Checklist para telefonema às 6h a 12h após a alta

Importância de haver um Enfermeiro Gestor de caso (EESMO) coordenação da alta, verificação dos critérios, fazer contacto telefónico (às 48h) e contacto com o centro de saúde da área da residência para seguimento da puérpera e RN.

Foi criado um Manual da alta com base na revisão bibliográfica feita (Apêndice L).

3.1.2. Objetivos a atingir com a população-alvo das puérperas.

- **Descrever as opiniões das puérperas sobre alta precoce.**

- #Foram aplicados questionários as puérperas (Apêndice E)

- # Foram tratados resultados onde pode ser percebido a opinião das mesmas em relação a alta precoce após o parto.



4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

Ao longo da história a ciência de enfermagem tem respondido às mudanças na sociedade. Com os seus profissionais a questionarem e a refletir sobre as questões práticas do seu dia a dia (Lowdermilk, et al, 2012).

A bibliografia revela que a enfermagem tem também evoluído nas questões da qualidade e custos da saúde e tem contribuindo com soluções que permitem reduzir o tempo de internamento hospitalar por meio do aprimoramento da comunicação entre os utentes e demais profissionais envolvidos no cuidado (Benahmed, et al ,2014).

4.1. FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

As intervenções estão intrinsecamente ligadas com os objetivos propostos.

Numa fase inicial do projeto foram pedidas autorizações para a realização do projeto de investigação, seguindo o processo de autorização instituído na organização (Apêndice B). Foi enviado email a pedir permissão para o uso do questionário. Ao qual não obtivemos resposta (Apêndice C).

Procedeu-se à tradução dos questionários de inglês para português utilizando o método traduz-retraduz (Hill & Hill, 2012), método este que é efetuado em 3 passos, usando 3 pessoas.

Foram feitas reuniões com as chefes dos diferentes serviços para explicação do projeto e correlacionar a aplicação de questionários aos enfermeiros e puérperas.

Por o facto de ter sido feito um contacto informal sobre o que era o projeto com os colegas foi feita uma formação sobre o projeto e resultados preliminares no serviço de bloco de partos e obstetrícia no CHA (Faro).

4.2. METODOLOGIAS

Segundo Fortin, a fase metodológica é considerada o esqueleto ou esboço do projeto (Fortin, 2009). No atual projeto, a metodologia não segue apenas a investigação, já que essa é uma vertente do projeto, mas engloba também formação dos pares, desenvolvimento de instrumentos. Em termos práticos e por organização do relatório académico, seguiram-se



os passos inscritos no projeto: a) Fase Preparatória, b) Fase de Investigação, c) Fase de Intervenção e d) Ensaio

Fase Preparatória

Na fase de preparação do projeto fez-se pesquisa literária e documental baseada no tema do projeto e utilizando as bases de dados Scielo, Cochrane Database of Systematic Reviews and library PMC US National Library of medicine National Institutes of Health.

As **palavras-chaves** procuradas nas diferentes fases de pesquisa: “Alta precoce”, “visita domiciliaria”, pós-parto usando o marcador boleano “and”. “Early discharge”, “postpartum” e marcador boleano “and”. “Parto”, “alta do paciente” com marcador boleano “and”. Com **períodos de inclusão e limites** de artigos publicados entre 2000 e 2016, sendo possível aceder ao texto completo.

Dos **estudos encontrados** fez-se uma primeira leitura sintética dos *abstracts* procurando delimitar os assuntos pertinentes ao estudo e depois selecionaram-se os artigos mais relevantes para o trabalho. Acrescentaram-se várias outras consultas adicionais a livros especializados da área da Obstetrícia cujas referências se encontram nas referências bibliográficas.

A projeto foi alvo de vários níveis de **validação hierárquica** dentro dos serviços e acompanhado e discutido com a Professora Orientadora, o que muito contribuiu para o afinamento e direção científica do projeto. Foi apresentado o projeto ao serviço de Obstetrícia e Bloco e promovida discussão do projeto entre os enfermeiros presentes na sessão de apresentação, com recolha de feedback que ajudaram a melhor definir o projeto.

Fase de Investigação

Na fase de investigação, realizou-se o diagnóstico de situação dos dois grupo-alvo

Grupo alvo: Enfermeiros & Puérperas

Procurou-se identificar o pensamento dos Enfermeiros e das Puérperas expresso em níveis de preocupação por meio de um instrumento de opinião.



O instrumento de opinião foi aplicado aos Enfermeiros através da plataforma *Google Forms*, ou em papel é constituído por uma escala de avaliação. O questionário foi entregue aos Enfermeiros dos Serviços de Bloco de Partos e Puerpério dos Serviços de Portimão e Faro.

O questionário às puérperas consistiu de Instrumento de opinião aplicado na data da alta, com recolha de dados por meio de questionário baseado no modelo *Maternal Concerns Questionnaire* (MCQ).

O consentimento informado foi formalizado em texto prévio ao preenchimento do instrumento conforme (Apêndice E). Os dados recolhidos foram tratados através da aplicação IBM-SPSS® versão 22 e podem ser consultados nos (Apêndice F, G).

Fase de Intervenção

Na fase de intervenção, realizou-se a apresentação dos resultados às colegas através de sessão de formação (Apêndice H).

Foi determinado pela direção, que não se passaria nesta fase a qualquer implementação do projeto em parte ou na sua totalidade, mas que se faria o estudo e dar-se-iam sugestões para possível implementação futura.

Fase de Ensaio

Na fase de ensaio produziram-se instrumentos que podem servir de base para futuro desenvolvimento de protocolos (Apêndice K, L, M, N, O, P)

- Instrumento de verificação de acompanhamento Pré-Natal
- Instrumento com critérios inclusivos de alta.
- Critério de acessibilidade
- *Checklist* de conhecimento do puerpério.
- Guia de contacto telefónico.
- Manual de alta.



4.3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS

Tendo em conta as diferentes fases da elaboração de um projeto como, preparação, implementação e avaliação e sendo este um estudo de opinião, passaremos a descrever a fase de preparação do projeto.

Fase Preparatória

- Atividades de pesquisa em base de dados e revisão literária

As pesquisas feitas nas bases de dados e respetiva revisão literária foi essencial para a elucidação e estruturação do projeto, possibilitando uma melhor explanação e acrescentando pertinência ao tema. O esclarecimento de conceito e a análise dos estudos apresentados sobre contribuíram para melhor entendimento do tema e permitiram descrever a alta precoce pós-parto, as vantagens e desvantagens da mesma, a importância do acompanhamento após a alta como fator de sucesso. O que permite melhor preparação para apresentação e discussão sustentada dos dados encontrados.

- Contactos feitos com a hierarquia no sentido de apresentar defender e validar o projeto

Os contactos realizados, permitiram auscultar a disponibilidade institucional para o projeto. À data, numa fase inicial, foi negado a realização do projeto. Tal facto foi deveras desmotivante. Contudo, algum tempo depois, a instituição corrigiu e manifestou disponibilidade para parecer positivo (Apêndice C). Enquanto mestranda ESESJDUE aplicou-se o processo para adquirir permissões e autorizações. Desbravou-se algum caminho para se poder pensar no serviço sobre a questão e fornecer dados que permitirão à direção de enfermagem considerar a sua implementação quando apropriado.

Fase de investigação

***Recolha de dados**

A metodologia usada foi a quantitativa porque permite relacionar os dados com as motivações do grupo em estudo tentando compreender a opinião dos indivíduos de



uma população (Hill & Hill, 2012), por este motivo era de extrema importância o uso desta metodologia na recolha de dados nos grupos alvos onde os questionários foram aplicados. Todos participantes assinaram o consentimento informado mantendo o respeito ético necessário neste tipo de trabalho. Cada participante fez o autopreenchimento do questionário que foi previamente preparado e aprovado para aplicação.

*Análise dos dados do questionário

Usando o programa SPSSStatistics e Excel os dados recolhidos por o google forms, foram transferidos para Excel e posteriormente codificados para serem tratados no programa SPSS desta forma foram obtidos os resultados determinados por a população alvo acima analisados.

Fase de Intervenção

Formação sobre alta precoce aos enfermeiros do Bloco de Partos e apresentação de resultados preliminares.

Fase de Ensaio

Como referido acima este projeto não foi implantando no terreno. No entanto, encontra-se fundamentado como uma mais valia para o processo de nascimento e assistência à puerpera. Foram criados os recursos, os instrumentos, manual. Estão assim facilitadas as vias para, num futuro, caso a instituição o considere, implementar o serviço de assistência domiciliaria no pós-parto.

Em termos de reflexão, considera-se que o facto de não ser funcionária do CHA pode ter trazido estranheza pelo conteúdo temático e assim a não implementação. Na verdade, é comum a ocorrência de resistência, num processo natural de recusa pelo desconhecido. Consideramos, porém, que numa perspectiva espécie-específica de assistência à mulher-mãe, que enfrenta porventura o maior desafio da sua vida, o regresso precoce a casa facilita os papéis parentais e a assistência em casa, através de visita domiciliaria, além de fornecer cuidados, prova alianças beneficiário-cuidador com repercussões para a



saúde da família. Enquanto mestranda ESESJDUE aplicou-se o projeto para aqui são de competências, percebendo-se que apesar dos obstáculos, gerou desenvolvimento.

Critérios de alta- neste documento são definidos parâmetros que possibilitam alta precoce às 24h após o parto (Apêndice K).

Critérios de acessibilidade (Apêndice O).

Manual da Alta - manual dado à puérpera na alta com esclarecimentos do pós-parto (Apêndice L).

Checklist do puerpério com intuito de avaliar conhecimento da puérpera e perceber onde se deverá incidir o ensino (Apêndice M).

A sensibilização das equipas foi feita informalmente, enquanto se falava sobre o projeto, pessoa a pessoa, o que proporcionou diálogo aberto e livre exposição de opiniões o que claramente fez pensar o tema e levou a questões pertinentes acerca do assunto.

Foi efetuada uma sessão de formação com apresentação do projeto e revelação de resultados preliminares do estudo, que deram ideia das opiniões das puérperas e dos enfermeiros (Apêndice H, I).

Fase de Avaliação

***Avaliação da Sessão de Formação**

Foi feito impresso de avaliação da sessão formativa o qual se encontra em anexo assim como os resultados da mesma avaliação (Apêndice H, I). A sessão formativa mediante os resultados atingiu os objetivos pretendidos e a opinião do grupo nos diferentes pontos de avaliação (avaliação global da formação, avaliação de conteúdo programado) foi bastante satisfatória ou extremamente satisfatório (Apêndice H, I).

***Redação do Projeto**

A redação do projeto foi um desafio, e uma oportunidade de crescimento e desenvolvimento académico. Derrapou-se um mês na conclusão do mesmo secundário ao atraso no início da entrega e conseqüente recolha dos dados. No entanto, apesar das dificuldades, é gratificante organizar a informação e partilha-la com o mundo, esperando que se possa contribuir para consideração das necessidades e bem-estar das Puérperas e RN e possível redução de custos no sistema de saúde.



4.4. RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS

Para a elaboração de um projeto há necessariamente mobilização de recursos, nomeadamente materiais e humanos durante o período de tempo de elaboração do mesmo, e na execução e concretização dos objetivos propostos (Fortin, 2009).

Este projeto ocorreu no CHA (Faro e Portimão), tendo sido realizadas as atividades nos dois hospitais de forma a atingir os objetivos. As intervenções necessárias para estes fins necessitaram de recursos materiais e humanos.

Recursos materiais:

Sala de reuniões do departamento de Obstetrícia/Ginecologia do CHA Faro. Papel; impressora canetas; projetor do serviço de obstetrícia; computador, telemóvel (para tirar fotografias da sessão formativa), eletricidade e limpeza.

Recursos humanos: Colaboração da colega da formação em serviço, Chefe do bloco de partos e serviço de Obstetrícia, todas as Enfermeiras e puérperas que participaram voluntariamente nas respostas dos questionários, secretarias de unidade.

4.5. CONTACTOS DESNVOLVIDOS E ENTIDADES

Realizaram-se varias atividades, das quais resumidamente se apresentam elencadas na figura seguinte:



Data	Intervenientes	Tema
08 Março 2016	Enfermeira Chefe do BP Faro	Auscultação, aferição de Temas
18 Maio 2016	Enfermeira Chefe BP Portimão	Auscultação, aferição de Temas
27 de Maio 2016	Enfermeira Supervisora do CHA Portimão	Auscultação, aferição de Temas
28 de Outubro 2016	Enfermeiro Diretor Do CHA	Descrição de custos de internamento diário
16 de Novembro 2016	Presidente do Conselho de Administração do CHA	Entrega de Pedido formal de autorização de realização de projeto
16 de Novembro 2016	Diretor da Comissão de Ética do CHA	Entrega de Pedido formal de autorização de realização de projeto
16 de Novembro de 2016	as Enfermeiras-Chefes do bloco de partos Faro e Portimão	Apresentação do Tema escolhido
13 Dezembro 2016	Enfermeiro Diretor Do CHA	Resposta ao pedido de Custos e negação do Projeto
14 Dezembro 2016	Enfermeiro Diretor Do CHA	Comunicação de lapso na decisão de negação do projeto e direção de procedimentos e entidades decisórias para autorizar o projeto.
7 Março de 2017	Unidade de Investigação do CHA	Deferimento do projeto
3 Julho 2017	Equipa de Enfermagem- Faro	Realização de sessão de formação e resultados preliminares.

Figura 23. Organização das Atividades

4.6. ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL

Todos os gastos estiveram a cargo da mestranda, papel, tinteiros, canetas, fotocópias, deslocamentos para aplicação e recolha de questionários no CHA Portimão.

4.7. CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA

A palavra cronograma vem do grego “*chronos*” que significa tempo e “*grama*” que significa gráfico, no fundo e a construção de um gráfico com planeamento e tempo que correlaciona as diferentes etapas da execução do projeto.

Nem todos os projetos conseguem cumprir o orçamento ou ser concluídos a tempo. A questão tempo foi a que derrapou neste projeto devido a contratempos na sua maioria burocráticos relacionados com as autorizações e despachos na fase inicial do projeto, por estar dependente de agendamento de reuniões nomeadamente do conselho de ética do hospital que apenas reunia uma vez por mês e tinha uma agenda apertada cada vez que



reunia. Além disso havia uma cadeia de autorizações que dependia de despachos de superiores que precisam de ser feitos antes da comissão de ética se pronunciar. Principalmente por esses motivos houve necessidade de se adiar o início da aplicação dos questionários a enfermeiros e puérperas dentro do prazo previsto, levando a uma derrapagem de tempo de quase quatro meses. Não obstante os contratempos os objetivos foram cumpridos.

Cronograma

Fases	Mês	2016		2017										
		Out/No	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	
Fase Preparatória	Desenho do projeto;	x												
	Autorizações	x												
	Pedidos de autorização	x												
	Revisão literatura		X	x	x	x								
Investigação	Construção dos questionários	x												
			X											
	Aplicação dos questionários		X	x	x	x								
	Análise dos dados						x	x	x	x				
Fase de Intervenção	Formação sobre Alta Precoce aos EESMO.							x						
Ensaio	Desenvolver o modelo experimental					x	x	x	x	X				
Fase de avaliação	Redação do projeto								x	x	X	x		
	Entrega do projeto												x	
	Discussão em Provas Publicas													X

Figura 24. Cronograma das Atividades

O adiamento de algumas atividades, deveu-se ao elaborado processo que foi necessário seguir em termos administrativos. Concretamente, as permissões da hierarquia hospitalar. Tal em cascata, levou ao atraso das fases subsequentes.

Um dos aspetos de maior relevo, apesar de cumprida a recolha de dados, foi o efeito no menor tamanho da amostra das mulheres. Quiçá, a mesma influência se observou nos enfermeiros.



5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

A avaliação é uma parte imprescindível no decorrer do projeto, proporcionando a reflexão sobre os objetivos propostos de forma a direcionar e corrigir as intervenções que se desviam do desenho inicial. Por outro lado, é fundamental verificar zelosamente se o foco está mantido no objetivo desenhado (Grenny, et al, 2013).

5.1. AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS

O processo de avaliação foi usado durante todo o projeto, podendo dizer-se que a maioria dos objetivos traçados foram atingidos.

Objetivo 1: desenvolver conhecimentos teórico-práticos sobre a alta precoce

Para atingir estes objetivos, organizou-se um plano de recolha de informação em bases de dados. Assim, através de palavras-chave, identificaram-se os textos. Tal trouxe desenvolvimento uma vez que a matéria foi objeto de estudo. A leitura e apreensão dos conteúdos foi facilitada, dado o domínio da língua inglesa.

Objetivo 2: descrever as opiniões do EESMO quanto à alta precoce

Por meio do instrumento de recolha de opinião ou questionário pode-se analisar as opiniões dos EESMO relativamente ao tema. Confrontar as opiniões individuais muitas vezes manifesta verbalmente de forma superficial, com a análise das respostas ao questionário permitiu constatar que o instrumento permite uma maior reflexão e a análise de um grande número de questionários revela um pensamento ainda mais ponderado que manifesta um pensamento coletivo. Foi interessante identificar as preocupações dos Enfermeiros e escrutinar as mesmas com a prática e teoria revelando congruência e boa formação dos enfermeiros alinhada com a atual informação disponível.

Objetivo 3: descrever as opiniões das puérperas sobre alta precoce

O número de questionários estabelecido como objetivo no início da elaboração do projeto ficou aquém de ser atingido, devido à limitação de tempo. Como foi referido anteriormente, os questionários foram aplicados com cerca de 120 dias de atraso, por outro lado a distância para o segundo local (Portimão) de aplicação



dos questionários não favoreceu tanta presença. Mesmo assim, o número de questionários recolhidos e a qualidade das respostas foi surpreendente. As puérperas, foram muito generosas e disponíveis e envolveram-se nas respostas. Os resultados também se manifestam alinhados com a tendência bibliográfica atual.

Objetivo 4: realizar formação sobre a alta precoce aos EESMO

A formação foi realizada com o caráter formativo acerca da alta precoce e revelaram-se os dados preliminares aos enfermeiros. A apresentação dos resultados preliminares, foi o que causou maior interesse aos presentes. Houve uma sensação que o conhecimento apurado e transmitido como instrumento de melhor compreender as puérperas e enfermeiros com as suas preocupações manifestas de forma organizadas tem o poder de esclarecer e informar sem lugar a contestação. A reação foi interessante no sentido que demonstrou abertura para pensar sobre a possível implementação do projeto com derrube da resistência da duvida e da falta de esclarecimento.

Objetivo 5: desenvolver um modelo experimental

Após ouvir a direção de enfermagem e os enfermeiros detetou-se que a implementação do projeto não era viável. Na impossibilidade de aplicar o projeto no serviço, e ao pensar como o trabalho pode ser implementado no futuro, desenvolveu-se um trabalho de pormenor que exigiu reflexão e a construção de instrumentos, tais checklists, o manual de alta a definição de critérios de alta. Foi igualmente percebido que a realização da visita domiciliária em termos hospitalares não faz sentido, nem é exequível, sendo indicado que a mesma seja efetuada pelos cuidados de saúde primários. Já o telefonema à puérpera e a correlação com o centro de saúde da área de residência parece ter condições para ser integrado na estrutura funcional da logística hospitalar, desenvolveram-se assim instrumentos para facilitar o processo.

Ao refletir sobre o assunto verifica-se a imperiosa necessidade de correlação e diálogo interno na equipa de enfermagem, na equipa multidisciplinar, o envolvimento da puérpera



e família e o centro de saúde. Parece que o sucesso de tudo, reside na qualidade da comunicação e no elevar da verdadeira razão de existir de todos estes profissionais que é o cuidar.

5.2. AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

A implementação do programa não está prevista, nem foi contemplada como um objetivo. Rapidamente ao discutir o assunto como as Enfermeiras Chefes e o Enfermeiro Diretor, foi identificado que o projeto não poderia ser considerado para implementação sem primeiro ser estudado e considerado em face dos recursos disponíveis. Procedeu-se em consequência desta constatação ao desenho do projeto como recolha de opinião, e sugestão de importantes passos e processos para eventual aplicação futura.

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

Conforme referido no ponto anterior, fez-se ajuste inicial no objetivo de aplicar o processo de alta precoce. No decorrer do projeto durante a apresentação dos resultados preliminares verificou-se abertura para falar-se sobre o tema e foi expresso pela enfermeira chefe o desejo que o projeto e o resultado do estudo fosse avaliado e discutido superiormente, embora tivesse consciência que os recursos para aplicar o conceito não estão reunidos.

Em consequência destas e outras interações os documentos criados para critérios de alta, manual do puerpério, e Checklist ficam no trabalho em como sugestão.



6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETEÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

A competência está ligada à sabedoria, tem por base aplicação do conhecimento nas várias dimensões saber teórico, empírico e ser. O conhecimento apenas produz reais resultados se for aplicado para produzir resultados que sejam genuinamente apreciados. Para tal, tem que ser aplicado com eficácia e eficiência. Ter competência é ser capaz de numa dada situação mobilizar o conhecimento tendo por base a experiência pessoal, do bom senso, com respeito pela cultura, e enquadrando-se no rigor científico e tecnológico (OE, 2013).

Desenvolveram-se várias competências com este projeto. Tendo como base as competências gerais do EESMO e no sentido mais restrito de acordo com as competências descritas no regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (OE, 2010). Desenvolveram-se as competências identificadas na figura que se segue, referindo-se ao cuidado da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.



Unidades de competência	CrITÉrios de avaliação
H4.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal	H4.1.1. Informa e orienta sobre recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às necessidades da puérpera e do recém-nascido, promovendo a decisão esclarecida. H4.1.2. Informa e orienta a mulher sobre crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no recém-nascido. H4.1.3. Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contracepção no período pós-parto. H4.1.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno. H4.1.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção e apoio à adaptação pós-parto. H4.1.6. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência do puerpério, potenciando a parentalidade responsável.
H4.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal	H4.2.1. Informa, orienta e apoia a mãe no auto-cuidado e a cuidar do seu filho. H4.2.2. Identifica e monitoriza alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H4.2.3. Identifica e monitoriza o estado de saúde da puérpera e do recém-nascido, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H4.2.4. Identifica complicações pós-parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H4.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher após o parto.
H4.3. Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal	H4.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à puérpera, incluindo conviventes significativos. H4.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de recuperação pós-parto. H4.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas correctivas ao processo de aleitamento materno. H4.3.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-parto. H4.3.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à puérpera com patologia associada e/ou concomitante. H4.3.6. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, em caso de alterações morfológicas e/ou funcionais do recém-nascido. H4.3.7. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de morte fetal/neo-natal. H4.3.8. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-parto. H4.3.9. Cooperar com outros profissionais no tratamento da puérpera com patologia associada e/ou concomitante. H4.3.10. Cooperar com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com problemas de saúde no período neo-natal. H4.3.11. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da puérpera e do recém-nascido durante o transporte.

Figura 25. Competências do Enfermeiro na Visita Domiciliária

Ao desenvolver um seguimento e apoio adequado com a aplicação dos critérios da alta a puérpera e recém-nascido bem delineados, com contacto telefónico, visita domiciliar mediante necessidades da família, desenvolveram-se conhecimento e entendimento que contribui para a competência. Apesar do projeto não ter sido implementado, entende-se ter havido um ganho nas competências através da pesquisa, elaboração dos documentos e



verificações dos pressupostos. Em termos gerais depreende-se de forma clara que o conceito tem pernas para andar e que se existisse essa oferta grande parte das utentes escolheria.

Em referência às competências, de ordem geral adquiridas na realização do relatório são várias a referir.

Começando pela competência relacionada com a pesquisa de Bases de Dados, abrem-se horizontes, debatem-se ideias, confrontam-se opiniões, validam-se conhecimentos, fundamentam-se conceitos, desenvolvem-se capacidades de articulação e de síntese, e o mais importante para se sobreviver no mar gigantesco da informação a capacidade de priorizar e definir com clareza o que se pretende. Conclui-se que sem essas competências não se sobrevive no mundo académico e científico.

Para além dos mencionados, desenvolveram-se algumas capacidades e competências na área da informática com alguma incursão no programa Excel® e SPSS® para trabalho estatístico processamento de dados.

Adquiriram-se competências na área: da comunicação e apresentação e defesa de ideias num espectro de pessoas técnicas, e leigas, em condições e situações de conforto e condições de dor de angústia, ansiedade e de apreensão. Teve que se fazer ouvir em todas essas circunstâncias nos diferentes tons adequados às circunstâncias com o fito de se atingir o objetivo da mensagem quer fosse defender o mérito do projeto junto de colegas menos interessados, a despertar o interesse de uma puérpera exausta para dedicar algum tempo para responder um questionário por amor ao avanço da ciência.

Fica a firme convicção, de que há necessidade de investir nesta área com aposta nos cuidados individualizados e em cuidados com foco na inserção e integração o mais cedo possível na família e comunidade considerando a condição de saúde o interesse, competência e capacidade de recursos da puérpera e RN.



CONCLUSÃO

Os resultados deste trabalho levam a crer que há lugar para a alta precoce até às 24 horas na região do Algarve, para puérperas que tenham tido filho por via vaginal, sem complicações e que desejem regressar ao seio familiar dentro desse período. Julga-se que o processo aqui delineado com as devidas salvaguardas identificadas nos protocolos aqui propostos, sob a coordenação do gestor de caso e a correta e eficiente comunicação multidisciplinar e conexão com o centro de saúde, iria trazer aumento do bem-estar à puérpera e RN, diminuição do risco de infeção hospitalar, mais rápida inserção no meio familiar, maior tranquilidade e qualidade de vida para puérpera, RN e família e maior poupança de custo para o serviço nacional de saúde. Compreende-se que tal não é fácil de implementar, numa fase em que o sistema de saúde luta com falta de recursos humanos. No entanto, julga-se que com pequeno esforço de adaptação, educação, sensibilização e coordenação dentro das equipas multidisciplinares e fazendo a ponte com os centros de saúde se poderá progredir para um modelo que eventualmente até poderia ser estendido a outros sectores dos cuidados de saúde hospitalar.

A realização deste trabalho ajudou a constatar que em Portugal existe alguma direção e entendimento de que a alta precoce às 24 horas para Puérperas e RNs pode ser benéfica, deve ser uma hipótese a considerar, e pode coexistir no sistema de saúde com o sistema existente. Ela tem fundamentação bibliográfica e científica em alguns países, muitos outros estão a iniciar os primeiros passos no desenvolvimento deste tema, como por exemplo o nosso país vizinho. Países que praticam a alta precoce e muito precoce, enfatizam a importância de seguimento dos cuidados, quer seja por via particular ou estatal através de acompanhamento telefónico e visita domiciliária nas horas e dias seguintes à alta. No entanto, encontraram-se na literatura Portuguesa muito pouca informação acerca do assunto, fruto da falta de trabalho de investigação desenvolvido nesta área.

Conclui-se que a coordenação entre os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde primários é imprescindível. Havendo já, alguns centros de saúde que fazem visita domiciliar no pós-natal. O ideal seria que o EESMO que segue a grávida siga depois a puérpera e o seu RN. Acredita-se que o EESMO, na sua condição profissional possa ser responsável e capacitado por vigiar, controlar todos os sinais e sintomas de involução fisiológica, assim



como o responsável para detetar precocemente sinais e sintomas de complicações durante o puerpério. E que o gestor de caso (EESMO) em interligação com a equipa multidisciplinar consegue seguir critérios e protocolos de alta e determinar a mesma nas condições aqui referidas, bem como coordenar a ligação e transferência dos cuidados para o Centro de Saúde para o acompanhamento da díade/família. Sendo este Gestor de Caso, também o elo de ligação para ajudar a resolver potenciais problemas e facilitar a assistência da equipa multidisciplinar hospitalar caso a díade necessite deste nível de cuidado. Julgamos que isto contribuiria em grande medida para a melhor satisfação da puérpera, seu bebé e família.

Os resultados deste estudo, conforme demonstrado neste relatório, são comprovadamente autênticos, porque demonstram congruência com a literatura existente, é correlacionável com dados demográficos sendo exemplo disso a percentagem de puérperas estrangeiras e sua prevalência de nacionalidades que correlaciona nos principais indicadores com os dados do INE e do CHA.

As puérperas e os enfermeiros, na sua maioria apoiam a ideia de alta precoce e dela participariam como utentes e como provedores de cuidados se tal fosse oferecido dentro das condições e parâmetros delineados.

Ficam muitos problemas que precisam de ser melhor estudados para que se possa plenamente implementar este tipo de programas. Identifica-se o problema de comunicação e correlação entre os cuidados hospitalares e cuidados primários que neste momento é precário. Como resolver o problema de ligação, facilidade na troca de informação, confiança e cooperação entre centro de saúde e hospital, tendo como objeto central o cuidado da Puérpera e RN e a eficácia e eficiência dos cuidados desde o pré-natal ao pós-natal?

Uma das dificuldades que se identifica são os casos em que poderá existir vontade de ter alta precoce, mas não haja meios ou recursos na família para que ocorra com sucesso. Este cenário retira grau de universalidade de oferta deste serviço. Nestes casos, seria apropriado oferecer-se cuidados de assistência domiciliar adicional?

Falta aprofundar a questão do custo desta sugestão. O impacto económico sobre o orçamento do sistema nacional de saúde é positivo ou negativo? Apenas pela bibliografia e as contas rudimentares que se fizeram cremos que sim. No entanto há bastantes variáveis



neste processo que não são fáceis de calcular e que saem do âmbito do presente projeto. Achamos por isso, que esse seria um ponto interessante para se estudar.

O estudo focou apenas os enfermeiros e puérperas, é pertinente questionar quais as opiniões e pensamentos sobre este assunto de outras classes profissionais nomeadamente a classe médica.

Para cabal aplicação da alta precoce, deve-se trabalhar na eficiência da coordenação entre níveis de saúde, entre a equipa multidisciplinar, devem-se desenvolver critérios e protocolos com base na evidência científica e da boa prática que reja o critério de alta, que garantam a continuidade dos cuidados e acessibilidade da díade e da equipa de saúde. Cumpridos estes requisitos, a alta precoce parece uma solução segura quando bem efetuada e com seguimento. Sendo uma aposta na melhoria da eficiência dos cuidados de saúde.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, L. & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (5ª Ed). Braga: Psiquilibrios Edições.
- Alves, A.M., Gonçalves, C.S.F., Martins, M.A., Silva, S.T., Auwerter, T. C. & Zagonel, I. P. S. (2007). A enfermagem e puérperas primigestas: desvendado o processo de transição ao papel materno. *Cogitare Enferm*, 12(4),416-427.
- American Academy of Pediatrics and American College of Obstetrics and Gynecology.
- Benahmed, N., Devos, C., San Miguel, L., Vinck, I., Vankest, L., Lauwerier, E., ... & Christiaens, W. (2014). *Caring For Mothers and New Borns after Uncomplicated Delivery: Towards Integrated Postnatal Care*. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, Belgium Health Care Knowledge Center. KCE Report 232. Retrieved from www.kce.fgov.be
- Bowers, J. & Cheyne, H. (2016). Reducing the length of postnatal hospital stay: implications for cost and quality of care. *BMC Health Services Research*.
- Bravo, P., Uribe, C., & Contreras, A. (2011). Early postnatal hospital discharge: the consequences of reducing length of stay for women and newborns. *Revista Da Escola De Enfermagem Da U S P*, 45(3), 758-763.
- Brown, S. & Struck, M.D., (2002). *The Post-Pregnancy Handbook*. St. Martin's Press: New York.
- Brown, S., Small, R., Faber, B., Krastev, A., & Davis, P. (2002). Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane Database Syst Rev* (3), CD002958. doi:10.1002/14651858. CD0029
- Camarneiro, A. (2007). *Gravidez de risco e desenvolvimento do bebe*. Coimbra: Formasau.
- Cargill, Y. & Martel, M. (2007). Postpartum Maternal and Newborn Discharge. *Jornal of Obstetrics & Gynaecology Canada*. 357-359.
- Centro Hospitalar do Algarve (2015). *Relatório de Gestão e Contas de 2015*. Faro: CHAlgarve. Retrieved from www.chalgarve.min-saude.pt



- Centro Hospitalar do Algarve (2016). Relatório de Gestão e Contas de 2016. Faro: CHAlgarve. Retrieved from www.chalgarve.min-saude.pt
- Comissão Regional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente(CRSMCA) - Rocha, E. (2015). Reunião CRSMCA. Algarve: Administração Regional de Saúde, IP (ARS, Algarve).
- Conde, A. & Figueiredo B. (2007). Preocupações mães e pais, na gravidez, parto e pós-parto (*). *Análise Psicológica*, 3(XXV): 381-398.
- Darj, E., & Stålnacke, B. (2000). Very early discharge from hospital after normal deliveries. *Ups J Med Sci*, 105(1), 57-66.
- Decreto de lei nº 137/2010 de 28 de Dezembro (2010). Redução de despesa com vista à consolidação orçamental. *Diário da República I Série*, N.º 250 (28-12-2010)
- Decreto de lei nº69/2013 de 17 de Maio (2013). Criação do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E. *Diário da República I Série*, N.º 95 (17-05-2013) 2960-2961.
- Decreto de lei n.º 101/2017 de 23 de Agosto (2017). Altera a denominação do Centro Hospitalar do Algarve, E. P. E., e procede à transferência de atribuições da Administração Regional de Saúde do Algarve, I. P., relativas ao Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul. *Diário da República Série I*, N.º 162 (23-08-2017) 4971- 4974.
- Despacho nº.10440 de 19 de Agosto (2016). Regula a atribuição de médico de família aos recém-nascidos no âmbito dos projetos "Nascer Utente" e "Notícia Nascimento". *Diário da República 2ª Série*, N.º 159 (19-08-2016) 26093
- Direção-Geral da Saúde (2008). Programa nacional de saúde reprodutiva, Planeamento Familiar: Contraceção no pós-parto. Lisboa: DGS
- Direção-Geral da Saúde (2009). DGS: Mortes Maternas em Portugal 2001-2007. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde (2012). Saúde Infantil e Juvenil Programa Nacional. Lisboa: DGS. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/.../consulta-publica-programa-nacional-de-saud...>
- Direção-Geral da Saúde (2017). DGS: Principais Indicadores de Saúde para Portugal, 2012-2016.Lisboa: DGS doi: 10.1002/14651858.CD010273. pub2



Edições Afrontamento.

Figueiredo, B. (2003). Vinculação Materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial da vinculação da mãe ao bebe. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 3(3) 521-539.

Forster, D. A., Savage, T. L., McLachlan, H. L., Gold, L., Farrell, T., Rayner, J. & Lovell, B. (2014). Individualized, flexible postnatal care: a feasibility study for a randomized controlled trial. *BMC Health Serv. Res*, 14, 569.
doi:10.1186/s12913-014-0569-2.

Fortin, M. (2009). *O Processo de Investigação - da concepção à realização*. (5ª Ed) Loures: Lusociência.

Freire, T. & Almeida, L. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios Edições. Retrieved from <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-cesarianas/>

Goulet, L., D'amour & D., Pineault, R. (2007). Type and timing of services following postnatal discharge: Do they make difference? *The Haworth Press, Inc: women & Health*, vol. 45(4). Retrieved from <http://wh.haworthpress.com>

Graça, L.M. (2012). *Medicina Materno-Fetal*. (4ªed.). Lisboa: Lidel.

Grenny, J., Patterson, K., Maxfield D., McMillian, R. & Switzler, A. (2013). *Influencer: The new science of leading change* (2º ed). New York: McGraw-Hill Education.

Hill, M. (2017). *The Positive Birth Book: A new approach to pregnancy, birth and the early weeks*. London: Ashford Colour Press.

Hill, M.M. & Hill A. (2012). *Investigação por questionário*. (2ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

INE, PORDATA (2016). *População residente Municípios (NUTS -2013), PORDATA - População Residente, estimativas a 31 de Dezembro - Municípios; Anual. Dados Estatísticos. População*. Retrieved from www.pordata.pt ...> [População](#)> [População Residente](#)

INE. (1973). *Partos segundo a sua natureza, o local a assistência e a vitalidade, por concelhos de residência da parturiente*. Biblioteca Digital. Retrieved from



<http://inenetw02.ine.pt:8080/biblioteca/sort.do?layoutCollection=0&layoutCollectionProperty=&layoutCollectionState=16&pagerPage=2>

- INE. (2016). Nados-vivos (N.º) por Local de residência da mãe (NUTS - 2013), Sexo, Local de parto da mãe, Assistência médica e Escalão de peso à nascença; Anual. Dados Estatísticos. População. Retrieved from https://www.ine.pt/xportal/xmainxpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008090&contexto=bd&selTab=tab2
- Jana, L. A. & Shu, J. (2005). Heading home with your newborn: from birth to reality (2^o ed.). American Academy of Pediatrics: Elk Grove Village, IL.
- Lei nº69/2013 de 17 de Maio (2013). Procede à criação do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E., por fusão do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, E.P.E., e do Hospital de Faro, E. P.E, aprovado por o Decreto-Lei nº69/2013, 10 de Maio de 2013. Diário da República 1.ª Série, N°95 (17-05-2013) 2960-2961.
- Lei nº9/2009 de 4 de Março (2009). Reconhecimento das qualificações profissionais. Diário da República I Série, N°44 (04-03-2009)
- Leifer, G. (2012). Enfermagem Obstétrica. (11ª ed). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Levy, L.& Bértolo, H. (2012). Manual de Aleitamento Materno. Lisboa: United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). Retrieved from: https://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento_2012.pdf
- Lim, R. (2001) After the Baby's Birth: A complete Guide for Postpartum Women. Berkeley: Celestial Arts.
- Loveland-Cherry, C. (1999). Risco de Saúde familiar. In M. Stanhope / J. Lencastre ED – Enfermagem Comunitária: Promoção de Saúde de Grupos, famílias e indivíduos, 4ª ed. Lisboa: Lusociência. p.520-542.
- Lowdermilk, D.L., Shannon, E. P., Cashion, K. & Alden, K. (2012). Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica. (10ª ed), Rio de Janeiro: Elsevier.
- Maldonado, M.T. (2013). Psicologia da Gravidez. Rio de Janeiro: Jaguatirica Digital.
- Mendes, I. (2009). Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós- -parto. Coimbra: Mar da palavra.



- Ministério da Saúde (2015). *Serviço Nacional de Saúde (SNS) Região do Algarve*. Faro: Administração Regional de Saúde (ARS) do Algarve.
- Monteiro, T., Silva, L. & Silva, M. (2002). Reações de mães diante do nascimento de um filho prematuro. *Cogitare Enfermagem*, Jan/Jun,7(1),36-42.
- Nardin, J., & Mignini, L. (2009). Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants: RHL commentary.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2006). Postnatal care up to 8 weeks after birth. London: NICE. Retrieve from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg37/ifp/chapter/first-24-hours-after-birth>
- Néné, M., Marques, R. & Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel
- Neves, J.P. & Ayres-de-Campos, D. (2012). Mortalidade Materna em Portugal desde 1929: Ata de Obstetrícia/Ginecologia Porto 2012. Centro Hospitalar de São João, EPE, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 6(3):94-100.
- Nunes, P., Pereira, G., Valadas, G. & Ataíde, P., (2015). *CHA-Relatório de Gestão e contas 2015*. Retrieved from www.chalgarve.min-saude.pt
- Olsen, O., & Clausen, J. A. (2012). Planned hospital birth versus planned home birth. *Cochrane Database Syst Ver* (9), CD000352. doi: 10.1002/14651858.CD000352.pub2
- Opperman, C. & Cassandra, K. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Competências e saberes de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from [http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos Enfermeiros/Competências e saberes em enfermagem Dulce Sousa, Enfermeira Especialista.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/Compet%C3%AAncias%20e%20saberes%20em%20enfermagem%20Dulce%20Sousa,%20Enfermeira%20Especialista.pdf)



- Ordem dos Enfermeiros (2013). Enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstetrícia nos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa: Ordem dos enfermeiros. Parecer MCEESMO 23/2013
- Ordem dos enfermeiros (2013). 15 Propostas para Melhorar a Eficiência no Serviço Nacional de Saúde. Lisboa: Ordem do Enfermeiros. Retrived from http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/documents/2013/15propostas_2maio_vfinal_reduzido_proteg.pdf
- Ordem dos enfermeiros (2015). Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Retrived from www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/.../LivroBolso_EESMO.pdf
- Ordem dos Enfermeiros, parecer nº23/2011 (2011). Procedimentos de cuidados perineais à puérpera durante o internamento hospitalar (Mesa do Colégio de especialidades de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Paiva, A., Cardoso, A., Sequeira, C., Morais, E. J., Bastos, F., Pereira, F. ... & Marques, P. (2014). Análise da Parametrização Nacional do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem-SAPE. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Pinheiro, M. F. (1994). Organizar a Prestação de Cuidados: Uma Função/Desafio para o Enfermeiro Chefe. *Servir*, 42(6) Nov. Dez.319-331
- Policy statement---Hospital stay for healthy term newborns. (2010). *Pediatrics*, 125(2), 405-409. doi:10.1542/peds.2009-3119
- Podata, INE (2017). Taxa bruta de natalidade, 19 de Junho. INE-Estatísticas de nados vivos Retrieved from www.podata.pt... >Municípios>População>Nascimentos e Fecundidade>Taxa bruta de natalidade
- Portaria n.º 20/2014, 29 de Janeiro (2014). Tabelas de preços a praticar pelo Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República 1.ª série, N.º 20(29-01- 2014) 597-617*
- Postpartum and follow-up care. In: *Guidelines for Perinatal Care*, 3ªed. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics; Washington: American College of Obstetricians and Gynecologists 1992; 4:91-116.



- Redondo, S. L., Díaz, M. C. S., Martínez, E. P., Martín, B. S. C., López, A. V. & Ardila, F. P. (2012). Puesta en marcha del informe de alta emitido por matronas en el puerperio de bajo riesgo. *Matronas profesion*, 13(3-4), 90-96.
- Reeder, S., Martin, L. & Koneak, D. (1995). *Enfermeira Materno Infantil*. Barcelona: Interamericana Mcgraw- Hill.
- Regulamento n.º 125/2011 de 18 Fevereiro (2011). Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialistas de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica. *Diário da Republica*, 2.ª Série, N.º 35 (18/02/2011) 8662-8666
- Relvas, A. (1996). *O ciclo vital da família, Perspetiva sistémica*. Porto:
- Riesco, M. L. G., Costa, A. S. C., Almeida, S. F. S., Basile, A. L. O. & Oliveira, S. M. J. V. (2011). Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. *Rev Enferm UERJ*, 19(1), 77-83.
- Serviço Nacional de Saúde (SNS). *Obstetrícia*. Retrieved from chalagarve.min-saude.pt
- Sheil, E. P., Bull, M. J., Moxon, B. E., Muehl, P.A., Kroeneng, K.L., Peterson-Palmberg, G. & Kelber, S. (1995). Concerns of Childbearing Women: A Maternal Concerns Questionnaire as an Assessment Tool. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing (JOGNN)* 24(2), 149-155. doi: 10.1111/j.1552-6909.1995.tb02457.x
- Simkin, P., Whalley, J., Keppler, A., Durham, J. & Bolding, A. (2016). *Pregnancy Childbirth and the Newborn: the complete guide*. New york: Meadowbrook Press.
- Sink, K.K. (2009). Seeking Newborn Information as a Resource for Maternal Support. *Journal of Perinatal Education*, 18(3): 30–38. doi: 10.1624/105812409X461207
- Soifer, R. (1984). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério* (6º ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Turawa, E. B., Musekiwa, A. & Rohwer, A.C. (2014). Interventions for treating postpartum constipation. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group*.
- Valente, S.H. & Teixeira, M.B. (2009). Estudo Fenomenologico Sobre a Visita Domiciliar do Enfermeiro à Família no Processo de Terminalidade. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 43(3) 655-661.



- Waldenström, U., Sundelin, C., & Lindmark, G. (1987). Early and late discharge after hospital birth. Health of mother and infant in the postpartum period. *Ups J Med Sci*, 92(3), 301-314.
- Webber, S., (2012). *The Gentle Art of Newborn Family Care: A guide for postpartum Doulas and Caregivers*. Texas: Praeclarus Press.
- Weiss, M. E., & Lokken, L. (2009). Predictors and outcomes of postpartum mothers' perceptions of readiness for discharge after birth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 38(4), 406-417. doi:10.1111/j.1552-6909.2009.01040.x
- Weiss, M. E., Costa, L. L., Yakusheva, O., & Bobay, K. L. (2014). Validation of patient and nurse short forms of the Readiness for Hospital Discharge Scale and their relationship to return to the hospital. *Health Serv Res*, 49(1), 304-317. doi:10.1111/1475-6773.12092
- Weiss, M. E., Ryan, P., & Lokken, L. (2006). Validity and reliability of the Perceived Readiness for Discharge After Birth Scale. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 35(1), 34-45. doi:10.1111/j.1552-6909.2006.00020.x
- Weiss, M., Ryan, P., Lokken, L., & Nelson, M. (2004). Length of stay after vaginal birth: sociodemographic and readiness-for-discharge factors. *Birth*, 31(2), 93-101. doi:10.1111/j.0730-7659.2004.00286.x
- WHO. (2014). *WHO recommendations on postnatal care of mother and newborn 2013*. Geneve: World Health Organization.



APÊNDICES



APÊNDICE A– FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO DO PROJETO



Documento

1 7 0 3 5

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

A Comissão de Ética para a Investigação nas Área de Saúde Humana e Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Professor Doutor Armando Raimundo, Professora Doutora Felismina Mendes e Professor Doutor Manuel Lopes, deliberaram dar, na reunião do dia 26 de Abril de 2017, o Parecer Positivo à forma como o Projeto "Alta Precoce Pós-parto: proposta de modelo hospitalar no Algarve" dos investigadores Helena Margarida Silva e Maria Margarida Santana Fialho Sim-Sim.

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Armando Manuel de Mendonça Raimundo)



Formulário de inscrição de Projeto no CICTS

Título do Projeto: Alta Precoce Pós-parto: proposta de modelo hospitalar no Algarve

Nível de Investigação:	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento	Outros
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Referência do Projecto	Estado		
	Concluído	Em Curso	Sem Financiamento
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Calendarização		Orçamento
Início: 15 de Novembro 2016	Nº de meses	
Fim: Maio de 2017	6	

Equipa de Investigação:

Coordenador: Helena Margarida Silva lenitaplantiersilva@gmail.com

Investigadores Colaboradores:

Resumo/Abstract: (aproximadamente 250 palavras)

A alta precoce tem recebido maior atenção na última década. As motivações que levam à alta precoce de puérperas, de partos eutócicos sem complicações assenta em duas premissas: a crescente preocupação com o bem estar das mães e recém-nascidos e a redução de custos para o sistema de saúde. A alta precoce e/ou alta muito precoce ocorre em alguns países europeus, nomeadamente a Dinamarca, o Reino Unido, mas também na Austrália, no Egito. Em alguns destes países existe assistência pós-natal programada, na forma de cuidados domiciliários. Considera o Royal College of Midwives, que existe grande disparidade entre os países, devendo tomar-se uma decisão concertada entre a mulher e os profissionais de saúde, prevalecendo as necessidades da mulher e não os recursos ou camas disponíveis¹. Tendo em consideração o bem estar da diade, mãe-filho e para mitigar possíveis lacunas de assistência, tem sido proposto o acompanhamento planeado, nomeadamente em visitas domiciliárias precoces e uma boa transição para os centros de saúde. Metodologia. Ocorre no projeto uma fase de diagnóstico, com recolha de dados junto de enfermeiros e

¹ <https://www.rcm.org.uk/news-views-and-analysis/news/rcm-comment-on-early-discharge-after-birth-research>



puérperas. Pretende-se identificar a opinião dos enfermeiros e pais, do serviço de Bloco de Partos e Puerpério do Hospital de Faro e Portimão, acerca da Alta Precoce do recém-nascidos e mães às 24 horas, considerando os casos de parto eutócico sem complicações. Na vertente de intervenção é realizada formação sobre a temática. Constrói-se um dossier que visa a apresentação de um modelo de cuidados para os concelhos de Faro e Portimão.

DeCs: parto, período pós-parto, recém-nascido, alta do paciente, visita domiciliária.

Abstarct em inglês

Early discharge has received more attention in the last decade. The motivations that lead to the early discharge of postpartum mothers, uncomplicated vaginal delivery are based on two assumptions: the growing concern for the well-being of mothers and newborns and the reduction of costs for the health system. Early and / or very early discharge occurs in some European countries, notably Denmark, the United Kingdom, but also in Australia, and Egypt. In some of these countries there is programmed postnatal care in the form of home care. The Royal College of Midwives considers that there is a great disparity between the countries and that a decision must be taken between the woman and the health care professionals, with the needs of the woman taking precedence over the resources or beds available. Taking into account the well-being of the mother-child care and to mitigate possible assistance gaps, a planned follow-up has been proposed, namely early home visits and a good transition to primary care centers. Methodology. A diagnostic phase occurs in the project, with data collection from nurses and mothers. It is intended to identify the opinion of the nurses and parents, of the Delivery Room and Postnatal Unit of the Hospital of Faro and Portimão, about early discharge of newborns and mothers at 24 hours, considering the cases of uncomplicated vaginal delivery. It will be intituted, training on the subject. A dossier will be created to present a model of care for the municipalities of Faro and Portimão.

DeCs: birth, postpartum period, newborn, patient discharge, home visit.

Fundamentação e Pertinência do Estudo

O parto em meio hospitalar é a opção em grande parte dos países, acreditando-se que na impossibilidade de prever absolutamente todo o evoluir do Trabalho de Parto (TP), será mais seguro perante intercorrências (Olsen & Clausen, 2012). Em Portugal, no ano 2015 (INE, 2016), a grande maioria dos partos decorreu em hospitais (n=84830; 98.89%), face aos casos ocorridos em casa (n=710; 0.83%) ou noutra local (n=239; .28%). Foi no ano de 1973 que no nosso país se deu a reversão de ocorrência no local de parto, do domicílio para o meio hospitalar (e.g. 83585 versus 90739 no hospital), facto que também ocorreu em Faro (e.g. 2164 no domicílio versus 2184 no hospital), conforme os registos da biblioteca digital do INE (INE, 1973).

Após o parto, a mulher entra na condição de puérpera por seis semanas (WHO, 2014), fase durante a qual o



organismo esta mais frágil e necessita cuidados. Os cuidados puerperais são particularmente importantes nas primeiras horas e dias, justificando a vigilância de profissionais, nomeadamente de parteiras, ou na designação portuguesa de Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO). A vigilância do pós-parto em Portugal é realizada habitualmente em internamento hospitalar, no seguimento do parto.

A duração do internamento hospitalar para fins de parto tem vindo a diminuir durante os últimos 40-50 anos. Considerando a criança a termo e saudável, a Academia Americana de Pediatria considera que a duração do internamento deve ser suficientemente longa para ser possível identificar problemas próximos ao nascimento e competências cuidativas da família ("Policy statement--Hospital stay for healthy term newborns," 2010). Tendo por base a condição de bem-estar do recém-nascido (RN), a solução ótima será a alta da mãe e filho simultaneamente.

Desde há cerca de meio século que se progride para a alta precoce, ou seja, ao movimento de transportar para a privacidade do domicílio, a diade em período sensível. Uma interpretação algo controversa sobre a alta precoce, como benéfica ou prejudicial, perdurou durante algum tempo, mas revisões sistemáticas realizadas não se encontram diferenças **significativas** no global da recuperação maternal ou saúde da criança ou nos casos de readmissão hospitalar, ou nos comportamentos de aleitamento materno ou na depressão pós-parto (Bravo, Uribe, & Contreras, 2011; Brown, Small, Faber, Krastev, & Davis, 2002). Porém, no contexto de países em desenvolvimento, dado que os recursos da população são escassos, grande parte das gravidezes não são vigiadas, além de que os estudos são insuficientes nesses contextos populacionais não permitem uma interpretação ampla de evidência (Nardin & Mignini, 2009).

O conceito de alta precoce não está ainda bem estabelecido, dado que são considerados intervalos de tempo pós-parto algo amplos e/ou díspares nos vários estudos e locais onde são realizados. Assim o conceito é moldável, admitindo-se como alta precoce aquela que ocorre antes do período que é o padrão local (Brown et al., 2002). A Academia Americana de Pediatria (AAP) e o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia (ACOG), em 1992, definiam alta precoce nas primeiras 48h. Contudo parece haver um entendimento que considera o período de 24-48h (Waldenström, Sundelin, & Lindmark, 1987).

No entender nas mesmas organização, a alta muito precoce o período de 24h (Academia Americana de Pediatria & Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia, 1992). Num período mais curto situa-se outro conceito de alta muito precoce que ocorrendo nas primeiras 24 horas engloba as altas as 2, 6, 12 ou 24 após o parto (Ordem dos Enfermeiros, 2013)². Observa-se nos estudos uma aproximação do conceito de precoce e alta precoce, com a saída do hospital no período entre 6-12 horas (Brown et al., 2002; Darj & Stålnacke, 2000).

Nos países onde a alta precoce é praticada, o sistema de saúde proporciona umas programas anteriores ao parto (Forster et al., 2014). Nesses programas, existe uma visão fisiológica do parto. Os conteúdos são dirigidos ao casal, abraçam temas tais como a amamentação, o conhecimento de recursos. A alta precoce, com apoio

² http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/documents/2013/15propostas_2maio_vfinal_reduzido_proteg.pdf



domiciliário realizado por especialista em saúde maternal (e.g. midwife) e uma experiência segura e apreciada por casais na Suécia, como documentam os estudos (Darj & Stålnacke, 2000). As práticas de alta precoce, têm associado alguns condicionamentos que são o parto sem complicações, o recém-nascido com peso superior a 2.500kg. A alta precoce segue-se um programa que exige visita puerperal ou telefonema as 48h pós-parto e posterior visita a casa ao 3º, 5º e 10º dia pós-parto (Brown et al., 2002). Podendo considerar-se a alta precoce segura.

Em Portugal, a alta às 48 horas tendo sido legislada há mais de duas décadas atrás encontra-se dentro dos parâmetros de alta precoce.

Alta precoce no parto vaginal sem complicações faz parte de uma das 15 propostas para melhorar o serviço nacional de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2013)³. Observam-se correntes a favor e correntes contra. Para os primeiros a alta é segura e vantajosa sobre o ponto de vista quer de saúde, social e económico, permitindo desta forma menor tempo de internamento e diminuição dos custos hospitalares. Por outro lado fala-se essencialmente no reinternamento do recém-nascido que consequentemente aumenta os custos (Bowers, Cheyne, 2016) e (Cargill, Martel, 2007).

A alta precoce tem vantagens, tais como: 1) menor exposição à infecção associada aos cuidados de saúde, 2) diminuição dos custos do internamento, 3) maior sucesso no aleitamento materno, 4) diminuição da incidência da depressão e ansiedade no pós parto e 5) maior adequação da educação para a saúde. Por outro lado também se registam desvantagens da alta precoce: 1) não generalizável a todos os RN e a todas a puérperas, 2) follow-up sem sucesso na totalidade, 3) carência de apoio adequado da família. O surgimento de problemas cardiopulmonares, icterícia e obstrução gastrointestinal no RN questiona a poupança de custos (Waldenström, Sundelin, & Lindmark, 1987).

Alguns critérios de elegibilidade são necessários para a alta precoce. É necessário criar protocolos que estruturam a alta precoce, determinem o acompanhamento das mães via telefónica e em visitas domiciliárias. Um outro aspeto útil sera a criação de um enfermeiro gestor de caso, que certifica o seguimento de protocolos e que pode acionar medidas de apoio para garantir o sucesso, e a segurança da mãe e recém-nascido.

Na Região Algarve, o parto em casa é um fenómeno que tem crescido discretamente nos últimos cinco anos (e.g. 22 casos em 2011 para 48 casos em 2015), como estatisticamente se observa (INE, 2016). E também nesta região que o número de estrangeiras que ocorrem ao hospital para o parto, tem percentagem mais elevada comparativamente a outros pontos do país. Considerando os 4071 partos no Algarve em estabelecimento hospitalar, são filhos de mães estrangeiras 675 crianças, do ano 2015 o que significa 16.6%⁴

3

http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/documents/2013/15propostas_2maio_vfinal_reduzido_proteg.pdf

⁴ Nados-vivos (N.º) por Local de residência da mãe (NUTS - 2013) e Nacionalidade da mãe; Anual - INE, Nados-Vivos

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008087&contexto=bd&selTab=tab2



dos nascimentos nessa região. Surge assim como oportuno a realização de um projeto cujo objetivo fundamental é: Criar um modelo de Alta Precoce Pós-parto para a área dos concelhos de Faro e Portimão.

Fase	Objetivos específicos	Atividades	Recursos
Preparatória	Desenvolver conhecimentos teórico-práticos sobre alta precoce	Realização uma revisão de literatura	Bases de dados científicos da Universidade
Investigação	Descrever as atitudes dos EESMO face a alta precoce	Recolha de dados aos EESMO	Questionário via mail ou papel, com aplicativo Lime survey; Aplicação SPSS V22
	Descrever atitudes das parturientes sobre alta precoce	Recolha de dados as parturientes	Questionário em papel; Aplicação SPSS V22
Intervenção	Realizar formação sobre Alta Precoce aos EESMO.	Sessões informativa/formativa aos EESMO	Bases de dados científicos da Universidade
		Criação de manual de informação	Computador e projetor.
		Calculo de custos-ganhos	Material para a lecionação (papel ou aplicativo)
Ensaio	Desenvolver o modelo experimental	Construção o dossier *Definição de critérios *Protocolo de assistência pré-natal *Protocolo de assistência pós-parto *Protocolo de assistência domiciliar	Bases de dados científicos da Universidade.

Objetivo Geral

- Criar um modelo de alta precoce pós-parto no centro hospitalar do Algarve para assistência nos concelhos de Faro e Portimão.

Objetivos Específicos

- Desenvolver conhecimentos teórico-práticos sobre alta precoce.
- Descrever as atitudes dos EESMO face a alta precoce.
- Descrever atitudes das parturientes sobre alta precoce.
- Realizar formação sobre Alta Precoce aos EESMO.
- Desenvolver o modelo experimental.

Seleção da Amostra

Os participantes referem-se a EESMO de Faro e Portimão que exercem no serviço de Obstetrícia e puerperas dos hospitais de Faro e Portimão. No cálculo da amostra dos EESMO coincide a amostra com a população. São critérios de seleção para as puérperas: parto vaginal sem complicações, saber falar e escrever português. Será amostra de conveniência, cujo tamanho depende do número de partos do ano anterior, em cada hospital, conforme critério de Krejcie e Morgan (1970), citados por Almeida e Freire (2008). Supondo-se 320 Portimão, 350 para Faro.

Procedimentos Metodológicos

Na vertente de Investigação realizar-se-a um estudo exploratório, descritivo com abordagem quantitativa.



Os EESMO, assim como as puérperas, serão convidadas a participar de acordo com os critérios de seleção.

O consentimento informado é formalizado em texto prévio ao preenchimento do instrumento conforme

Os dados são tratados através da aplicação IBM-SPSS® versão 220

Será solicitada a colaboração da secretária de piso que entrega no dia da alta e pede a utente para preencher e entregar em envelope opaco, com envelope resposta para devolução. Entregam antes da saída do hospital. Em alternativa colocam dentro de caixa fenestrada que é deixada ao cuidado da secretária de piso, com recolha semanal pela autora deste projeto. Será solicitado a permissão do uso do instrumento ao autor original. Em apêndice encontra-se um exemplar.

Instrumento de opinião a aplicar as EESMO através da plataforma lime survey, ou em papel. O mesmo é constituído por uma escala de avaliação. O questionário é entregue aos Enfermeiros dos Serviços de Bloco de Partos e Puerpério dos Serviços de Portimão e Faro.

Instrumentos de avaliação:

Questionário às puérperas: Instrumento de opinião a aplicar na data da alta. Recolha de dados por meio de questionário baseado no modelo Maternal Concerns Questionnaire (MCQ). Com medidas teóricas válidas e por esse motivo fidedignas para ser aplicadas neste estudo. O Coeficiente de alfa de Cronbach's nas varias dimensões entre .79 e .94.

Questionário às EESMO: encontra-se em fase de construção.

Recolha de dados:

Será feito durante o período Dezembro 2016 a Abril e 2017, a todas as mães que se qualifiquem para a alta precoce, e a todos os enfermeiros do serviço que aceitem participar.

Confidencialidade:

Realizam-se os procedimentos de permissão junto da hierarquia institucional. Definem-se os documentos de consentimento informado e de permissão de acesso aos participantes.

Será pedido a cada participante que assine o consentimento informado; este documento e assinado igualmente por o autor do estudo. Será garantida confidencialidade, a não se recolherem dados identificativos dos participantes.

Entidade Financiadora:

Não se aplica.

Instituição Promotora:

Universidade de Évora.

Parcerias:

Centro Hospitalar do Algarve.



Obs:

Cronograma

Fases	Mês	2016				2017									
		Out/No	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	
Fase Preparatória	Desenho do projeto;	x													
	Autorizações	x													
	Pedidos de autorização	x													
	Revisão literatura		X	x	x	x									
Investigação	Construção dos questionários	x													
	Aplicação dos questionários		X	x	x	x									
	Análise dos dados					x	x	x	x						
	Formação sobre Alta Precoce aos EESMO.						x								
Ensaio	Desenvolver o modelo experimental					x	x	x	x	X					
Fase de avaliação	Redação do projeto							x	x	X	x				
	Entrega do projeto											x			
	Discussão em Provas Publicas												X		

Documentos:

- ✓ Consentimentos.
- ✓ Questionário original.
- ✓ Tradução (três traduções).

Referências:

American Academy of Pediatrics and American College of Obstetrics and Gynecology. Postpartum and follow-up care. In: Guidelines for Perinatal Care, 3ªed. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics; Washington: American College of Obstetricians and Gynecologists 1992; 4:91-116.

Bowers, J., Cheyne, H. (2016). Reducing the length of postnatal hospital stay: implications for cost and quality of care. BMC Health Services Research.

Bravo, P., Uribe, C., & Contreras, A. (2011). Early postnatal hospital discharge: the consequences of reducing length of stay for women and newborns. Revista Da Escola De Enfermagem Da U S P, 45(3), 758-763.

Brown, S., Small, R., Faber, B., Krastev, A., & Davis, P. (2002). Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. Cochrane Database Syst Rev(3), CD002958. doi:10.1002/14651858.CD0029

Cargill, Y., Martel, M. (2007). Postpartum Maternal and Newborn Discharge. Jornal of Obstetrics & Gynaecology Canada. 357-359.

Darj, E., & Stålnacke, B. (2000). Very early discharge from hospital after normal deliveries. Ups J Med Sci, 105(1), 57-66.



- Forster, D. A., Savage, T. L., McLachlan, H. L., Gold, L., Farrell, T., Rayner, J., . . . Lovell, B. (2014). Individualised, flexible postnatal care: a feasibility study for a randomised controlled trial. *BMC Health Serv Res*, 14, 569. doi:10.1186/s12913-014-0569-2
- Freire, T., Almeida, L.(2008). *Metodologia de Invetigação em Psicologia e Educação*.Braga:Psiquilibrios Edições.
- INE. (1973). Partos segundo a sua natureza, o local a assistência e a vitalidade, porconcelhos de residencia da parturiente. Biblioteca Digital. Retrieved from <http://inenetw02.ine.pt:8080/biblioteca/sort.do?layoutCollection=0&layoutCollectionProperty=&layoutCollectionState=16&pagerPage=2>
- INE. (2016). Nados-vivos (N.º) por Local de residência da mãe (NUTS - 2013), Sexo, Local de parto da mãe, Assistência médica e Escalão de peso à nascença; Anual. Dados Estatísticos. População. Retrieved from https://www.ine.pt/xportal/xmainxpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=008090&contexto=bd&selTab=tab2
- Nardin, J., & Mignini, L. (2009). Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants : RHL commentary.
- Ordem dos enfermeiros(2013).15 Propostas para Melhorar a Eficiência no Serviço Nacional de Saúde. Lisboa:Ordem do Enfermeiros. Retrived fromhttp://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/documents/2013/15propostas_2maio_vfinal_reduzido_proteg.pdf
- Olsen, O., & Clausen, J. A. (2012). Planned hospital birth versus planned home birth. *Cochrane Database Syst Rev*(9), CD000352. doi:10.1002/14651858.CD000352.pub2
- Policy statement—Hospital stay for healthy term newborns. (2010). *Pediatrics*, 125(2), 405-409. doi:10.1542/peds.2009-3119
- Waldenström, U., Sundelin, C., & Lindmark, G. (1987). Early and late discharge after hospital birth. Health of mother and infant in the postpartum period. *Ups J Med Sci*, 92(3), 301-314.
- Weiss, M., Ryan, P., Lokken, L., & Nelson, M. (2004). Length of stay after vaginal birth: sociodemographic and readiness-for-discharge factors. *Birth*, 31(2), 93-101. doi:10.1111/j.0730-7659.2004.00286.x
- Weiss, M. E., Costa, L. L., Yakusheva, O., & Bobay, K. L. (2014). Validation of patient and nurse short forms of the Readiness for Hospital Discharge Scale and their relationship to return to the hospital. *Health Serv Res*, 49(1), 304-317. doi:10.1111/1475-6773.12092
- Weiss, M. E., & Lokken, L. (2009). Predictors and outcomes of postpartum mothers' perceptions of readiness for discharge after birth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 38(4), 406-417. doi:10.1111/j.1552-6909.2009.01040.x
- Weiss, M. E., Ryan, P., & Lokken, L. (2006). Validity and reliability of the Perceived Readiness for Discharge After Birth Scale. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 35(1), 34-45. doi:10.1111/j.1552-6909.2006.00020.x
- WHO. (2014). WHO recommendations on postnatal care of mother and newborn 2013. Geneve: World Health Organization.



APÊNDICE B– PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DE REALIZAÇÃO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO



Exmo. Senhor

Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar Algarve

Assunto: Pedido de autorização para realização de projeto de investigação

Título do Projeto: Projeto Alta Precoce Pós-Parto: propostas de modelo hospitalar no Algarve

Mestranda: Helena Margarida da Câmara Pires Plantier Martins da Silva

Orientador Pedagógico: Maria Margarida Santana Fialho Sim-Sim (PhD)

Helena Margarida da Câmara Pires Plantier Martins da Silva, enfermeira, mestranda da Universidade de Évora, atualmente a realizar estágio curricular de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia, pretende no evoluir do seu curso, realizar no Centro Hospitalar Algarve o projeto em epigrafe, que se enquadra no Relatório de Mestrado, com a finalidade de obter o título de Mestre.

Assim, para a realização da vertente de investigação do citado Relatório de Mestrado, necessita da autorização de V^a Ex^a para ter acesso a utentes/clientes do serviço de obstetrícia e a Enfermeiras Especialistas em Saúde Materna, que exercem no Serviço de Puérperas/Obstetrícia e no Bloco de Partos dos Hospitais de Faro e de Portimão,

O objetivo geral do projeto de investigação é descrever a opinião dos profissionais e dos utentes/clientes sobre a alta precoce, após parto eutócico sem complicações, reportando-se as principais perguntas do questionário a esta temática

O acesso que aqui se solicita, tem a finalidade de

- Aplicar um instrumento de recolha de dados, aos Enfermeiros dos Serviços de Bloco de Partos e Puerpério e também as mães e pais, na situação de parto eutócico sem complicações.

A temática dos questionários reporta-se à opinião dos profissionais e dos utentes sobre a alta precoce, após parto eutócico sem complicações. O período de tempo previsto para a aplicação de questionários é de Novembro de 2016 e Março de 2017.

Anexa-se a seguinte documentação:

- a) Projeto no formulário em papel do Centro de Investigação em Ciências e Tecnologias da Saúde da Universidade de Évora
- b) Consentimento informado dirigido a utentes
- c) Consentimento informado dirigido a enfermeiras
- d) Questionário a aplicar a utentes



- e) Questionário a aplicar a enfermeiras
- f) Declaração de aceitação da orientadora pedagógica
- g) Curriculum vitae da mestranda
- h) Curriculum vitae da orientadora pedagógica

Em caso de parecer positivo de V^a Ex^a, será solicitado aos vários participantes o seu consentimento, conforme instrumentos que se anexam. Garante-se a confidencialidade dos dados, não se referindo em momento algum o nome ou qualquer dado que possa identificar qualquer dos participantes

No evoluir do estudo, os dados estão disponíveis para ser apresentados na forma de comunicação sustentada por power-point.


Pede deferimento

Faro, de Novembro de 2016

Orientadora Pedagógica

Margarida Sim-Sim (PhD; OE 34070)

Mestranda



Helena Silva (Lic.; OE 24711)



Exmo(a). Sr(a). Director(a)
da Comissão de Ética do
Centro Hospitalar do Algarve.

Assunto: Pedido de Apreciação de questionário pela Comissão de Ética

Helena Margarida Da Câmara Pires Plantier Martins da Silva, enfermeira, mestranda da Universidade de Évora, actualmente a realizar estágio curricular de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia, pretende no evoluir do seu curso, realizar no Centro Hospitalar do Algarve o projecto intitulado Alta Precoce Pós-Parto- Proposta de modelo hospitalar no Algarve, que se enquadra no Relatório de Mestrado, com finalidade de obter o título de Mestre. Tem como Orientador Pedagógico, Maria Margarida Santana Fialho Sim-Sim (PhD).

O objectivo geral do projecto de investigação é descrever a opinião dos profissionais e dos utentes/clientes sobre a alta precoce, após parto eutócico sem complicações, reportando-se as principais perguntas do questionário a esta temática.

Nesse ambito vem solicitar a V^a Ex^a o seu parecer e aprovação para aplicar um instrumento de recolha de dados em forma de questionário, aos Enfermeiros dos Serviços de Bloco de Partos e Puerpério e também às mães e pais, na situação de parto eutócico sem complicações.

A temática dos questionários reporta-se à opinião dos profissionais e dos utentes sobre a alta precoce, após parto eutócico sem complicações. O período e tempo previsto para a aplicação de questionários é de Novembro de 2016 a Março de 2017.

Anexa-se a seguinte documentação:

- a) Projecto no formulário em papel do Centro de Investigação em Ciências e Tecnologias da Saúde da Universidade de Évora
- b) Consentimento informado dirigido a utentes
- c) Consentimento informado dirigido a enfermeiras
- d) Questionário a aplicar a utentes
- e) Questionário a aplicar a enfermeiras
- f) Declaração de aceitação da orientadora pedagógica
- g) Currículo Vitaeda Orientadora Pedagógica

Em caso de parecer positivo de vossa V^a Ex^a, será solicitado aos vários participantes o seu consentimento, conforme instrumentos que se anexam. Garante-se a confidencialidade dos dados, não se referindo em momento algum o nome ou qualquer dado que possa identificar qualquer dos participantes.



No evoluir do estudo, os dados são disponíveis para ser apresentados na forma de comunicação sustentada por power-point.

Pede deferimento

Faro, 16 de Novembro de 2016

Orientadora Pedagógica

Margarida Sim-Sim (PhD; OE 34070)

Mestranda

HSilva

Helena Silva (Lic; OE24711)



Ex.º Sr. Enfermeiro Diretor do
Centro Hospitalar Algarve,
Faro, Portimão, Lagos

Assunto: Descrição de custo por internamento (Faro e Portimão)

Helena Margarida da Câmara Pires Plantier Martins da Silva, enfermeira a realizar estágio curricular na área de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia, na Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus de Évora, vem por este meio solicitar a vossa excelência se poderá obter:

- Uma descrição de custo de internamento diário no puerpério, a puérpera com parto eutócico sem complicações.
- Descrição de custo diário de visita domiciliária.

As presentes descrições farão parte de um estudo académico que pretendo realizar sobre a temática da alta precoce, aproximadamente às 24 horas, após parto vaginal sem complicações.

No evoluir do estudo, os dados estão disponíveis para ser apresentados na equipa de enfermagem na forma de comunicação sustentada por power-point.


O Relatório de Mestrado está sob a orientação da Sr.ª Prof. Margarida Sim-Sim.

Pede deferimento
Faro, 28 de Outubro de 2016

Orientadora Pedagógica

Margarida Sim-Sim (PhD; OE 34070)

A Mestranda



Helena Silva (Lic.; OE 24711)



APÊNDICE C– E-MAILS DE RESPOSTA AOS PEDIDOS



Descrição de custo por internamento (Faro e Portimão)

Bom dia Sr^a Enfermeira Helena Silva

Na sequência do seu pedido de autorização para o estudo mencionado em epígrafe, cumpre-me informar V. Ex^a que o mesmo não foi autorizado pelo Sr. Enfermeiro Diretor do Centro Hospitalar do Algarve conforme despacho datado de 23/11/2016, e o qual passo a transcrever o seguinte:

1 - O método de cálculo para efeitos de imputação de custos nos internamentos é por GDH, pelo que, não temos estabelecido um custo diário padrão para este tipo de serviços.

2 – Não temos visitas domiciliárias nesta área, sendo da responsabilidade do CSP.

Com os melhores cumprimentos,



Descrição de custo por internamento (Faro e Portimão)



Boa tarde Sr^a Enfermeira Helena Silva

Serve o presente para informar V. Ex^a relativo ao pedido mencionado em epígrafe que por lapso foi-lhe comunicado que não foi autorizado, sendo que deverá recolher a informação necessária para este estudo conforme o despacho do Sr. Enfermeiro Diretor que passo a transcrever:

- 1 – O método de cálculo para efeitos de imputação de custos nos internamentos é por GDH, pelo que, não temos estabelecido um custo diário padrão para este tipo de serviços.
- 2 – Não temos visitas domiciliárias nesta área, sendo da responsabilidade do CSP.

Com os melhores cumprimentos,



Divisão de Enfermagem

07 MAR. 2017
1702017



centro hospitalar
CHAlgarve
Faro - Portimão - Lagos

Unidade de Investigação
Centro de Formação Investigação e Conhecimento

INFORMAÇÃO

De: Secretariado da Unidade de Investigação
Para: Ex.ª Sr.ª Enfermeira Isabel Jardim Basílio

Data: 06/03/2017

ASSUNTO: Estudo de Caso de Enfermagem – “Alta Precoce Pós-Parto: proposta de modelo hospitalar”

DESPACHO:

Vimos, por este meio, enviar o estudo acima mencionado que se pretende realizar nos Serviços de Obstetria e de Urgência de Obstetria e Ginecologia do Centro Hospitalar do Algarve nas Unidades de Faro e de Portimão.

AO EX: Sr.ª Enfermeira
Directora N.ª H.ª
para deliberação,
Isabel Jardim Basílio
CFC - Área de Enfermagem
06.03.2017

A Investigadora Principal, Enfermeira Helena Margarida da Câmara Pires Plantier Martins da Silva, tem como Orientadora Pedagógica, a Professora Margarida Sim-Sim, Docente na Universidade de Évora.

O estudo surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria, da Universidade de Évora, durante o ensino clínico no serviço de Obstetria e na Urgência de Obstetria e Ginecologia, Unidade de Faro.

Autores
23/3/2017

Este estudo consiste na aplicação de um questionário às mães e pais e outro aos profissionais de enfermagem dos referidos serviços, sendo o seu objectivo, *descrever a opinião dos profissionais e dos utentes sobre a alta precoce, após parto eutócico sem complicações.*

Em defesa:

O estudo obteve autorização da Enfermeira Chefe do Serviço de Urgência de Obstetria e Ginecologia, Antónia Nabais, da Enfermeira Coordenadora do Departamento da Mulher e da Criança, Josefina Torrão e da Directora do Serviço de Obstetria, Ana Paula Silva, tendo sido dado parecer pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar do Algarve.

Este estudo surge
também para
os serviços obsté-
tricos e Bloco de
Parto do Hospital
de Faro, ou seja
obter de os
supervisores de
dos serviços referidos
e do Departamento.

- O processo encontra-se instruído com os seguintes documentos:
- Pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração do CHAlgarve;
 - Pedido de autorização ao Enfermeiro Diretor;
 - Pedido de parecer e resposta da Comissão de Ética;
 - Formulário de inscrição do projecto no CICTS;
 - Plano e cronograma do projecto;
 - Consentimento livre e esclarecido + questionário dirigido a utentes;
 - Consentimento livre e esclarecido + questionário dirigido a profissionais de enfermagem;
 - Curriculum Vitae da mestranda;
 - Curriculum Vitae da orientadora pedagógica.

24/3/2017

O Secretariado Unidade de Investigação do CFC

Ana Agostinho

Ana Agostinho



APÊNDICE D– PEDIDO DE UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO E TRADUÇÃO
DOS MESMOS



Preocupações de algumas mães após o nascimento de um bebé estão listadas aqui. Uma preocupação é questão ou um problema que você tenha. Por favor, leia cada **um** dos itens e decida o quanto cada um lhe diz respeito. Faça um círculo à volta da sua resposta usando a seguinte escala.

1. Sem preocupação: Não pensei sobre isso, ou pensei sobre isso e não estou preocupada, ou não tenho nenhuma preocupação.
2. Pouca preocupação: Pensei sobre isso e não estou preocupada, ou tenho alguma preocupação ou pergunta.
3. Preocupação moderada: Pensei nisso, estou um pouco preocupada.
4. Muita preocupação: Tenho o pensado muito sobre o assunto, ou estou muito preocupada.

Por favor, responda os itens de acordo com a actual situação. A primeira área de preocupação é referente a si.

1. O que come
2. Hábitos de exercício físico
3. Voltar ao normal
4. Voltar a ter ciclo menstrual
5. Corrimento vagina
6. Desconforto relacionado com os pontos (episiotomia)
7. Prisão de ventre
8. Hemorróidas
9. Dor nos seios
10. Cuidados com os seios
11. Fadiga
12. Tensão emocional
13. Incapacidade de concentração
14. Sua experiência durante o trabalho de parto
15. Sentimentos sobre ficar acamada
16. Depressão pós-parto
17. Encontrar tempo para interesses pessoais
18. Ser uma boa mãe

A próxima área refere-se ao SEU BEBÉ

19. Aparência física do bebé
20. Crescimento e desenvolvimento normal
21. Alimentação do bebé (quantidade, frequência)
22. Cuidados físicos (como fraldas, cordão umbilical, circuncisão)
23. Sentir-se confortável a cuidar do bebé
24. Compreender o comportamento do bebé
25. Dormir enquanto o bebé chora
26. Reconhecer sinais de doença
27. Viajar com o bebé
28. Segurança (prevenir de acidentes)
29. Como vestir o bebé (roupas muito quentes ou muito frescas)



A próxima área de preocupações relativas ao SEU PARCEIRO

30. O seu relacionamento com o pai do bebé
31. O parceiro ser um bom pa
32. Ter tempo para recreação
33. Terem tempo um para o outro
34. Relações sexuais
35. Planeamento familiar métodos contraceptivos)

A próxima área relaciona-se com a SUA FAMÍLIA

36. Gerir as necessidades do agregado familiar
37. Mudança no estilo de vida da família
38. Definir limites do número visitas
39. Finanças (Orçamento)
40. Ciúme dos filhos mais velhos em relação ao bebé
41. Ter tempo para os outros filhos

A última área refere-se à SUA COMUNIDADE

42. Mudança nos relacionamentos com amigos solteiros
43. Mudança nos relacionamentos com familiares
44. Mudança no relacionamento com amigos casados
45. Lidar com conselhos de familiares e amigos
46. Acesso a cuidados de saúde, tais como: médicos, hospitais e serviços de vacinação
47. Oferta de recursos comunitários (como amas, e aulas de parentalidade)
48. Acesso a lojas (como farmácias, supermercados)
49. Emprego
50. Acesso a organizações na comunidade (como a igrejas e associações)
51. Tem outras preocupações que não foram mencionadas? Se sim, quais? * Escreva-os aqui. Adicione uma folha de papel se precisar de o fazer.



- *Inquietações maternas*

As preocupações sentidas por algumas mães após o nascimento do seu bebé encontram-se alistadas abaixo. Uma preocupação pode consistir numa questão, inquietação ou problema para si. Leia cada item e decida o quão se identifica com o que está escrito. Depois desenhe um círculo na resposta correspondente de acordo com a seguinte escala:

1. Sem inquietação. Não pensei sobre isso, ou pensei mas não me preocupa; Não tenho inquietações sobre este assunto.
2. Uma pequena inquietação. Pensei sobre o assunto mas não estou preocupada; estou ligeiramente inquietada ou constitui uma questão para mim.
3. Inquietação moderada. Pensei sobre o assunto; estou de certa forma preocupada.
4. Muito inquietação. Pensei muito sobre o assunto: estou muito preocupada.

Responda aos itens de acordo com o que sente no momento presente.

A primeira área de inquietação diz respeito a SI.

	Sem inquietação	Inquietação Ligeira	Inquietação moderada	Muita inquietação
1-A sua alimentação	1	2	3	4
2- Exercício Físico	1	2	3	4
3-Recuperar a silhueta	1	2	3	4
4-Retorno da menstruação	1	2	3	4
5-Descontrolo de esfíncteres vesical	1	2	3	4
6-Desconforto provocado pela sutura	1	2	3	4
7-Prisão de ventre	1	2	3	4
8-Hemorroidas	1	2	3	4
9-Mamas doridas	1	2	3	4
10-Cuidados com as mamas	1	2	3	4
11-Fadiga	1	2	3	4
12-Tensão emocional	1	2	3	4
13-Incapacidade de concentração	1	2	3	4
14-O trabalho de parto e a experiência do parto	1	2	3	4
15- Sentir que foi amarrada	1	2	3	4
16-“Baby blues”- Sentir-se deprimida	1	2	3	4
17-Arranjar tempo para os interesses pessoais	1	2	3	4
18-Ser uma boa mãe	1	2	3	4



A próxima área diz respeito ao SEU BEBÉ.

	Sem inquietação	Inquietação Ligeira	Inquietação moderada	Muita inquietação
19-Aparência física do bebé	1	2	3	4
20- Crescimento e desenvolvimento normal	1	2	3	4
21-Alimentação do bebé (tal como quantidade, frequência)	1	2	3	4
22-Cuidados físicos (tais como mudar fralda, tratar do cordão umbilical, circuncisão)	1	2	3	4
23-Sentir-se confortável em cuidar do bebé	1	2	3	4
24-Interpretar o comportamento do bebé	1	2	3	4
25-Dormir com o choro do bebé	1	2	3	4
26-Reconhecer sinais de doença	1	2	3	4
27-Viajar com o bebé	1	2	3	4
28-Segurança (prevenir acidentes)	1	2	3	4
29-Como vestir o bebé (roupa muito quente ou muito fresca para o ambiente)	1	2	3	4

A próxima área diz respeito ao SEU COMPANHEIRO.

	Sem inquietação	Inquietação Ligeira	Inquietação moderada	Muita inquietação
30-A sua relação com o pai do bebé	1	2	3	4
31-O seu companheiro ser um bom pai	1	2	3	4
32-Ter tempos de lazer	1	2	3	4
33-Ter tempo para estarem juntos	1	2	3	4
34-Relações sexuais	1	2	3	4
35-Planeamento familiar (controlo de natalidade)	1	2	3	4

A próxima área diz respeito à SUA FAMÍLIA.

	Sem inquietação	Inquietação Ligeira	Inquietação moderada	Muita inquietação
36-Gerir as necessidades do agregado familiar	1	2	3	4
37-Mudança no estilo de vida da família	1	2	3	4
38-Definir limites aos visitantes	1	2	3	4
39-Finanças	1	2	3	4
40-Ciúme dos seus filhos mais velhos em relação ao bebé	1	2	3	4
41-Tempo despendido com os outros filhos	1	2	3	4



A última área diz respeito à SUA COMUNIDADE.

	Sem inquietação	Inquietação Ligeira	Inquietação moderada	Muita inquietação
42-Mudança no relacionamento com amigos solteiros	1	2	3	4
43- Mudança no relacionamento com os familiares	1	2	3	4
44-Mudança de relacionamento com amigos casados	1	2	3	4
45-Conselhos de familiares ou amigos	1	2	3	4
46-Aceder às instalações de saúde, tais como consultório médico, hospital, clínicas de vacinas)	1	2	3	4
47-A disponibilidade dos recursos comunitários (tais como, <i>babysitters</i> , aulas para pais)	1	2	3	4
48-A facilidade em chegar às lojas (tais como farmácias, mercearias)	1	2	3	4
49-Emprego fora de casa ou fora da quinta	1	2	3	4
50-Participação em organizações da comunidade (tais como bowling, igreja)	1	2	3	4
51-Tem outras inquietações que não estão alistadas? Em caso afirmativo, descreva-as aqui. Acrescente uma folha de papel se precisar.	1	2	3	4

Fig.1 Questionário de Inquietações maternas



Preocupações das mães

As preocupações de algumas mães depois do nascimento de um bebé estão listadas em baixo. Uma preocupação é algo que gera uma questão ou causa ansiedade ou um problema para si. Por favor leia cada item e decida quanto o tema a preocupa. Ponha o círculo na resposta usando a escala.

- 1- Sem preocupação. Eu não pensei acerca disso, ou pensei sobre o assunto e não me preocupo. Não tenho preocupação.
- 2- Pouca preocupação. Pensei no assunto e não estou preocupado. Tenho alguma preocupação ou pergunta.
- 3- Preocupação moderada. Pensei sobre o assunto. Estou um pouco preocupada.
- 4- Muito preocupação. Pensei muito sobre o assunto. Eu estou muito preocupada.

Por favor responda às questões em relação ao como se sente neste momento.

:

A primeira área de preocupação para si neste momento é

	Sem Preocupação	Pouca Preocupação	Preocupação Moderada	Muita Preocupação
1: Comida que come	1	2	3	4
2: Exercício Físico	1	2	3	4
3: Retorno à silhueta normal	1	2	3	4
4: Retorno do período menstrual	1	2	3	4
5: Descarga Vaginal	1	2	3	4
6: Desconforto dos pontos (episioplastia)	1	2	3	4
7: Prisão de ventre	1	2	3	4
8: Hemórridas	1	2	3	4
9: Dores nas mamas	1	2	3	4
10: Cuidado com as mamas	1	2	3	4
11: Fadiga	1	2	3	4
12: Tensão Emocional	1	2	3	4
13: Falta de concentração	1	2	3	4
14: O seu trabalho de parto e parto	1	2	3	4
15: Falta de liberdade	1	2	3	4
16: Sentir-se deprimida	1	2	3	4
17: Ter tempo para si própria	1	2	3	4
18: Ser uma boa mãe	1	2	3	4



A próxima secção é sobre o seu bebé				
	Sem Pre-ocupação	Pouca Pre-ocupação	Pre-ocupação Moderada	Muita Pre-ocupação
19: Aparência do bebé	1	2	3	4
20: Crescimento e desenvolvimento normal	1	2	3	4
21: Aleitamento materno (como quantidade e frequência)	1	2	3	4
22: Cuidado físico (como mudança de fraldas, cuidado com cordão umbilical e circuncisão)	1	2	3	4
23: Sentir-se confortável a mexer no bebé	1	2	3	4
24: Entender o comportamento do bebé	1	2	3	4
25: Não ouvir o bebé chorar	1	2	3	4
26: Reconhecer quando o bebé está doente.	1	2	3	4
27: Viajar com o bebé.	1	2	3	4
28: Segurança (Prevenir acidentes com o Bebé)	1	2	3	4
29: Como vestir o bebé (roupa que é demasiado quente ou demasiado fria para o ambiente)	1	2	3	4
A próxima secção é acerca do seu companheiro				
	Sem Pre-ocupação	Pouca Pre-ocupação	Pre-ocupação Moderada	Muita Pre-ocupação
30: A sua relação com o pai do bebé	1	2	3	4
31: O companheiro ser um bom pai	1	2	3	4
32: Encontrar tempo para recreação	1	2	3	4
33: Encontrar tempo para estarem sós	1	2	3	4
34: Relações sexuais	1	2	3	4
35: Planeamento Familiar (controlo de natalidade)	1	2	3	4



A sua família				
	Sem Pre-ocupação	Pouca Pre-ocupação	Pre-ocupação Moderada	Muita Pre-ocupação
36: Gerir as necessidades do lar	1	2	3	4
37: Mudança dos hábitos familiares	1	2	3	4
38: Limitar o numero de visitas	1	2	3	4
39: Finanças	1	2	3	4
40: Ciúmes do bebé por parte do irmão mais velho	1	2	3	4
41: Tempo que se tem para passar com as outras crianças	1	2	3	4
A sua comunidade				
	Sem Pre-ocupação	Pouca Preocupação	Preocupação Moderada	Muita Pre-ocupação
42: Mudança de relação com amigos solteiros	1	2	3	4
43: Mudança de relação com familiares	1	2	3	4
44: Mudança de relações com amigos casados	1	2	3	4
45: Conselhos de familiares ou amigos	1	2	3	4
46: Ir a centros de cuidados de saúde, (como consultório médico, hospital, centro de saúde)	1	2	3	4
47: A disponibilidade de recursos comunitários (como cresces e classes para pais)	1	2	3	4
48: Facilidades em chegar a locais (como lojas, farmácia)	1	2	3	4
49: Emprego fora de casa	1	2	3	4
50: Participação em associações (Desportivas, Igreja)	1	2	3	4
51: tem outras preocupações não listada, se sim por favor descreva.				



APÊNDICE E- QUESTIONÁRIOS ENFERMEIROS E QUESTIONÁRIOS
PUÉRPEROS



Consentimento Livre e Esclarecido

Estimada Senhora, agora na qualidade de mãe

Sou Helena Margarida da Câmara Pires Plantier Martins da Silva, apresento-me como estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Universidade de Évora.

No âmbito deste curso desenvolvo um trabalho de investigação cujo tema recai sobre a opinião das mães, relativamente à alta para casa, aproximadamente às 24 horas, depois do parto sem complicações.

A sua colaboração é muito importante para a realização deste trabalho, facto pelo qual, a convido a responder ao questionário que se segue. Garanto a confidencialidade dos dados, pois em nenhum momento será referido o nome ou qualquer dado de identificação. A participação é voluntária e pode desistir em qualquer momento.

Quando o estudo terminar, respeitando o compromisso de dar conhecimento à instituição onde se realiza a investigação, os resultados serão enviados ao Sr. Enfermeiro-Diretor. Caso tenha alguma dúvida, pode contactar-me pelo telemóvel 938913200 ou através do mail lenitaplantiersilva@gmail.com.

O trabalho é orientado pela Prof^a. Margarida Sim-Sim (PhD; OE 34070) da Universidade de Évora.

Por favor, dê-nos o seu Consentimento, se concorda com a frase seguinte:

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

Faro/Portimão, _____ de _____ de 2016

Mestranda

Participante

Helena Silva (Lic.; OE 24711)

1.Data de nascimento da mãe do bebé ____/____/____	2. Data nascimento do pai do bebé ____/____/____	3.Dia e hora do nascimento do bebé ____/____/____ hora ____ minutos
---	---	--

4.Dia e hora em que terminou o preenchimento deste questionário

____/____/____ hora ____ minutos

5.Este estudo tem continuidade. Caso a senhora queira participar já em sua casa, deixe-nos o seu e-mail



Secção 1: Preocupações das mães depois do nascimento do bebé. Uma preocupação causa ansiedade, levanta uma questão ou um problema. Por favor leia cada frase e diga-nos qual o seu nível de preocupação (Sheil et al, 1993). Assinale com X na resposta usando a escala que vai de “sem preocupação” até “muita preocupação”.

Uma das primeiras preocupações é referente a SI	Sem Preocupação	Pouca Preocupação	Preocupação Moderada	Muita Preocupação
1: Comida que come	1	2	3	4
2: Exercício/atividade Física	1	2	3	4
3: Regresso do corpo à forma/silhueta normal	1	2	3	4
4: Retorno do período menstrual	1	2	3	4
5: Corrimento/secreções Vaginais	1	2	3	4
6: Desconforto dos pontos (episiórrafia) 0.Não se aplica	1	2	3	4
7: Prisão de ventre – Obstipação	1	2	3	4
8: Hemorroidas	1	2	3	4
9: Mamas doridas ou com caroços ou ingurgitadas	1	2	3	4
10: Cuidados com as mamas	1	2	3	4
11: Cansaço/Fadiga	1	2	3	4
12: Tensão/sensibilidade Emocional	1	2	3	4
13: Capacidade de concentração	1	2	3	4
14: A experiência que viveu no trabalho de parto e parto	1	2	3	4
15: Sentir falta de liberdade	1	2	3	4
16: Sentir-se deprimida	1	2	3	4
17: O facto de ter tempo para si própria	1	2	3	4
18: O facto de ser uma boa mãe	1	2	3	4

A próxima secção é sobre o seu bebé	Sem Preocupação	Pouca Preocupação	Preocupação Moderada	Muita Preocupação
19: Aparência física do bebé	1	2	3	4
20: Crescimento e desenvolvimento normal	1	2	3	4
21: Alimentação do bebe (quantidade e nº de vezes)	1	2	3	4
22: Cuidado físico (muda de fraldas, cordão umbilical...)	1	2	3	4
23: Sentir-se confortável a pegar/cuidar/mexer no bebé	1	2	3	4
24: Entender o comportamento/manifestações do bebé	1	2	3	4
25: Não dar conta que o bebé chora	1	2	3	4
26: Reconhecer quando o bebé está doente.	1	2	3	4
27: Viajar com o bebé.	1	2	3	4
28: Segurança (Evitar acidentes domésticos com o bebé)	1	2	3	4
29: Como vestir o bebé (roupa apropriada nem quente/fria)	1	2	3	4

A próxima secção é acerca do seu companheiro (se não tem companheiro passe a secção seguinte)	Sem Preocupação	Pouca Preocupação	Preocupação Moderada	Muita Preocupação
30: A sua relação com o pai do bebé	1	2	3	4
31: O companheiro ser um bom pai	1	2	3	4
32: Encontrar tempo para sair/recreação	1	2	3	4
33: Encontrar tempo para estarem sós	1	2	3	4
34: Relações sexuais	1	2	3	4
35: Planeamento Familiar (método de contraceção)	1	2	3	4



A sua família		Sem Preocupação	Pouca Preocupação	Preocupação Moderada	Muita Preocupação
36: Lidar com as necessidades domésticas		1	2	3	4
37: Mudança do estilo de vida familiar		1	2	3	4
38: Lidar com o número de visitas ao bebé e mãe		1	2	3	4
39: Finanças familiares		1	2	3	4
40: Ciúmes do irmão relativamente ao bebé	0.Não se aplica	1	2	3	4
41: Tempo que tem para os outros filhos	0.Não se aplica	1	2	3	4

No local onde vive, na sua comunidade		Sem Preocupação	Pouca Preocupação	Preocupação Moderada	Muita Preocupação
42: Mudança de relação com amigos solteiros		1	2	3	4
43: Mudança de relação com familiares		1	2	3	4
44: Mudança de relações com amigos casados		1	2	3	4
45: Conselhos dados por familiares ou amigos		1	2	3	4
46: Ter acesso a cuidados no Centro de Saúde ou consultório		1	2	3	4
47: A disponibilidade de recursos como creches, amas ou cursos/informação para pais		1	2	3	4
48: Acesso a loja, farmácia, supermercado etc.		1	2	3	4
49: Facilidade/Oportunidade de emprego fora de casa		1	2	3	4
50: Participação em atividades (Clubes, Desporto, Igreja)		1	2	3	4

51: Tem outras preocupações não listada, se sim por favor descreva.

--

Secção 2: Opinião sobre a estadia na maternidade

6. Na sua opinião, o tempo que esteve neste serviço depois do bebé nascer foi

1. Pouco Tempo
 2. Tempo adequado
 3. Demasiado tempo

7. Para o seu caso, qual o tempo de internamento ideal, depois do bebé nascer (assinale com X)

8h	12 h	24h (1 dia)	48h (2 dias)	72h (3 dias)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Seria adequado que a maternidade do hospital tivesse um serviço com internamento de 24h para o parto e realização de primeira visita a casa pela enfermeira até às 48h pós-parto?

1. Sim	2. Não
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Se a maternidade do hospital tivesse esse serviço, utilizaria?

1. Sim	2. Não
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Secção 3: Dados sociodemográficos. Por favor preencha ou marque X

<p>10. O seu Estado Civil:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Solteira.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Casada ou união de facto</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Divorciada</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Viúva</p>	<p>11. O seu filho(a) agora nascido é o:</p> <p><input type="checkbox"/> 1º filho</p> <p><input type="checkbox"/> 2º filho</p> <p><input type="checkbox"/> 3º filho</p> <p><input type="checkbox"/> 4º filho ou mais</p>	<p>12. A sua Escolaridade</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Completou o 9ºAno</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Completou o 12ºAno</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Fez um curso técnico</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Bacharelato ou Licenciatura</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Doutoramento</p>
--	--	---



13. Profissão _____	14. Nacionalidade _____	15. Há quanto tempo vive aqui neste país? _____ meses _____ anos <input type="checkbox"/> Sempre viveu aqui neste país
------------------------	----------------------------	--

Secção 4: Dados da Gravidez e Parto. Por favor responda às seguintes questões ou assinale um X

<p>16. Foi a quantas consultas de gravidez? _____</p> <p>17. Quem a vigiou nesta gravidez?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Médico <input type="checkbox"/> 2. Parteira <input type="checkbox"/> 3. Enfermeira Parteira <input type="checkbox"/> 4. Médico, Parteira, Enfermeira-Parteira <input type="checkbox"/> 5. Outro <input type="checkbox"/> 6. Gravidez não foi vigiada</p> <p>18. Qual o seu peso no <u>final</u> da gravidez _____ Kg</p> <p>19. Qual o seu peso <u>antes</u> da gravidez _____ Kg</p> <p>20. Qual a sua altura _____ m</p> <p>21. Frequentou Curso de Preparação para o Parto? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p>	<p>22. Quando se deu o parto a senhora tinha _____ meses de gravidez e/ou _____ semanas</p> <p>23. Tipo de Parto: <input type="checkbox"/> 1. Normal (vaginal mais comum) <input type="checkbox"/> 2. Parto na água <input type="checkbox"/> 3. Ventosa <input type="checkbox"/> 4. Fórceps <input type="checkbox"/> 5. Cesariana</p> <p>24. Sexo do seu filho(a) que agora nasceu: <input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Feminino</p> <p>25. Comprimento do bebé ao nascer _____ cm</p> <p>26. Peso do bebé ao nascer _____ Kg</p>
<p>27. Até à hora em que termina este questionário, que alimentação foi dada ao seu filho no hospital?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Só Leite materno <input type="checkbox"/> 2. Leite artificial <input type="checkbox"/> 3. Leite materno e leite artificial</p>	<p>28. O seu bebé foi colocado a mamar, depois do parto, aproximadamente quanto tempo depois? _____ minutos _____ horas</p>
<p>29. Como prevê alimentar o seu bebé em casa?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Só Leite materno <input type="checkbox"/> 2. Leite artificial <input type="checkbox"/> 3. Leite materno e leite artificial</p>	

Muito obrigada.
Agradeço muito o tempo que gastou a responder a este questionário,
pois é um bom contributo para o meu estudo.



Consentimento Livre e Esclarecido

Caro(a) Sr^o(a) Enfermeiro(a)

Sou Helena Margarida da Câmara Pires Plantier Martins da Silva, apresento-me como estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Universidade de Évora.

No âmbito deste curso desenvolvo um trabalho de investigação cujo tema recai sobre a opinião dos enfermeiros do bloco de partos e serviço de obstetrícia, relativamente à alta para casa, aproximadamente às 24 horas, depois do parto sem complicações.

A sua colaboração é muito importante para a realização deste trabalho, facto pelo qual, a convido a responder ao questionário que se segue. Garanto a confidencialidade dos dados, pois em nenhum momento será referido o nome ou qualquer dado de identificação. A participação é voluntária e pode desistir em qualquer momento.

Quando o estudo terminar, respeitando o compromisso de dar conhecimento à instituição onde se realiza a investigação, os resultados serão enviados ao Sr. Enfermeiro-Diretor. Caso tenha alguma dúvida, pode contactar-me pelo telemóvel 938913200 ou através do mail lenitaplantiersilva@gmail.com.

O trabalho é orientado pela Prof^a. Margarida Sim-Sim (PhD; OE 34070) da Universidade de Évora.

Por favor, dê-nos o seu Consentimento, se concorda com a frase seguinte:

Eu, sendo responsável pelos meus atos, declaro que compreendi as intenções deste estudo, permito o uso dos meus dados e disponho-me a participar. Assim assino este consentimento

Faro/Portimão, _____ de _____ de 2016

Mestranda

Participante

Helena Silva (Lic.; OE 24711)



Secção 1: Uma preocupação é algo que levanta uma questão ou um problema. Qual o nível de preocupação que supõe que o Enfermeiro(a) deve ter quando faz ensino à mulher para a alta pós-parto? Assinale com X a resposta usando a escala que vai de “sem preocupação” até “muita preocupação” (adaptado de Sheil et al, 1993)

Preocupações acerca da puérpera	Sem Preocupação	Pouca Preocupação	Preocupação Moderada	Muita Preocupação
1: Comida que come	1	2	3	4
2: Exercício/atividade Física	1	2	3	4
3: Regresso à silhueta normal	1	2	3	4
4: Retorno do período menstrual	1	2	3	4
5: Secreções Vaginais	1	2	3	4
6: Episiorragia	1	2	3	4
7: Obstipação	1	2	3	4
8: Hemorroidas	1	2	3	4
9: Ingurgitadas mamário	1	2	3	4
10: Cuidados com as mamas	1	2	3	4
11: Fadiga	1	2	3	4
12: Sensibilidade Emocional	1	2	3	4
13: Capacidade de concentração	1	2	3	4
14: A experiência do trabalho de parto e parto	1	2	3	4
15: Sentir falta de liberdade	1	2	3	4
16: “Baby blues”- sentimentos depressivos	1	2	3	4
17: O facto de ter tempo para ela própria	1	2	3	4
18: O facto de ser uma boa mãe	1	2	3	4

Preocupações sobre o Recém-nascido(RN)	Sem Preocupação	Pouca Preocupação	Preocupação Moderada	Muita Preocupação
19: Aparência física do RN	1	2	3	4
20: Crescimento e desenvolvimento normal	1	2	3	4
21: Alimentação do RN (quantidade e nº de vezes)	1	2	3	4
22: Cuidado físico (muda de fraldas, cordão umbilical...)	1	2	3	4
23: Sentir-se confortável a pegar/cuidar/mexer no RN	1	2	3	4
24: Entender o comportamento do RN	1	2	3	4
25: Não dar conta que o RN chora	1	2	3	4
26: Reconhecer quando o RN está doente.	1	2	3	4
27: Viajar com o RN.	1	2	3	4
28: Segurança (Evitar acidentes domésticos com o RN)	1	2	3	4
29: Como vestir o RN (roupa apropriada nem quente/fria)	1	2	3	4

Preocupações acerca do companheiro da puérpera	Sem Preocupação	Pouca Preocupação	Preocupação Moderada	Muita Preocupação
30: A relação da puérpera com o pai do RN	1	2	3	4
31: O companheiro da puérpera ser um bom pai	1	2	3	4
32: Encontrar tempo para sair/recreação	1	2	3	4
33: Encontrar tempo para estarem sós	1	2	3	4
34: Relações sexuais	1	2	3	4
35: Planeamento Familiar (método de contraceção)	1	2	3	4



Preocupações em relação á família da puérpera	Sem Preocupação	Pouca Preocupação	Preocupação Moderada	Muita Preocupação
36: Lidar com as necessidades domésticas	1	2	3	4
37: Mudança do estilo de vida familiar	1	2	3	4
38: Lidar com o número de visitas ao RN e mãe	1	2	3	4
39: Finanças familiares	1	2	3	4
40: Ciúmes do irmão relativamente ao RN	1	2	3	4
41: Tempo que tem para os outros filhos	1	2	3	4

Preocupações sobre a comunidade onde a puérpera está inserida	Sem Preocupação	Pouca Preocupação	Preocupação Moderada	Muita Preocupação
42: Mudança de relação com amigos solteiros	1	2	3	4
43: Mudança de relação com familiares	1	2	3	4
44: Mudança de relações com amigos casados	1	2	3	4
45: Conselhos dados por familiares ou amigos	1	2	3	4
46: Ter acesso a cuidados no Centro de Saúde ou consultório	1	2	3	4
47: A disponibilidade de recursos como creches, amas ou cursos/informação para pais	1	2	3	4
48: Acesso a loja, farmácia, supermercado etc.	1	2	3	4
49: Oportunidade de emprego fora de casa	1	2	3	4
50: Participação em atividades (Clubes, Desporto, Igreja)	1	2	3	4

51: Tem outras preocupações não listada, se sim por favor descreva.

--

Secção 2: Opinião sobre a estadia na maternidade (assinale com X).

1. Qual a sua opinião, sobre o tempo habitual (48h) de internamento no serviço de puerpério:

1. Pouco Tempo
 2. Tempo adequado
 3. Demasiado tempo

2. Após um parto eutócico sem complicações, na sua opinião, qual o período de tempo adequado de internamento?

8h	12 h	24h (1 dia)	48h (2 dias)	72h (3 dias)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Na alta às 24 horas, julga necessário um contacto telefónico entre as 6 ou 12h após a alta?

1. Sim 2. Não

4. Na alta às 24 horas, julga necessário acompanhamento por enfermeira do hospital em visita domiciliaria?

1. Sim 2. Não

5. Seria adequado que a maternidade tivesse um serviço com internamento de 24h para o parto e 1ª visita a casa pela enfermeira do hospital até às 48h pós-parto?

1. Sim 2. Não



Considere a escala abaixo de 0 a 9 pontos e responda às questões 6 e 7, considerando a situação de um parto eutócico sem complicações

6.O nível de utilização das mulheres a um programa com internamento de 24h para o parto e posterior contacto telefónico e visita domiciliária pela enfermeira do hospital poderia ser na sua perspetiva

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Sem utilização									Utilização máxima

7.O nível de adesão das enfermeiras a um programa com internamento de 24h para o parto e posterior contacto telefónico e visita domiciliária pela enfermeira do hospital poderia ser na sua perspetiva

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Sem Utilização									Adesão máxima

Secção 3: Conceito de Enfermeiro Gestor de Caso

8. Já ouviu falar de Enfermeiro Gestor de Caso?

1. Sim	2. Não

9. Ainda que não tenha ouvido falar, assinale com um X o conceito que supõe corresponder à função de Enfermeiro Gestor de Caso:

1. Gestor de Caso é um elemento da equipa de enfermagem, com competências técnicas e relacionais, que lidera o processo de tomada de decisão, gere os cuidados para evitar a dispersão dos mesmos e proporciona um serviço direcionado e coerente.	
2. O Gestor de Caso é responsável pelos cuidados domiciliários e trabalha independentemente.	
3. O Gestor de Casos é um elemento da equipa de enfermagem que certifica que os critérios para a alta precoce foram cumpridos.	

10. De acordo com o seu entendimento sobre as funções do Enfermeiro Gestor de Casos, no contexto da alta precoce no puerpério, este deve ser:

1.Enfermeiro Especialista em Saúde Materna	
2.Enfermeiro Generalista	
3.Outro profissional de saúde	

11. Supondo a existência de um serviço domiciliário para a alta precoce, qual o profissional que considera mais adequado para a realizar?

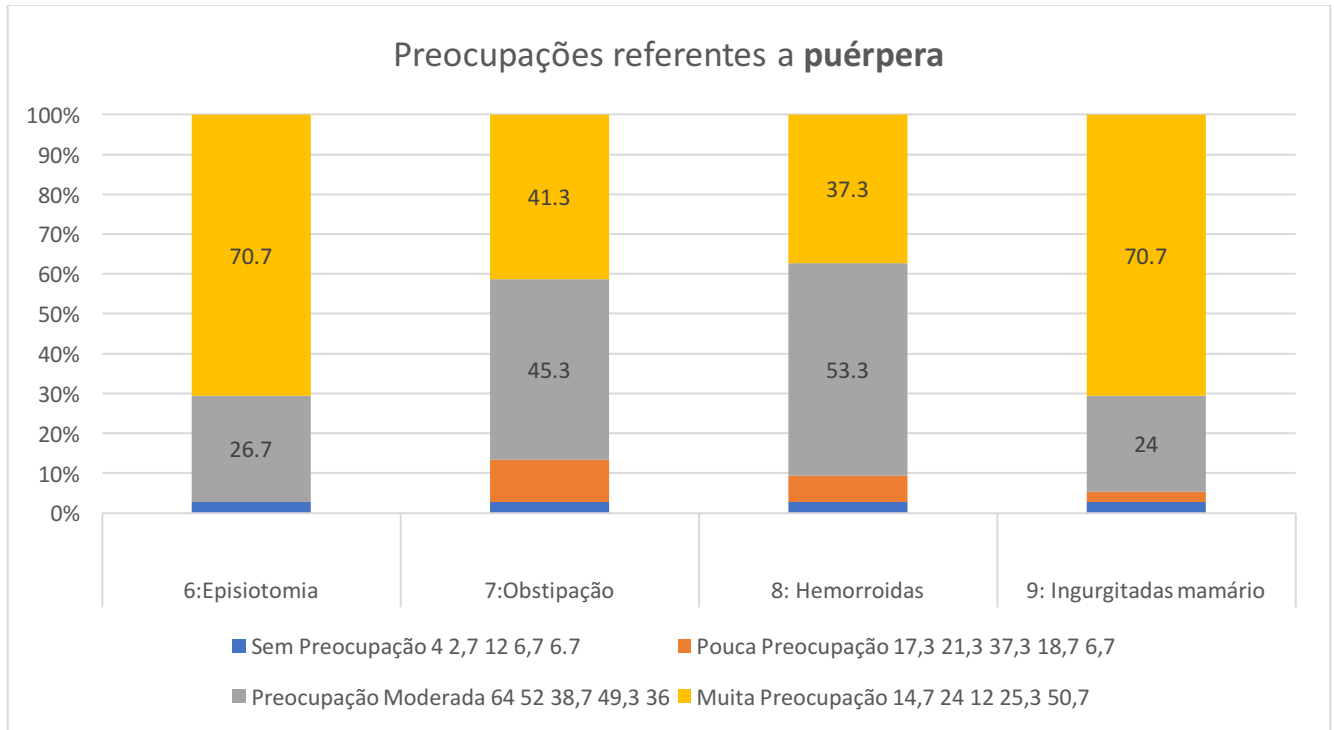
1. Enfermeiro Especialista Saúde Materna (hospital)	
2. Enfermeiro Especialista Saúde Materna (Centro de Saúde)	
3. Enfermeiro Generalista (hospital)	
4. Enfermeiro Generalista (Centro de Saúde)	
5. Enfermeiro Especialista de Saúde Comunitária	



APÊNDICE F – RESULTADOS ENFERMEIROS

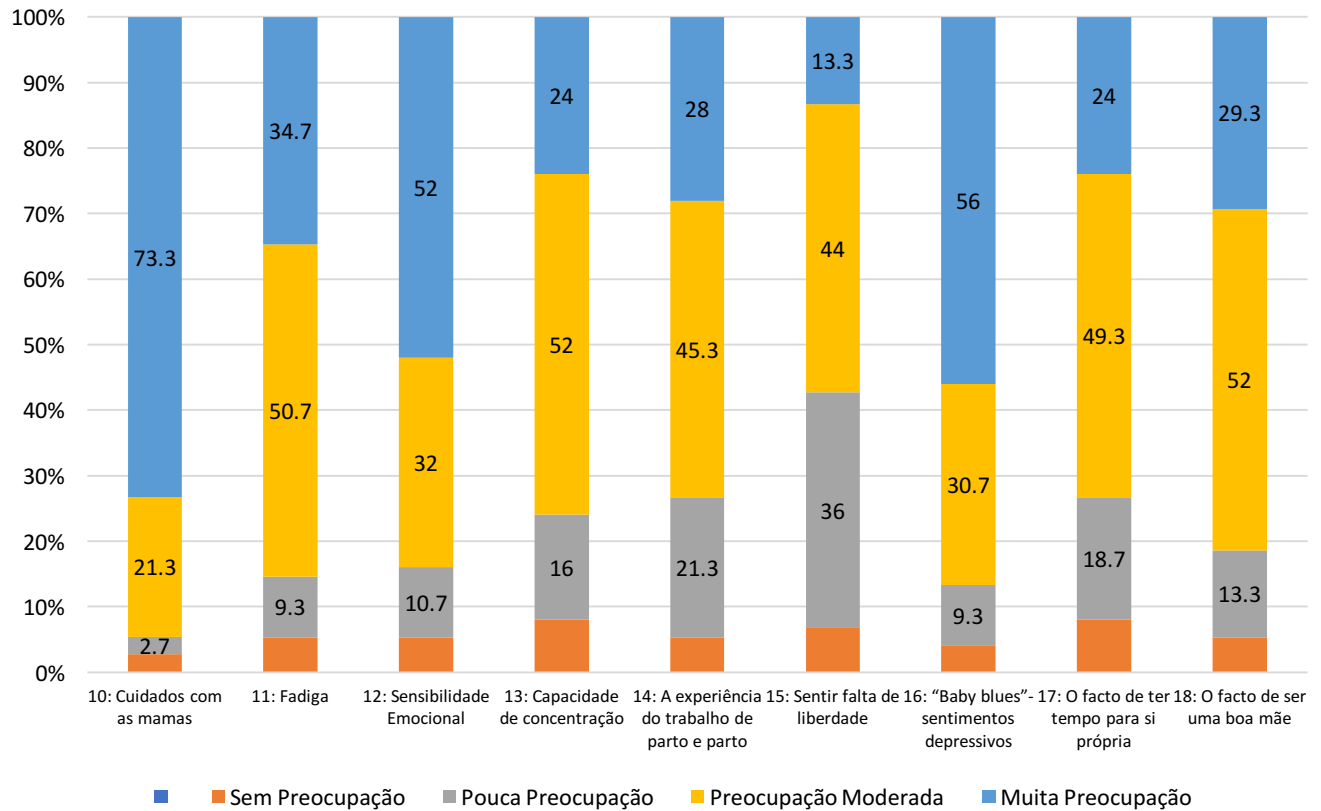


Preocupações referentes a puérpera	Sem Pre-ocupação	Pouca Pre-ocupação	Preocupação Moderada	Muita Pre-ocupação
1: Comida que come	4,0	17,3	64,0	14,7
2: Exercício/atividade Física	2,7	21,3	52	24
3: Regresso à silhueta normal	12	37,3	38,7	12
4: Retorno do período menstrual	6,7	18,7	49,3	25,3
5: Secreções Vaginais	6,7	6,7	36	50,7
6: Episiorrafia	2,7	0	26,7	70,7
7: Obstipação	2,7	10,7	45,3	41,3
8: Hemorroidas	2,7	6,7	53,3	37,3
9: Ingurgitamento mamário	2,7	2,7	24	70,7
10: Cuidados com as mamas	2,7	2,7	21,3	73,3
11: Fadiga	5,3	9,3	50,7	34,7
12: Sensibilidade Emocional	5,3	10,7	32	52
13: Capacidade de concentração	8	16	52	24
14: A experiência do trabalho de parto e parto	5,3	21,3	45,3	28
15: Sentir falta de liberdade	6,7	36	44	13,3
16: “Baby blues”- sentimentos depressivos	4	9,3	30,7	56
17: O facto de ter tempo para si própria	8	18,7	49,3	24
18: O facto de ser uma boa mãe	5,3	13,3	52	29,3



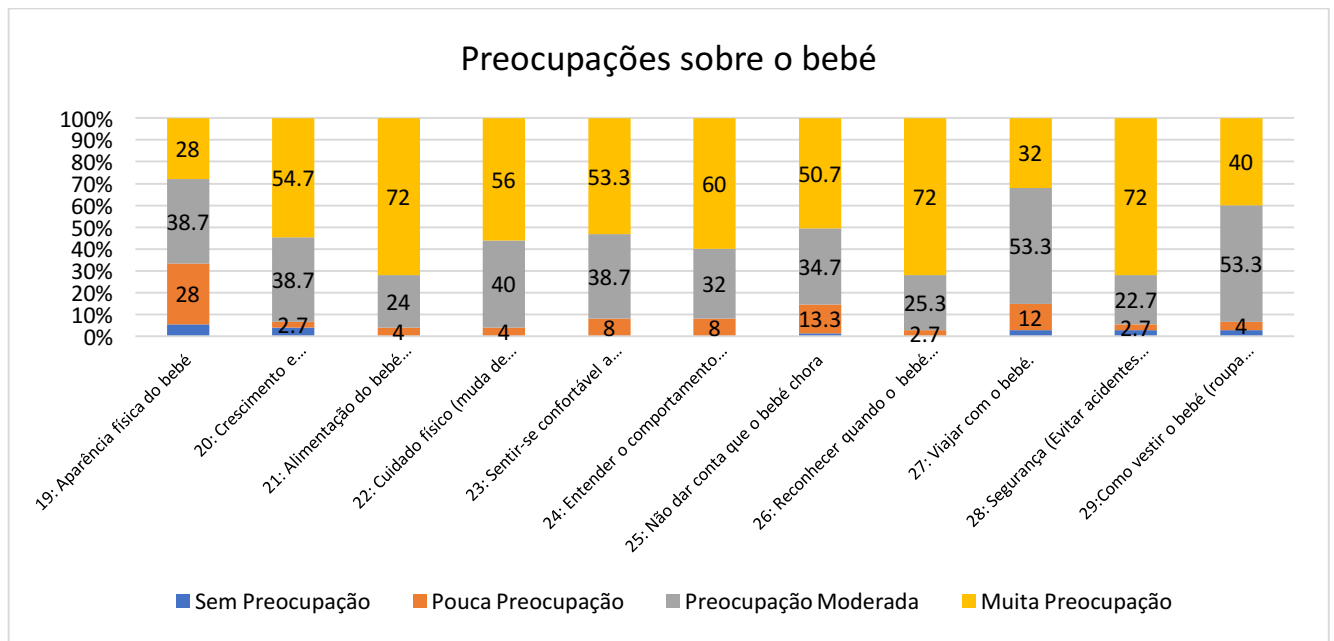


Preocupações referentes a puérpera



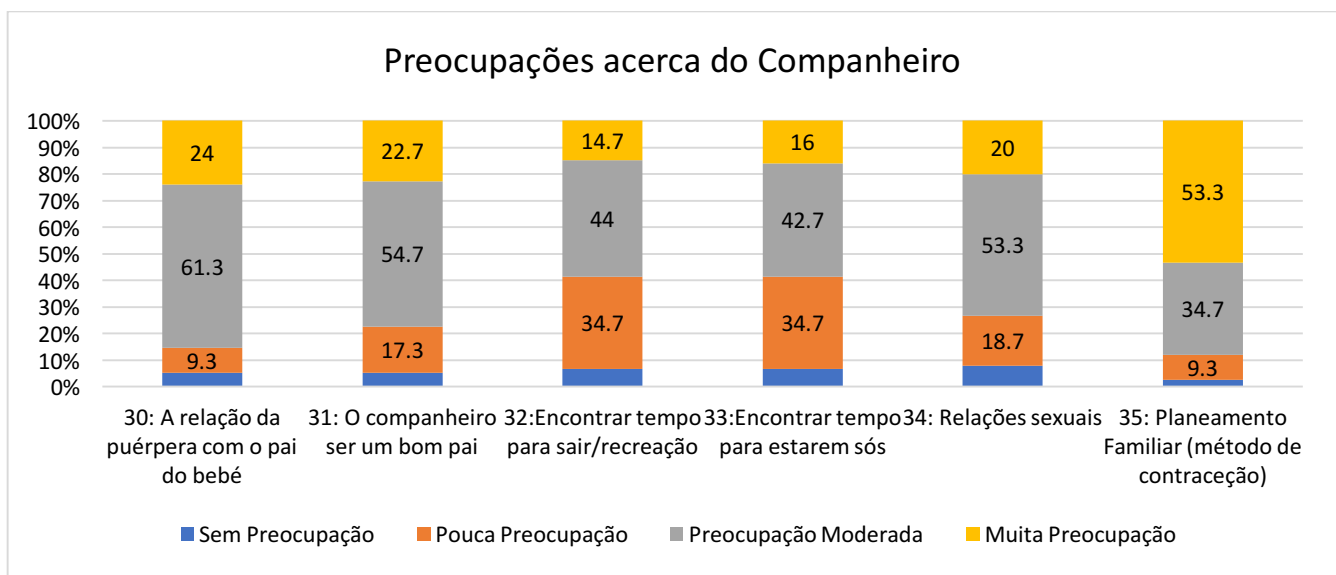


Preocupações sobre o bebé	Sem Pre-ocupação	Pouca Pre-ocupação	Preocupação Moderada	Muita Pre-ocupação
19: Aparência física do bebé	5,3	28	38,7	28
20: Crescimento e desenvolvimento normal	4	2,7	38,7	54,7
21: Alimentação do bebé (quantidade e nº de vezes)	0	4	24	72
22: Cuidado físico (muda de fraldas, cordão umbilical...)	0	4	40	56
23: Sentir-se confortável a pegar/cuidar/mexer no bebé	0	8	38,7	53,3
24: Entender o comportamento do bebé	0	8	32	60
25: Não dar conta que o bebé chora	1,3	13,3	34,7	50,7
26: Reconhecer quando o bebé está doente.	0	2,7	25,3	72
27: Viajar com o bebé.	2,7	12	53,3	32
28: Segurança (Evitar acidentes domésticos com o bebé)	2,7	2,7	22,7	72
29: Como vestir o bebé (roupa apropriada nem quente/fria)	2,7	4	53,3	40



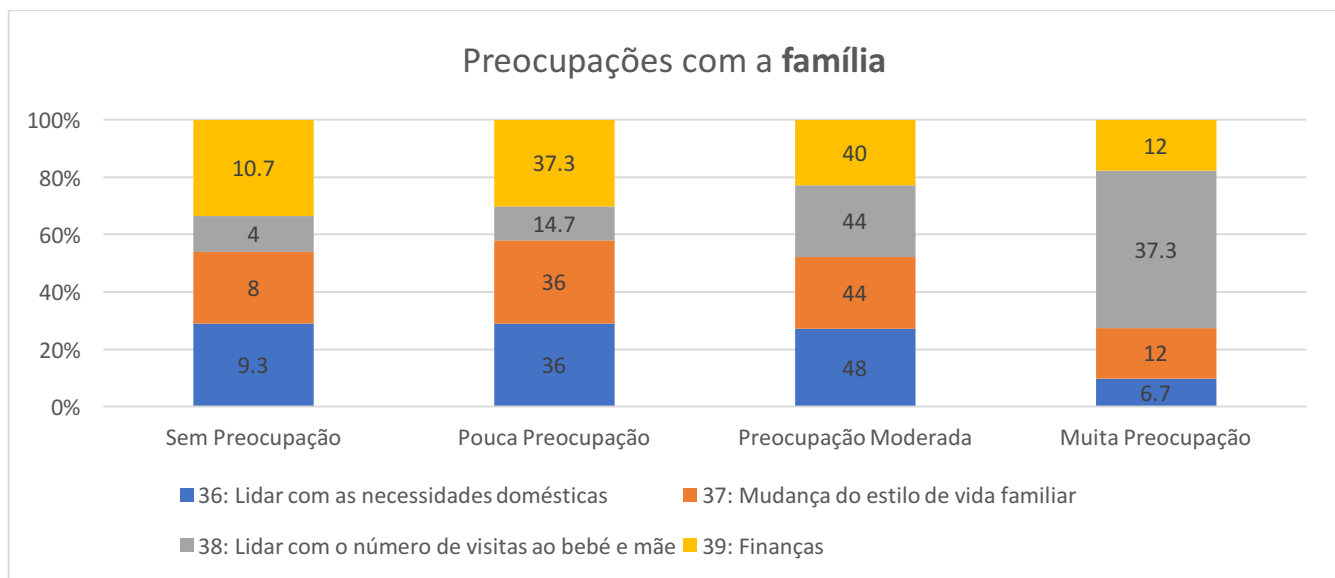


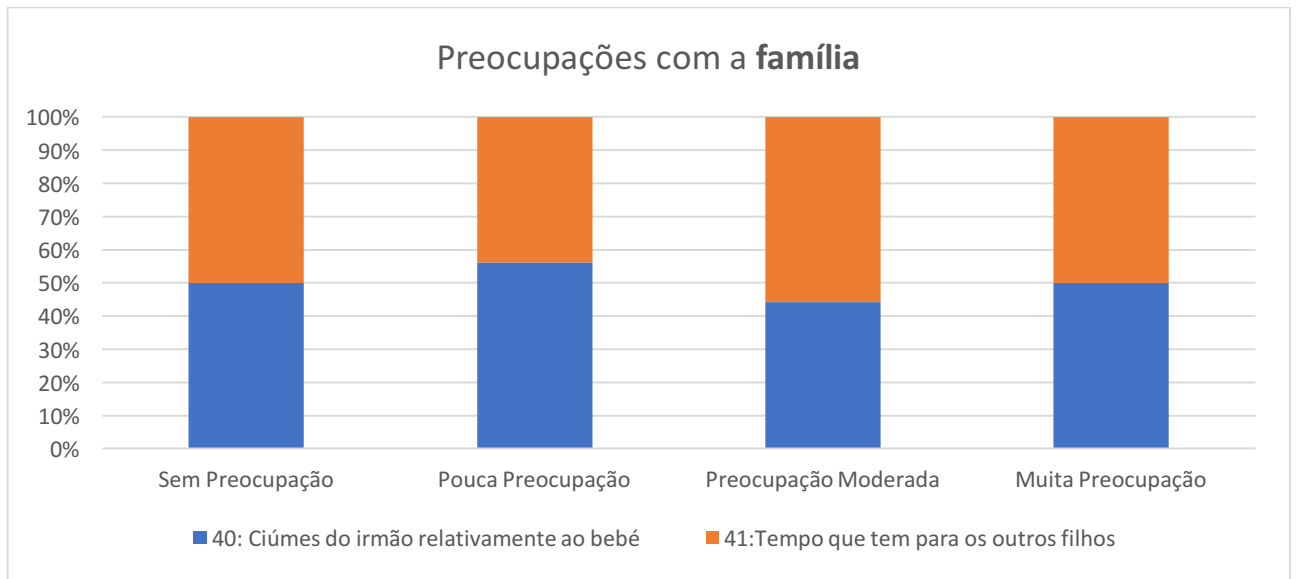
Preocupações acerca do companheiro	Sem Pre-ocupação	Pouca Pre-ocupação	Preocupação Moderada	Muita Pre-ocupação
30: A relação da puérpera com o pai do bebé	5,3	9,3	61,3	24
31: O companheiro ser um bom pai	5,3	17,3	54,7	22,7
32: Encontrar tempo para sair/recreação	6,7	34,7	44	14,7
33: Encontrar tempo para estarem sós	6,7	34,7	42,7	16
34: Relações sexuais	8	18,7	53,3	20
35: Planeamento Familiar (método de contraceção)	2,7	9,3	34,7	53,3



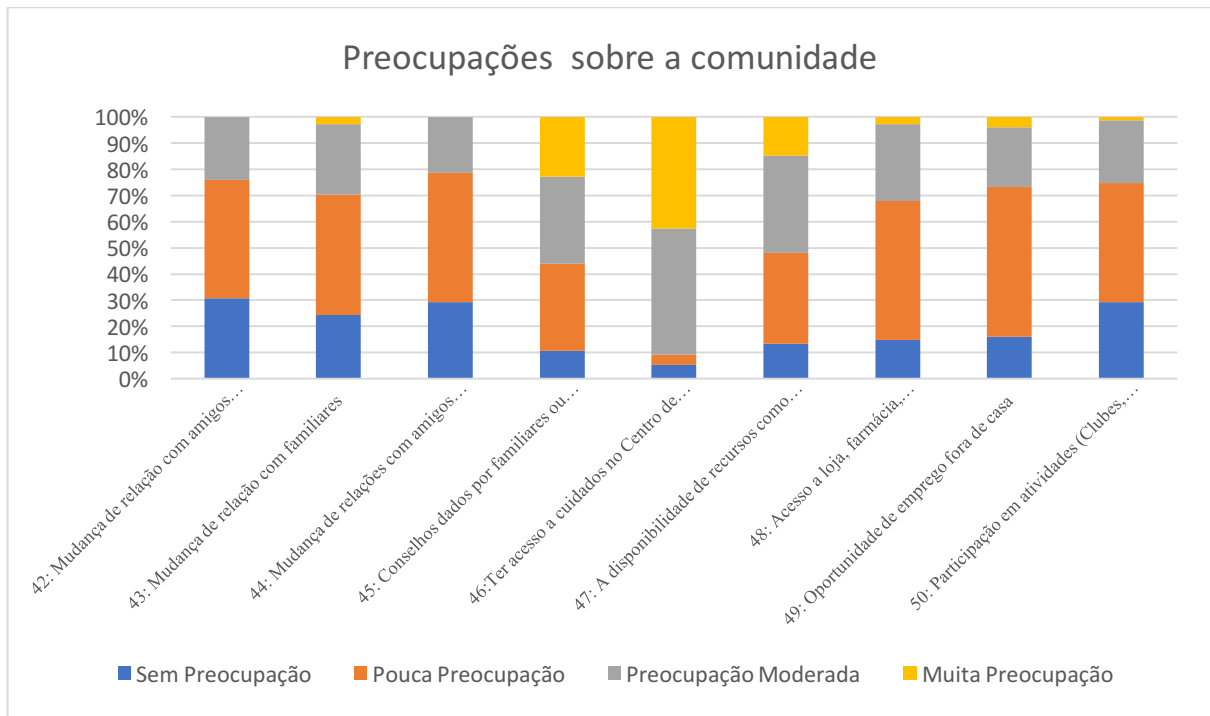


Preocupações com a família	Sem Pre-ocupação	Pouca Pre-ocupação	Preocupação Moderada	Muita Pre-ocupação
36: Lidar com as necessidades domésticas	9,3	36	48	6,7
37: Mudança do estilo de vida familiar	8	36	44	12
38: Lidar com o número de visitas ao bebé e mãe	4	14,7	44	37,3
39: Finanças	10,7	37,3	40	12
40: Ciúmes do irmão relativamente ao bebé	8	36	30,7	25,3
41: Tempo que tem para os outros filhos	8	28	38,7	25,3





Preocupações sobre a comunidade	Sem Pre-ocupação	Pouca Preocupação	Preocupação Moderada	Muita Preocupação
42: Mudança de relação com amigos solteiros	30,7	45,3	24	0
43: Mudança de relação com familiares	24,3	45,9	27	2,7
44: Mudança de relações com amigos casados	29,3	49,3	21,3	0
45: Conselhos dados por familiares ou amigos	10,7	33,3	33,3	22,7
46: Ter acesso a cuidados no Centro de Saúde ou consultório	5,3	4	48	42,7
47: A disponibilidade de recursos como creches, amas ou cursos/informação para pais	13,3	34,7	37,3	14,7
48: Acesso a loja, farmácia, supermercado etc.	14,7	53,3	29,3	2,7
49: Oportunidade de emprego fora de casa	16	57,3	22,7	4
50: Participação em atividades (Clubes, Desporto, Igreja)	29,3	45,3	24	1,3



51: Tem outras preocupações não listada, se sim por favor descreva.

1. Qual a sua opinião, sobre o tempo habitual (48h) de internamento no serviço de puerpério

	Frequency	Percent
Pouco tempo	4	5,3
Tempo adequado	69	92,0
Demasiado Tempo	2	2,7
Total	75	100,0

2. Qual a sua opinião sobre o tempo adequado para a alta num parto Eutócico sem complicações?

	Frequency	Percent
24	15	20,0
48	55	73,3
72	5	6,7
Total	75	100,0

3. Se escolheu alta às 24 horas, julga necessário acompanhamento de enfermagem em visita domiciliar?

	Frequency	Valid Percent
Sim	68	90,7
Não	7	9,3
Total	75	100,0

4. Seria adequado que a maternidade do hospital tivesse um serviço com internamento de 12h para o parto e realização de primeira visita a casa pela enfermeira até às 48h pós-parto

	Frequency	Valid Percent
Sim	57	76,0
Não	18	24,0
Total	75	100,0



5. Se a maternidade do hospital tivesse esse serviço, gostaria de trabalhar nele?		Frequency	Valid Percent
	Sim	43	57,3
	Não	32	42,7
	Total	75	100,0

<p>6. O nível de utilização das mulheres a um programa com internamento de 24h para o parto e posterior contacto telefónico e visita domiciliaria pela enfermeira do hospital poderia ser na sua perspetiva</p> <p>Responderam 75 enfermeiras. Numa escala intervalar de 0 a 9, obteve-se uma media de 5.55 pontos, com moda de 5. No conjunto das respostas 5 enfermeiras não vêm a possibilidade de utilização do serviço pelas mulheres Contudo, além do ponto medio que nesta escala se encontra em 4,5, a maioria das enfermeiras (n=53) encontra uma utilidade positiva</p>	S6-utilização das mulheres a um programa com internamento de 24h		
	N	Valid	75
		Missing	2
	Mean	5,55	
	Median	5,00	
	Mode	5	
	Std. Deviation	2,532	
	Minimum	0	
	Maximum	9	

S6-utilização das mulheres a um programa com internamento de 24h					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	5	6,5	6,7	6,7
	1	1	1,3	1,3	8,0
	2	2	2,6	2,7	10,7
	3	7	9,1	9,3	20,0
	4	7	9,1	9,3	29,3
	5	16	20,8	21,3	50,7
	6	8	10,4	10,7	61,3
	7	10	13,0	13,3	74,7
	8	7	9,1	9,3	84,0
	9	12	15,6	16,0	100,0
	Total	75	97,4	100,0	
Missing	System	2	2,6		
Total		77	100,0		

7. O nível de adesão das enfermeiras a um programa com internamento de 24h para o parto e posterior contacto telefónico	S7AltaPrecoce		
	N	Valid	75



<p>e visita domiciliária pela enfermeira do hospital poderia ser na sua perspetiva.</p> <p>Numa escala intervalar de 0 a 9, obteve-se uma média de 4,89 pontos, com moda de 5.</p> <p>No conjunto das respostas 5 enfermeiras não vêm a possibilidade de adesão das mulheres a um programa de alta precoce Contudo, além do ponto medio que nesta escala se encontra em 4,5, a maioria das enfermeiras (n=43) supõe uma adesão positiva</p>	Missing	2
	Mean	4,89
	Median	5,00
	Mode	5
	Std. Deviation	2,545
	Minimum	0
	Maximum	9

S7AltaPrecoce					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	5	6,5	6,7	6,7
	1	2	2,6	2,7	9,3
	2	7	9,1	9,3	18,7
	3	8	10,4	10,7	29,3
	4	10	13,0	13,3	42,7
	5	15	19,5	20,0	62,7
	6	5	6,5	6,7	69,3
	7	10	13,0	13,3	82,7
	8	5	6,5	6,7	89,3
	9	8	10,4	10,7	100,0
	Total		75	97,4	100,0
Missing	System	2	2,6		
Total		77	100,0		

Secção 3: Conceito de Enfermeiro Gestor de Caso

Já ouviu falar de Enfermeiro Gestor de Caso?	1. Gestor de Caso é um elemento da equipa de enfermagem, com competências técnicas e relacionais, que lidera o processo de tomada de decisão, gere os cuidados para evitar a fragmentação dos mesmos e proporciona um serviço direcionado e coerente.																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Frequency</th> <th>Valid Percent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sim</td> <td>30</td> <td>40,0</td> </tr> <tr> <td>Não</td> <td>45</td> <td>60,0</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>75</td> <td>100,0</td> </tr> </tbody> </table>		Frequency	Valid Percent	Sim	30	40,0	Não	45	60,0	Total	75	100,0	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Frequency</th> <th>Valid Percent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>56</td> <td>74,7</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>3</td> <td>4,0</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>16</td> <td>21,3</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>75</td> <td>100,0</td> </tr> </tbody> </table>		Frequency	Valid Percent	1	56	74,7	2	3	4,0	3	16	21,3	Total	75	100,0
	Frequency	Valid Percent																										
Sim	30	40,0																										
Não	45	60,0																										
Total	75	100,0																										
	Frequency	Valid Percent																										
1	56	74,7																										
2	3	4,0																										
3	16	21,3																										
Total	75	100,0																										



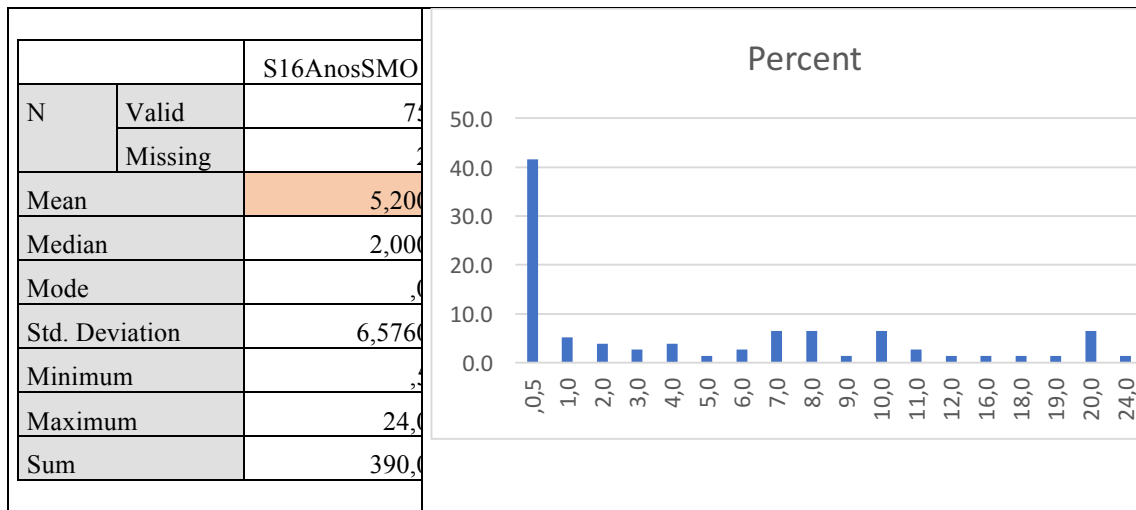
10. De acordo com o seu entendimento das funções do Enfermeiro Gestor de Casos, no contexto da alta precoce no puerpério, este deve			11. Supondo a existência de um serviço domiciliário no contexto de alta precoce, quem considera mais adequado para o fazer?		
	Frequency	Valid Percent		Frequency	Valid Percent
EESMO	70	93,3	EESMO-Hospital	32	42,7
Enfermeiro	5	6,7	EESMO-Cto Saude	42	56,0
Total	75	100,0	Enf. Geral-Hospital	1	1,3
			Total	75	100,0

Secção 4: Dados socioprofissionais

12. Em que serviço trabalha: A maior parte exerce no Bloco de Partos de Faro			13. A maior parte dos participantes são EESMO		
	Frequency	Valid Percent		Fre- quency	Valid Percent
Puerpério Faro.	6	8,0	Enfermeiro/a	32	42,7
Puerpério Portimão	8	10,7	Generalista		
Bloco de Partos Faro	37	49,3	EESMO	43	57,3
Bloco de Partos Portimão	24	32,0	Total	75	100,0
Total	75	100,0			

14. Quantos anos tem de profissão como enfermeira A media de anos de profissão é de 15,05 (DP=8.80), variando entre 2 e 34 anos			15. Quantos anos de trabalho no Bloco de Partos A media de exercicio no Bloco de Partos é de 8.05 anos (DP=6.74), variando entre 0,5 e 25 anos		
	S14AnosEnf			S15AnosBP	
N	Valid	75	N	Valid	75
	Missing	2		Missing	2
Mean		15,053	Mean		8,055
Median		12,000	Median		8,000
Mode		7,0	Mode		,0
Std. Deviation		8,8009	Std. Deviation		6,7403
Minimum		2,0	Minimum		,5
Maximum		34,0	Maximum		25,0
Sum		1129,0	Sum		604,1

16. Há quantos anos trabalha na área da Saúde Materna A media de tempo de exercicio na área da saúde materna é de 5,2 anos (DP=6.57), variando entre 0,5 e 24 anos





APÊNDICE G- RESULTADOS PUÉRPERAS



Caraterísticas Sociodemográficas das Mulheres

Dispuseram-se a participar 304 mulheres na condição de puérperas

As participantes têm idade entre 14 e 49 anos, com média de 31.49 anos (DP=5.94) e moda aos 33 anos.

Relativamente ao estado civil, a maioria das participantes é casada ou vive em união de facto (n=216; 71.1%)

Statistics		
Idade Mulher		
N	Valid	304
	Missing	0
Mean		31,4901
Median		32,0000
Mode		33,00
Std. Deviation		5,94917
Minimum		14,00
Maximum		49,00

		Frequency	Valid Percent
Valid	Solteira	80	26,3
	Casada/União facto	216	71,1
	Divorciada	8	2,6
	Total	304	100,0

Para a maioria das participantes (n=163; 53.6%) este bebé é o 1º filho

A formação académica ao nível de bac/Licenciatura é a mais representada (n=107; 35,2%)

		Frequency	Valid Percent
Valid	1	163	53,6
	2	105	34,5
	3	28	9,2
	4	8	2,6
	Total	304	100,0

		Frequency	Percent
Valid	9ºano	62	21,8
	12ºano	90	29,6
	Curso tecnico	33	10,9
	Bac/Lic	107	35,2
	Mestrado	6	2,0
	Doutoramento	2	.7
	Total	304	100,0

Statistics		
IdadeCompanheiro		
N	Valid	303
	Missing	1
Mean		33,8746
Median		34,0000
Mode		30,00
Std. Deviation		6,42049
Minimum		15,00
Maximum		59,00

A idade do marido/companheiro varia entre os 15 e os 59 anos, com média 33,87 anos (DP=6.42) e moda aos 30 anos



		Frequency	Valid Percent
Valid	Portuguesa	246	80,9
	Brasileira	12	3,9
	Romena	9	3,0
	Ucraniana	9	3,0
	Inglesa	3	1,0
	Nicaragua	1	,3
	Africa Sul	2	,7
	Senegal	1	,3
	Venezuela	1	,3
	Moldavia	1	,3
	Alemanha	2	,7
	Espanha	1	,3
	Paraguai	1	,3
	Suecia	1	,3
	Bulgaria	1	,3
	Polonia	1	,3
	Paquistão	1	,3
	Cabo Verde	6	2,0
	Angola	1	,3
	S. Tomé	1	,3
	Canada	1	,3
	Nepal	1	,3
	Guiné-Bissau	1	,3
	Total	304	100,0

A grande maioria das participantes é de nacionalidade portuguesa (n=246; 80.9%), sendo a segunda mais representada a Brasileira (n=12; 3.9%)

Assim, da amostra, cerca de 19.1% das participantes são estrangeiras



Caraterísticas do evento obstétrico

A maior parte das mulheres não fez Curso de Preparação para o Parto (n=161; 53%)

		Frequency	Valid Percent
Valid	Sim	143	47,0
	Não	161	53,0
	Total	304	100,0

Nas participantes, menos de metade dos casos atingiu as 40 semanas de gravidez (n=134; 43.1%)

		Frequency	Valid Percent
Valid	28	1	,3
	30	2	,7
	35	3	1,0
	36	8	2,6
	37	17	5,6
	38	44	14,5
	39	95	31,3
	40	92	30,3
	41	42	13,8
	Total	304	100,0

A maioria dos nascimentos (n=133; 43.8%) ocorreu durante o turno da tarde

		Frequency	Valid Percent
Valid	Manhã	101	33,2
	Tarde	133	43,8
	Noite	70	23,0
	Total	304	100,0

A maioria das participantes é utente do Hospital de Faro (n=266; 87.5%)

		Frequency	Valid Percent
Valid	Faro	266	87,5
	Portimão	38	12,5
	Total	304	100,0

Relativamente ao tipo de parto, a maioria foi normal, ocorrendo por via vaginal (n=196; 64.5%)

		Frequency	Valid Percent
Valid	Normal	196	64,5
	Ventosa	21	6,9
	Forceps	12	3,9
	Cesariana	75	24,7
	Total	304	100,0

A maior parte das mulheres vigiou a gravidez, consultando o medico (n=247; 81.3%)

		Frequency	Valid Percent
Valid	Medico	247	81,3
	Parteira	1	,3
	Medico+Parteira+Enf.Parteira	54	17,8
	Gravidez não vigiada	2	,7
	Total	304	100,0

A maior parte das mulheres não realizou Curso de Preparação para o Parto (n=161; 53%)

		Frequency	Percent
Valid	Sim	143	47,0
	Não	161	53,0
	Total	304	100,0



A maior parte dos RN são do sexo masculino (n=170; 55.9%)

		Frequency	Percent
Valid	Masculino	170	55,9
	Feminino	134	44,1
	Total	304	100,0

A maior parte das participantes encontra-se na 39ª semana (n=95; 31.3%) ou na 40ª semana (n=92; 13.8%)

		Frequency	Percent
Valid	28	1	,3
	30	2	,7
	35	3	1,0
	36	8	2,6
	37	17	5,6
	38	44	14,5
	39	95	31,3
	40	92	30,3
	41	42	13,8
	Total	304	100,0

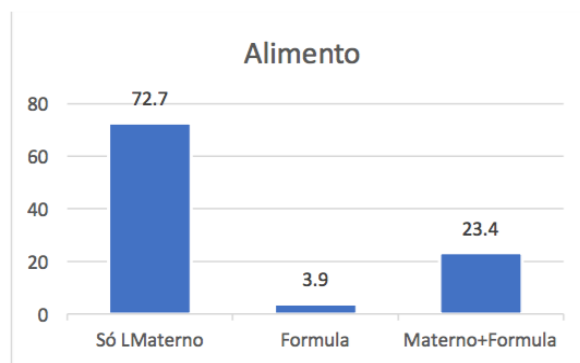
A maioria das participantes, antes da gravidez, possuía um IMC normal (n=193; 63,5%)

		Frequency	Percent
Valid	Baixo peso	16	5,3
	Normoponderal	193	63,5
	Sobrepeso	95	31,3
	Total	304	100,0

A maior parte dos nascimentos ocorreu durante o turno da tarde (n=133; 43.8%)

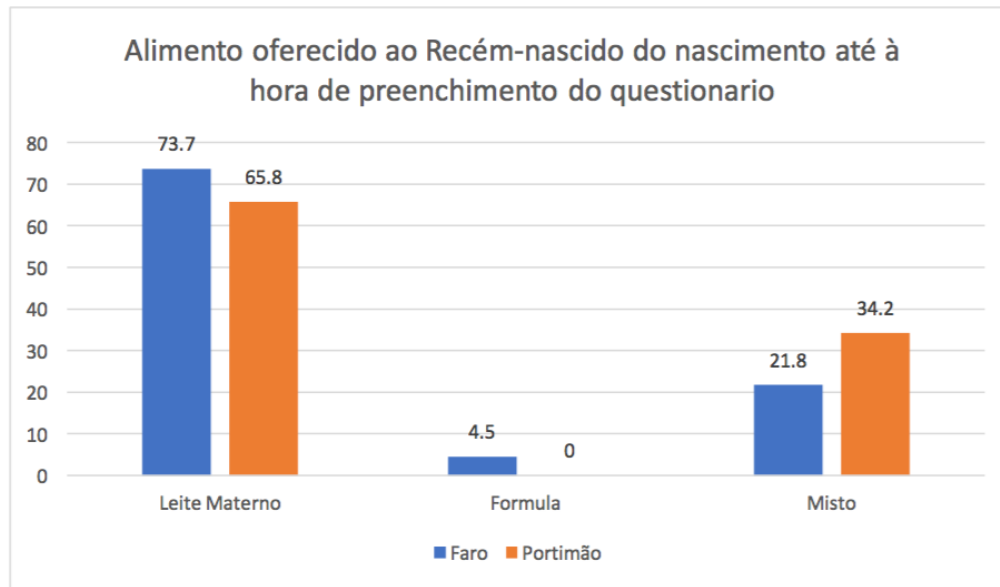
Até à hora em que termina o questionário, o alimento dado ao RN foi na maioria dos casos apenas leite materno (n=221; 72.7%), embora para 23.4% (n=71) a alimentação oferecida fosse mista

	Frequency	Percent
Só LMaterno	221	72,7
Formula	12	3,9
Materno+Formula	71	23,4
Total	304	100,0

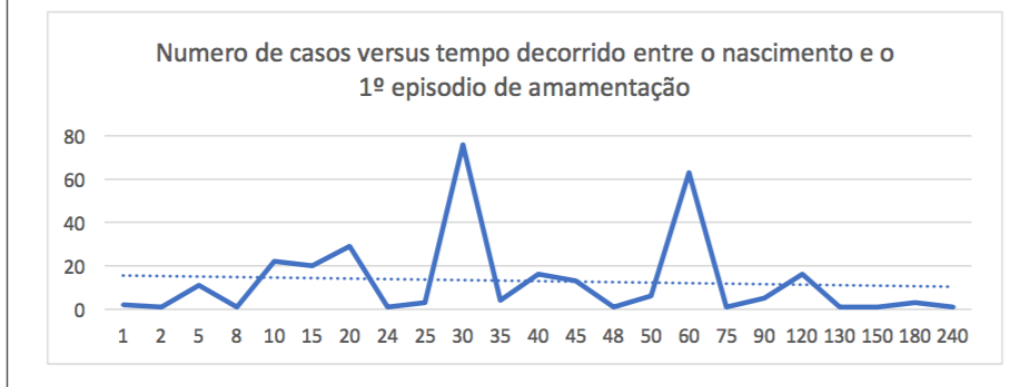




Até à hora em que termina o questionário, o alimento dado ao RN foi na maioria dos casos apenas leite materno tanto em Faro como em Portimão (73.7% versus 65.8%), mas em Portimão não foi oferecido o regime de apenas formula



Em média, os RN foram colocados a mamar aos 42 minutos pós-parto (DP=33,45), variando entre 1 e 240 minutos





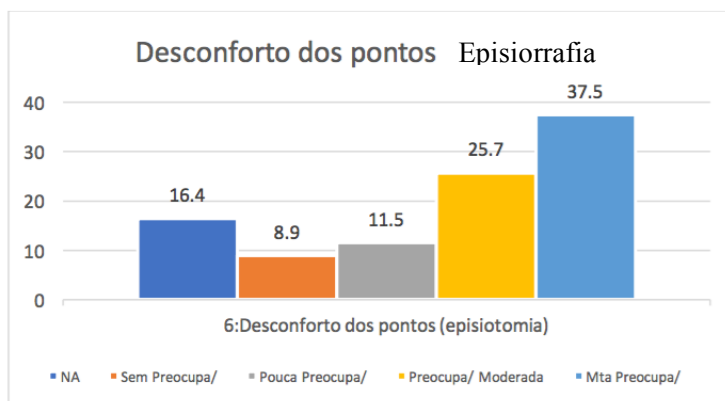
Um assunto de primeira preocupação agora é	NA	Sem Preocupação	Pouca Preocupação	Preocupação Moderada	Muita Preocupação
1: Comida que come		13,8	13,8	48,4	24
2: Exercício Físico		16,4	26	48	9,5
3: Retorno à silhueta normal		9,9	19,1	48,7	22,4
4: Retorno do período menstrual		24,7	33,9	28,9	12,5
5: Descarga Vaginal		14,5	22,8	38,3	24,4
6: Desconforto dos pontos (episiotomia) *	16,4	8,9	11,5	25,7	37,5
7: Prisão de ventre		18,4	17,8	34,9	28,9
8: Hemorridas		24,2	16,2	27,8	31,8
9: Dores nas mamas		9,9	11,2	33,9	45,1
10: Cuidado com as mamas		7,6	10,9	37,2	44,4
11: Fadiga		9,2	20,7	47,4	22,7
12: Tensão Emocional		15,1	22	39,1	23,7
13: Falta de concentração		17,8	28	39,5	14,8
14: O seu trabalho de parto e parto		16,8	23	31,3	28,9
15: Falta de liberdade		40,1	37,2	17,8	4,9
16: Sentir-se deprimida		32,6	30,9	24,3	12,2
17: Ter tempo para si própria		32,6	36,2	27,3	3,9
18: Ser uma boa mãe		13,2	11,9	23,8	51,2

(*) Episiotomia
Q*)



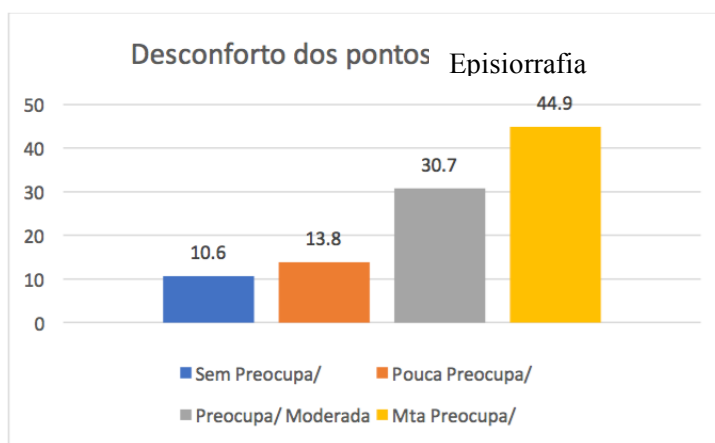
6:Desconforto dos pontos (episiotomia)

No grupo de mulheres em geral, a categoria mais representativa refere-se a "muita preocupação"

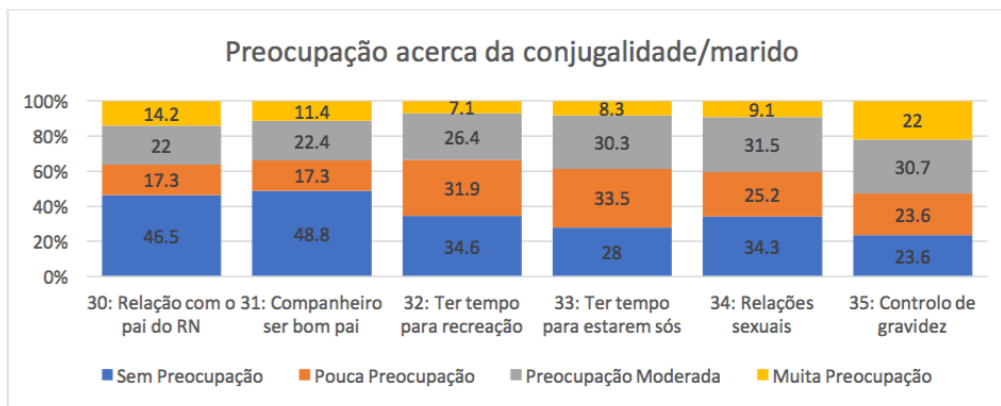


6:Desconforto dos pontos (episiotomia).

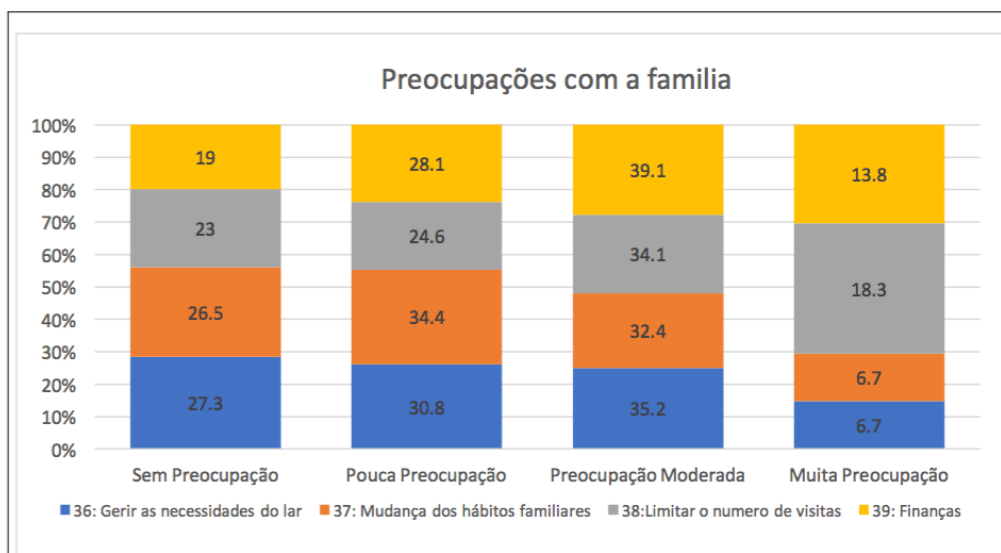
Considerando as mulheres em que se aplica a questão, observa-se que as categorias mais representadas são a) muita preocupação (44.9%) e b) preocupação moderada (30.7%)

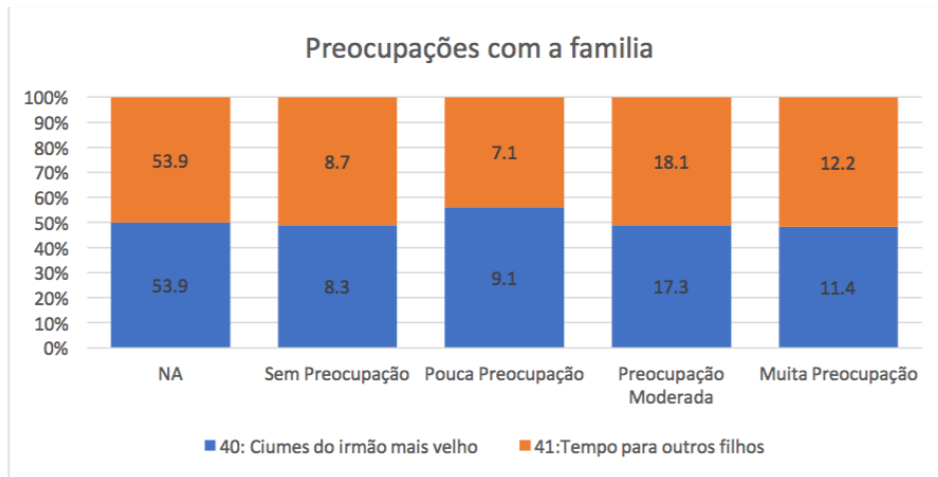


A próxima secção é sobre o seu bebé	Sem Preocupação	Pouca Preocupação	Preocupação Moderada	Muita Preocupação
19:Aparência do bebé	33,9	20,1	28,8	17,3
20: Crescimento e desenvolvimento normal	9,8	5,9	24,4	59,8
21: Aleitamento materno (quantidade e nº de vezes)	10,2	7,5	25,2	57,1
22: Cuidado físico (muda de fraldas, cordão umbilical...)	14,2	11	30,7	44,1
23:Sentir-se confortável a mexer no bebé	24	17,7	28	30,3
24:Entender o comportamento do bebé	7,9	11,4	35,4	45,3
25: Não ouvir o bebé chorar	21,7	15	22,8	40,6
26: Reconhecer quando o bebé está doente.	7,1	8,7	30,7	53,5
27: Viajar com o bebé.	20,1	22,4	35,8	21,7
28: Segurança (Prevenir acidentes com o Bébé)	7.9	6,3	28,7	57,1
29: Como vestir o bebé (roupa demasiado quente ou fria)	16,5	18,1	36,6	28,7



A sua família		Sem Preocupação	Pouca Preocupação	Preocupação Moderada	Muita Preocupação
36: Gerir as necessidades do lar		27,3	30,8	35,2	6,7
37: Mudança dos hábitos familiares		26,5	34,4	32,4	6,7
38: Limitar o numero de visitas		23	24,6	34,1	18,3
39: Finanças		19	28,1	39,1	13,8
40: Ciumes do bebé por parte do irmão mais velho	NA=53,9	8,3	9,1	17,3	11,4
41: Tempo que se tem para passar com as outras crianças	NA=53,9	8,7	7,1	18,1	12,2

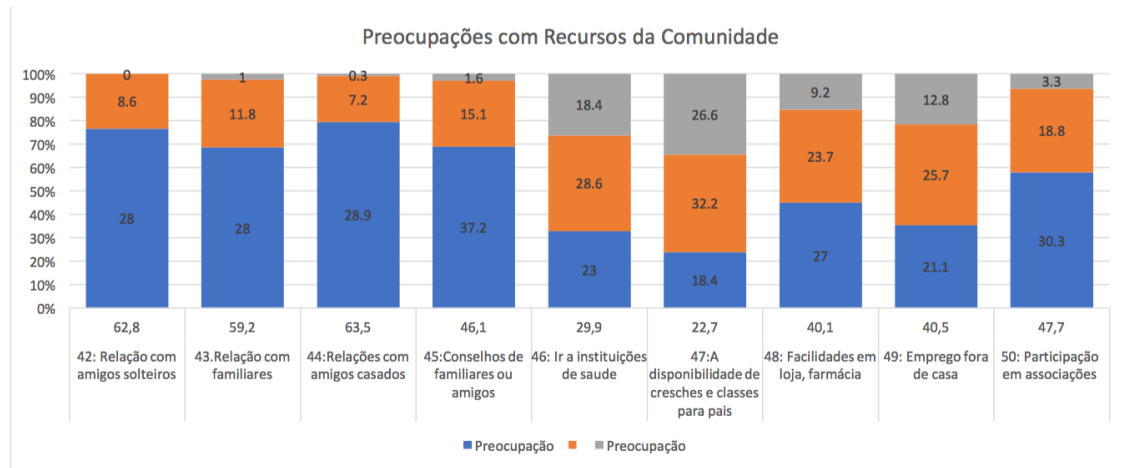




No local onde vive, na sua comunidade	Sem Preocupação	Pouca Preocupação	Preocupação Moderada	Muita Preocupação
42: Mudança de relação com amigos solteiros	62,8	28	8,6	0,7
43: Mudança de relação com familiares	59,2	28	11,8	1,0
44: Mudança de relações com amigos casados	63,5	28,9	7,2	0,3
45: Conselhos de familiares ou amigos	46,1	37,2	15,1	1,6
46: Ir a centros de cuidados de saúde, (consultório médico, hospital, centro de saúde)	29,9	23	28,6	18,4
47: A disponibilidade de recursos comunitários (como cresces e classes para pais)	22,7	18,4	32,2	26,6
48: Facilidades em chegar a locais (loja, farmácia)	40,1	27	23,7	9,2
49: Emprego fora de casa	40,5	21,1	25,7	12,8
50: Participação em associações (Desportivas, Igreja)	47,7	30,3	18,8	3,3



Grafico





O tempo de internamento no hospital foi classificado como “adequado” (n=256; 84,2%) para a maioria das participantes

		Frequency	Valid Percent
Valid	Pouco tempo	11	3,6
	Tempo adequado	256	84,2
	Demasiado Tempo	37	12,2
	Total	304	100,0

A maioria das participantes (n=167; 54,9%) entendeu como adequado para o seu caso, o tempo de internamento de 48h após o bebé nascer

		Frequency	Percent
Valid	4	1	,3
	8	2	,7
	12	2	,7
	24	41	13,5
	48	167	54,9
	72	91	29,9
	Total	304	100,0

A maioria das participantes (n=227; 74,7%) consideraria adequado se a maternidade do hospital tivesse um serviço com internamento de 12h para o parto e posterior visita a casa pela enfermeira as 48h pós-parto

		Frequency	Percent
Valid	Sim	227	74,7
	Não	77	25,3
	Total	304	100,0

Se a maternidade do hospital tivesse esse serviço a maioria das participantes (n=232; 76,3%), utilizaria

		Frequency	Percent
Valid	Sim	232	76,3
	Não	72	23,7
	Total	304	100,0

A média de preocupação mais elevada encontra-se na sub-escala “preocupação com o Bebé” e a mais baixa “preocupação com a Comunidade”

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
EscalaPreocupConsigo	304	1	3,83	2,64	0,589
EscalaPreocupBebe	304	1	4	3,00	0,781
EscalaPreocupCompanheiro	304	1	4	2,22	0,858
EscalaPreocupFamilia	302	0,67	3,83	2,03	0,750
EscalaPreocupComunidade	304	1	4	1,89	0,660



APÊNDICE H- SESSÃO DE FORMAÇÃO ALTA PRECOCE/RESULTADOS PRELIMINARES APRESENTAÇÃO 1 & APRESENTAÇÃO 2



Alta Precoce Pós-parto:
Proposta de modelo hospitalar no Algarve

Mestranda: **Erª Helena Silva**
Orientadora: **Profª Margarida Sim-Sim**

Junho 2017

Objetivo Geral:

Criar um modelo de alta precoce pós-parto, no centro hospitalar do Algarve para assistência nos concelhos de Faro e Portimão.

Objectivos Específicos:

- ❖ Desenvolver conhecimentos teórico-práticos sobre alta precoce.
- ❖ Descrever as atitudes dos EESMO face a alta precoce.
- ❖ Descrever atitudes das parturientes sobre alta precoce.
- ❖ Realizar formação sobre Alta Precoce aos EESMO.
- ❖ Desenvolver o modelo experimental.

Alta Precoce em Portugal

- A Academia Americana de Pediatria (AAP) e o Colégio Americano de Obstetria e Ginecologia (ACOG), em 1992, definem alta precoce nas primeiras 48h.
- Contudo parece haver um entendimento que considera o período de 24-48h.
- Em Portugal, a alta às 48 horas foi legislada há mais de duas décadas. Encontra-se dentro dos parâmetros de alta precoce.
- Alta precoce no parto vaginal sem complicações faz parte de uma das 15 propostas para melhorar o serviço nacional de saúde.

Alta Precoce

- Alta precoce tem recebido maior atenção na última década.
- Alta precoce é um conceito em evolução ainda não bem estabelecido.
- Preconiza-se como alta precoce, aquela que ocorre antes do período que é o padrão local.
- Ocorre em alguns países Europeus – Dinamarca, Reino Unido. Também na Austrália e no Egipto.
- Procura bem estar mãe e filho, através da personalização dos cuidados.
- Procura eficiência e económica nos cuidados de saúde por meio da redução de custos.

ALTA PRECOCE

VANTAGENS	DESVANTAGENS
<ul style="list-style-type: none">• Menor exposição à infecção associada aos cuidados de saúde.• Diminuição dos custos do internamento• Maior sucesso no aleitamento materno• Diminuição da incidência da depressão e ansiedade no pós parto• Maior adequação da educação para a saúde.	<ul style="list-style-type: none">• Não generalizável a todos os RN e a todas as puérperas.• Follow-up sem sucesso na totalidade.• Carência de apoio adequado da família.• Maior risco de reinternamento de RN devido infeções associadas.

Projeto Alta Precoce no Centro Hospitalar do Algarve Faro/Portimão

- Com este projeto pretende-se contribuir com informação para criação de um modelo de Alta Precoce Pós-parto para a área dos concelhos de Faro e Portimão.
- Desenvolveu-se um estudo exploratório, descritivo com abordagem quantitativa.
- Desenvolveu-se instrumento de opinião a aplicar aos enfermeiros do bloco de partos e obstetria dos hospitais de Faro e Portimão.
- Desenvolveu-se instrumento de opinião a aplicar às puérperas internadas nos serviços de obstetria dos respetivos hospitais.
- A recolha de dados será feita durante o período Março 2017 a fim Junho de 2017.



Alta Precoce Pós-parto: proposta de modelo hospitalar no Algarve
Resultados Preliminares.

Mestranda: En^h Helena Silva
Orientadora: Prof^a Margarida Sim-Sim
Junho 2017

Caracterização do Distrito do Algarve

- É constituído por 16 concelhos, abrange 5,6 % do território nacional. Com uma população 4,3% da população do país.
- A região do Algarve tem taxa de Natalidade bruta 1% acima (8,5% 2014) da média do continente nacional (7,5% 2014). baseado em dados do INE em 2015
- Segundo o INE em 2015, houve 4071 partos em estabelecimento hospitalares.

Caracterização do Distrito do Algarve (Cont.)

- Na Região Algarvia, o parto em casa tem crescido discretamente nos últimos cinco anos (e.g. 22 casos em 2011 para 48 casos em 2015). baseado em dados do INE em 2015
- Nesta região, o número de estrangeiras que recorrem ao hospital para o parto, é mais elevado comparativamente a outros pontos do país.
- Em 2015, 675 nados vivos são filhos de mães estrangeiras o que significa 16.6% dos partos.

Unidades de Saúde no Algarve

- O centro hospitalar comporta: 3 unidades hospitalares (Faro, Portimão e Lagos).
- 2 maternidades públicas (Portimão e Faro).
- 6 hospitais e uma maternidade privados.
- 16 centros de saúde, dividido por os seus respetivos agrupamentos (baseado em dados do INE em 2015)

CHALGARVE - MATERNIDADES

PORTIMÃO	FARO
<ul style="list-style-type: none">• Bloco de Partos: 28 Enfermeiros• Obstetrícia: 22 Enfermeiros• 4 salas de parto, 1 bloco operatório, 1 recobro.• 21 camas.• Partos 1302 (2015); 1279 (2016)• Cesarianas 27,2% (2014); 27% (2015) e (2016)	<ul style="list-style-type: none">• Bloco de Partos: 45 Enfermeiros• Obstetrícia: 22 Enfermeiros• 4 salas de parto, 1 bloco operatório, 2 recobros.• 32 camas, (4 quartos individuais).• Partos 2369 (2015); 2398 (2016)• Cesarianas 26,3%(2014), 24,9% (2015) e (2016)

AMOSTRA

PUÉRPERAS	ENFERMEIROS
<ul style="list-style-type: none">• Puérperas dos hospitais de Faro e Portimão entre Março a Junho 2017, que voluntariamente queiram participar.• Sabem falar e escrever português.• Amostra de conveniência, cujo tamanho depende do número de partos do ano anterior.• Meta de 300 questionários (150 obtidos até ao momento)	<ul style="list-style-type: none">• Enfermeiros dos Serviços de Obstetrícia e Bloco de Partos dos hospitais de Faro e Portimão entre Março a Junho 2017, que voluntariamente queiram participar.• No cálculo da amostra dos Enfermeiros coincide a amostra com a população.• Meta de 117, (75 obtidos até ao momento)



Resultados Preliminares do Inquérito Puérperas. Caraterísticas Sociodemográficas das Mulheres

- Participaram 190 mulheres, respondendo 188 à pergunta sobre a idade. A idade varia entre 16 e 49 anos, com média de 31.2 anos (DP=6.03) e moda aos 33 anos (n=20).
- A idade do marido/companheiro varia entre os 17 e os 54 anos, com média 33,7 anos (DP=6.31) e moda aos 30 anos (n=16)
- A maioria das participantes é casada ou vive em união de facto (n=134; 70.5%)
- Para a maioria das participantes (n=106; 55.8%) este bebé é o 1º filho
- A formação académica ao nível de bac/Licenciatura é a mais representada (n=67; 35.3%)

Resultados Preliminares do Inquérito Puérperas (cont.)

- A grande maioria das participantes é de nacionalidade portuguesa (n=147; 77.4%), sendo a segunda mais representada a Romena (n=8; 4.2%) e a terceira Ucrainiana (n=6; 3.2%).
- Assim, da amostra, cerca de 22.6% das participantes são estrangeiras.
- Comparativamente aos dados de 2015 do INE, o número de partos subiu de 16.6% para 22,6%. O que indica um aumento de mães estrangeiras.

Resultados Preliminares do Inquérito Puérperas (cont.)

- Nas mulheres as habilitações escolares mais representadas são Bacharelato ou Licenciatura (n=67; 35.3%) seguindo-se o 12º ano (n=61; 32.1%) e o 9º ano (n=38; 20%)

Habilitações escolares	Porcentagem
PhD	20.0
Other	22.9
Graduado	19.0
Bac/Lic	35.3
Mestrado	2.1
Subsistema	1.1
None	NA

Resultados Preliminares do Inquérito Puérperas (cont.)

Caraterísticas do evento obstétrico

- A maior parte das mulheres não fez Curso de Preparação para o Parto (n=97; 51.1%)
- Menos de metade dos casos chegou às 40 semanas de gravidez (n=85; 44.7%)
- A maioria dos nascimentos (n=139; 73.2%) ocorreu durante o turno da manhã.
- Relativamente ao tipo de parto, a maioria foi normal, ocorrendo por via vaginal (n=123; 64.7%)

Resultados Preliminares do Inquérito Puérperas (cont.)

Caraterísticas do evento obstétrico

- A maior parte das mulheres vigiou a gravidez, consultando o medico (n=152; 80%)
- A maior parte dos RN eram do sexo masculino (n=109; 57.4%)
- Até à hora em que termina o questionário, o alimento dado ao RN foi na maioria dos casos apenas leite materno (n=134; 70.5%)
- Em media, os RN foram colocados a mamar aos 42 minutos pós-parto (DP=31.06), variando entre 1 e 180 minutos.

Resultados Preliminares do Inquérito Puérperas (cont.) Top 3 Preocupações das mães sobre si própria

O retorno à silhueta normal
Ter tempo para si própria
Fadiga
Comida que come
Ser uma boa mãe



TOP 3 PREOCUPAÇÕES DAS MÃES SOBRE SI PRÓPRIA (CONT.)

Nível de Preocupação com a aparência (%)



Muito Preocupação Preocupação Moderada Sem Preocupação Pouco Preocupação

Resultados Preliminares do Inquérito Puérperas^(cont.)

Top 3 Preocupações das mães sobre o seu bebé.

Muita Preocupação	Preocupação Moderada
Crescimento e desenvolvimento normal (80%)	Viajar com o bebé (38,9%)
Alimentação materna (quantidade e nº de vezes) (55,8%)	Como vestir o bebé (roupa demasiado quente ou fria) (37,3%)
Segurança (Prevenir acidentes com o bebé) (54,2%)	Sentir-se confortável a mexer no bebé (27,9%)

- As puérperas parecem não ter preocupações com a aparência do RN.

Resultados Preliminares do Inquérito Puérperas^(cont.)

Top 3 Preocupações das mães Acerca do Seu Companheiro.

Preocupação Moderada	Sem Preocupação
Planeamento Familiar (controlo da gravidez) (31,6%)	O companheiro ser um bom pai (47,4%)
Encontrar tempo para estarem sós (31,6%)	A sua relação com o pai do bebé (46,8%)
Encontrar tempo para recreação (28,9%)	Relações sexuais (35,3%)

Resultados Preliminares do Inquérito Puérperas^(cont.)

Top 3 Preocupações das mães sobre a família.

Preocupação Moderada
Finanças (37,6%)
Limitar o número de visitas (36,4%)
Tempo que se tem para passar com as outras crianças (36,0%)

Preocupações das Mães em relação à Comunidade.

- Neste item as mães não demonstraram grande preocupação. Havendo uma preocupação moderada na disponibilidade de recursos comunitários (como creches, amas ...). (33,7%)

Resultados Preliminares do Inquérito Puérperas^(cont.)

Preocupações em relação ao tempo de internamento.

- O tempo de internamento no hospital foi classificado como "adequado" (n=157; 82,6%) para a maioria das participantes.
- A maioria das participantes (n=106; 55,8%) entendeu como adequado para o seu caso, o tempo de internamento de 48h após o bebé nascer.
- A maioria das participantes (n=140; 73,7%) consideraria adequado se a maternidade do hospital tivesse um serviço com internamento de 24h para o parto e posterior visita a casa pela enfermeira às 48h pós-parto.
- Se a maternidade do hospital tivesse esse serviço a maioria das participantes (n=145; 76,3%), utilizaria.
- A média de preocupação **mais elevada** encontra-se na sub-escala "preocupação com o bebé" e a **mais baixa** "preocupação com a Comunidade".

Resultados Preliminares do Inquérito Enfermeiros.

Caraterísticas Sociodemográficas.

- Em que serviço trabalha: A maior parte exerce no Bloco de Partos de Faro.
- A maior parte dos participantes são EESMO (57,3%).
- A média de anos de profissão é de 15,05 (DP=8,80), variando entre 2 e 34 anos.
- A média de exercício no Bloco de Partos é de 8,05 anos (DP=6,74), variando entre 0,5 e 25 anos.
- A média de tempo de exercício na área da saúde materna é de 5,2 anos (DP=6,57), variando entre 0,5 e 24 anos.

	Frequência	Porcentagem
Enfermeira	4	80,0
Parteras Parto	8	16,0
Enfermeira Neonatal	20	40,0
Bloco de Partos Parto	24	48,0
Total	36	72,0



Resultados Preliminares do Inquérito Enfermeiros.

Preocupações em relação à **Puérpera**.

- Os enfermeiros preocupam-se com Epiorrafia.
- Cuidados com as mamas.
- Ingurgitamento mamário.

Preocupações em relação ao **Ri**

- Reconhecer quando o bebé está doente. 72%.
- Segurança (Evitar acidentes domésticos com o bebé) 72%.
- Alimentação do bebé (quantidade e nº de vezes).

Preocupações em relação ao **companheiro da Puérpera**

- Planeamento Familiar (método de contraceção).
- A relação da puérpera com o pai do bebé.
- O companheiro ser um bom pai.

Resultados Preliminares do Inquérito Enfermeiros.

Preocupações em relação à **família**

- Lidar com o número de visitas ao bebé e mãe.
- Lidar com as necessidades domésticas.
- Mudança do estilo de vida familiar.

Preocupações em relação à **comunidade**

- Ter acesso a cuidados no Centro de Saúde ou consultório.
- A disponibilidade de recursos como creches, amas ou cursos/informação para pais.
- Conselhos dados por familiares ou amigos.

Resultados Preliminares do Inquérito Enfermeiros.

Opinião em relação ao tempo de internamento.

- 92 % julga que o tempo é **adequado**.
- 73% acha que **48h** é o **tempo adequado** para um parto Eutóxico sem complicações.
- 90,7% acha que em **caso de alta às 24 horas** é **necessário acompanhamento de enfermagem em visita domiciliária**.
- 76% **pensa ser adequado que a maternidade tenha o serviço de com internamento de 24 h para o parto, e realização de primeira visita a casa pela enfermeira até às 48h pós-parto** e 57,3% **gostariam de trabalhar nesse eventual serviço**.
- A maior parte dos enfermeiros acredita que as puérperas iriam utilizar o serviço de internamento de alta às 24 horas, com posterior contacto telefónico e visita domiciliária.

Resultados Preliminares do Inquérito Enfermeiros.

Opinião em relação ao tempo de internamento.

- A maioria dos Enfermeiros **aderiria** ao **programa de alta precoce às 24 horas** com posterior **contacto telefónico e visita domiciliária**.
- 56% dos Enfermeiros, acham que a **visita domiciliária após alta precoce** deveria ser feita pelo **EESMO do Centro Saúde**.
- De acordo com 93,3 % dos Enfermeiros acham que o Gestor de Caso **deveria ser um EESMO**.
- Apesar de a maioria não ter ouvido falar em Gestor de Caso, 75% acertou no conceito de gestor de caso.

Conclusão

- ✓ Os enfermeiros preocupam-se com Epiorrafia.
- ✓ Cuidados com as mamas.
- ✓ Ingurgitamento mamário.

- Algumas das preocupações são comuns entre enfermeiros e puérperas.
- Quer enfermeiros quer puérperas adiriam à alta precoce às 24 horas com posterior contacto telefónico e visita domiciliária, caso o serviço fosse oferecido (parto eutocico sem complicações).
- Quem deveria gerir o caso deveria ser o EESMO.

Conclusão

- ✓ Os enfermeiros preocupam-se com Epiorrafia.
- ✓ Cuidados com as mamas.
- ✓ Ingurgitamento mamário.

- Algumas das preocupações são comuns entre enfermeiros e puérperas.
- Quer enfermeiros quer puérperas adiriam à alta precoce às 24 horas com posterior contacto telefónico e visita domiciliária, caso o serviço fosse oferecido (parto eutocico sem complicações).
- Quem deveria gerir o caso deveria ser o EESMO.



Conclusão

Planeamento familiar através de contraceção.

- Algumas das preocupações são comuns entre enfermeiros e puérperas.
- Os enfermeiros preocupam-se com:
 - Custos com as mães,
 - Espantamento materno.

A disponibilidade de recursos como médicos, enfermeiros ou outros profissionais que possam ajudar.

Lidar com o sistema de saúde ao voltar a casa.

- Quer enfermeiros quer puérperas adiriam à alta precoce às 24 horas com posterior contacto telefónico e visita domiciliária, caso o serviço fosse oferecido (parto eutócico sem complicações).
- Quem deveria gerir o caso deveria ser o EESMO.

Referências Bibliográficas:

American Academy of Pediatrics and American College of Obstetrics and Gynecology. Postpartum and follow-up care. In: Guidelines for Perinatal Care, 3rd ed. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics; Washington: American College of Obstetricians and Gynecologists; 1992. 491-116.

Bowers, J., Chymera, H. (2016). Reducing the length of postnatal hospital stay: implications for cost and quality of care. BMC Health Services Research.

Bravo, P., Uribe, C., & Contreras, A. (2011). Early postnatal hospital discharge: the consequences of reducing length of stay for women and newborns. Revista De Escola De Enfermagem Da U S P, 45(3), 758-763.

Brown, S., Small, R., Faber, B., Krastev, A., & Davis, P. (2002). Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. Cochrane Database Syst Rev(3), CD002958. doi:10.1002/14611858.CD002958

Cargill, Y., Marul, M. (2007). Postpartum Maternal and Newborn Discharge. Journal of Obstetrics & Gynaecology Canada, 357-359.

Dari, E., & Szilackie, B. (2009). Very early discharge from hospital after normal deliveries. Ups J Med Sci, 105(1), 57-66.

Forster, D.A., Savage, T. L., McLaughlin, H. L., Gold, L., Farrell, T., Raymer, J., ... Lovell, B. (2014). Individualised, flexible postnatal care: a feasibility study for a randomised controlled trial. BMC Health Serv Res, 14, 569. doi:10.1186/s12913-014-0569-2

Freire, T., Almeida, L. (2009). Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação. Braga: Psiquilibrios Edições.

INE. (1973). Partos segundo a sua natureza, o local de assistência e a vitalidade, por concelhos de residência da parturiente. Biblioteca Digital. Retrieved from <https://portalnet2.ine.pt/9903/biblioteca/verLido?layout=Collection%3F&amp;layout=CollectionProperty%3F&amp;layout=CollectionState%3F&amp;page=2>

INE. (2016). Nados-vivos (N^v) por Local de residência da mãe (NUTS - 2013), Sexo, Local de parto da mãe, Assistência médica e Escalão de peso à nascença. Anual. Dados Estatísticos. População. Retrieved from <https://www.inec.pt/portalnet2/inec/verLido?layout=Collection%3F&amp;layout=CollectionProperty%3F&amp;layout=CollectionState%3F&amp;page=2&tab=1>

Nardin, J., & Mignini, L. (2009). Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants: RHL commentary.

Ordem dos enfermeiros(2013). 15 Propostas para Melhorar a Eficiência no Serviço Nacional de Saúde. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from http://www.odenenfermeiros.pt/comunicacao/documentos/2013/15propostas_2maio_virtual_red_versao_publica.pdf

Olson, O., & Clausen, J.A. (2012). Planned hospital birth versus planned home birth. Cochrane Database Syst Rev(9), CD009332. doi:10.1002/14611858.CD009332.pub2

Policy statement—Hospital stay for healthy term newborns. (2010). Pediatrics, 125(2), 405-409. doi:10.1542/peds.2009-3119

Wallerström, U., Sundell, C., & Lindmark, G. (1987). Early and late discharge after hospital birth. Health of mother and infant in the postpartum period. Ups J Med Sci, 92(3), 301-314.

Weiss, M., Ryan, P., Lokken, L., & Nelson, M. (2004). Length of stay after birth: sociodemographic and readiness-for-discharge factors. Birth, 31(2), 93-101. doi:10.1111/j.0730-7659.2004.00286.x

Weiss, M. E., Costa, L. L., Yakusheva, O., & Bobay, K. L. (2014). Validation of patient and nurse short forms of the Readiness for Hospital Discharge Scale and their relationship to return to the hospital. Health Serv Res, 49(1), 304-317. doi:10.1111/1475-2775.12092

Weiss, M. E., & Lokken, L. (2009). Predictors and outcomes of postpartum mothers' perceptions of readiness for discharge after birth. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 38(4), 406-417. doi:10.1111/j.1552-4909.2009.01040.x

Weiss, M. E., Ryan, P., & Lokken, L. (2005). Validity and reliability of the Perceived Readiness for Discharge After Birth Scale. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 35(1), 34-43. doi:10.1111/j.1552-6909.2006.00020.x

WHO. (2014). WHO recommendations on postnatal care of mother and newborn 2013. Geneva: World Health Organization.

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ENFERMAGEM

Alta Precoce Pós-parto: proposta de modelo hospitalar no Algarve

Resultados Preliminares.

Mestrand: EnF Helena Silva
Orientadora: Prof.ª Margarida Sim-Sim

Junho 2017



APÊNDICE I – FOTOS DA SESSÃO





APÊNDICE J – AVALIAÇÃO DA SESSÃO



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

DESIGNAÇÃO DA FORMAÇÃO **Alta Precoce Pós-parto: proposta de modelo hospitalar no Algarve**
Resultados Preliminares.

FORMADOR(A) **Helena Margarida C. P. Plantier Martins Silva**

DATA **01 de Agosto 2017**

A sua opinião sobre a formação em que acaba de participar, reveste-se de grande importância para que possamos:

- Aferir em que medida foram satisfeitas as expectativas;
- Perceber se os objetivos delineados foram atingidos;
- Melhorar a eficácia/eficiência em futuras ações de formação;
- Diagnosticar necessidades de formação.

Assim solicitamos o preenchimento deste questionário que é anónimo e confidencial. Responda a cada item, colocando um (x) na coluna que melhor exprime a sua opinião.

1- AVALIAÇÃO GLOBAL DA FORMAÇÃO	NADA SATISFATÓRIO	POUCO SATISFATÓRIO	SATISFATÓRIO	BASTANTE SATISFATÓRIO	EXTREMAMENTE SATISFATÓRIO
1.1-Apreciação global da formação					
1.2- Adequação da formação ao seu nível de conhecimentos					
1.3 - Cumprimento dos objetivos propostos					
1.4 -A formação correspondeu às expectativas					

+

2 - AVALIAÇÃO DOS CONTEÚDOS PROGRAMADOS	NADA SATISFATÓRIO	POUCO SATISFATÓRIO	SATISFATÓRIO	BASTANTE SATISFATÓRIO	EXTREMAMENTE SATISFATÓRIO
2.1-Pertinência dos conteúdos					
2.2 - Utilidade dos conteúdos					
2.3 - Tempo dedicado a cada conteúdos					
2.4 - Relevância para aquisição de novos conhecimentos					



3 - AVALIAÇÃO DO FORMADOR	NADA SATISFATÓRIO	POUCO SATISFATÓRIO	SATISFATÓRIO	BASTANTE SATISFATÓRIO	EXTREMAMENTE SATISFATÓRIO
3.1 - Domínio dos conteúdos					
3.2 - Clareza da comunicação					
3.3 - Motivação dos formandos					
3.4 - Relação com o grupo					
3.5 - Esclarecimento de dúvidas					
3.6 - Metodologia de apresentação					

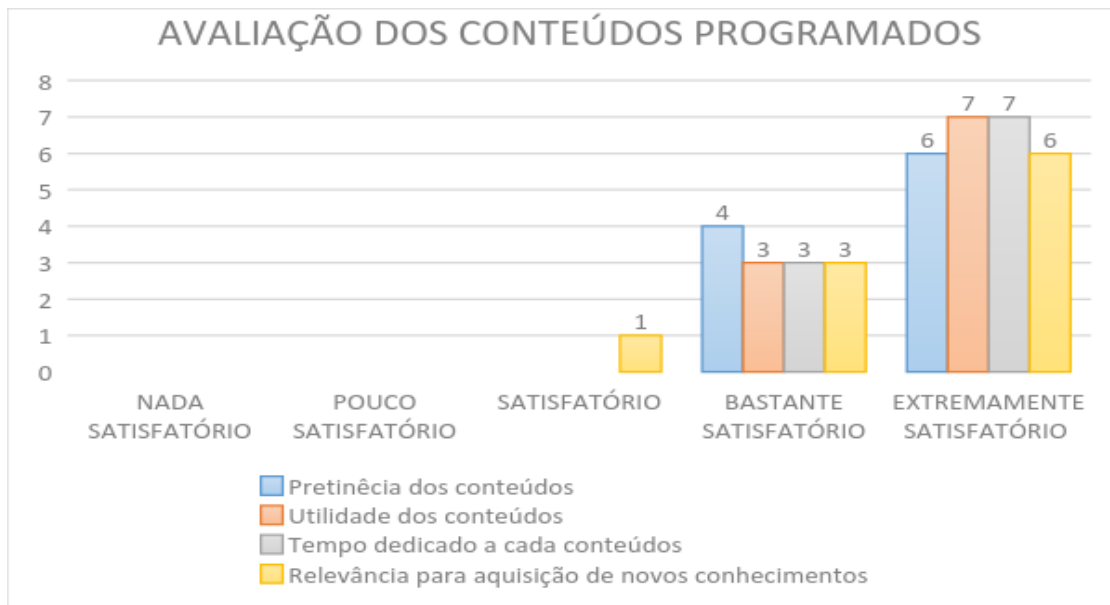
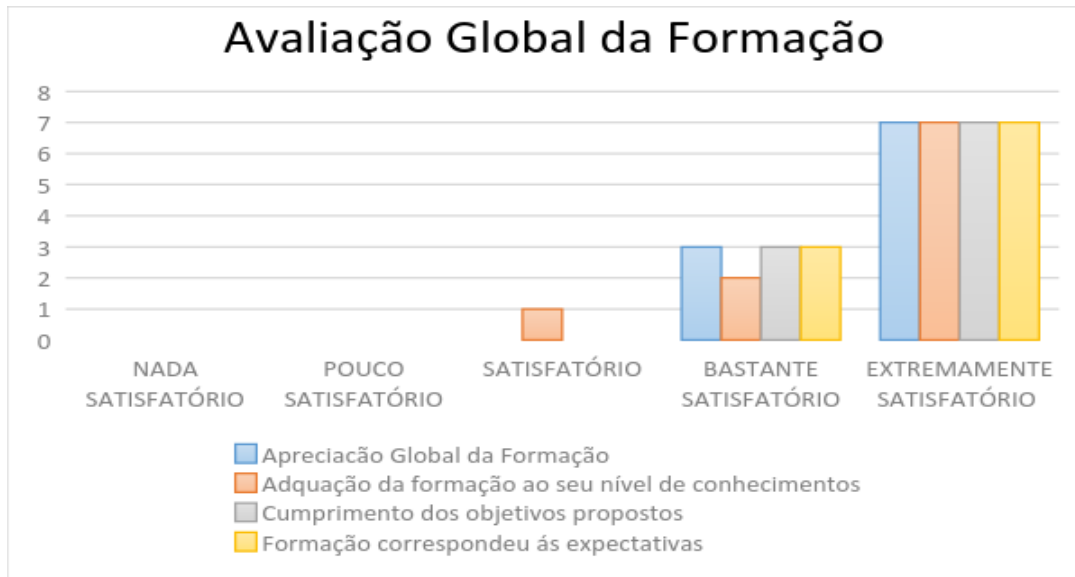
4 - AVALIAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO E RECURSOS DE APOIO	NADA SATISFATÓRIO	POUCO SATISFATÓRIO	SATISFATÓRIO	BASTANTE SATISFATÓRIO	EXTREMAMENTE SATISFATÓRIO
4.1 - Divulgação da formação no serviço					
4.2 - Tempo de duração da formação					
4.3 - Horário da formação					
4.4 - Adequação dos suportes pedagógicos (retroprojeter, videoprojector...)					

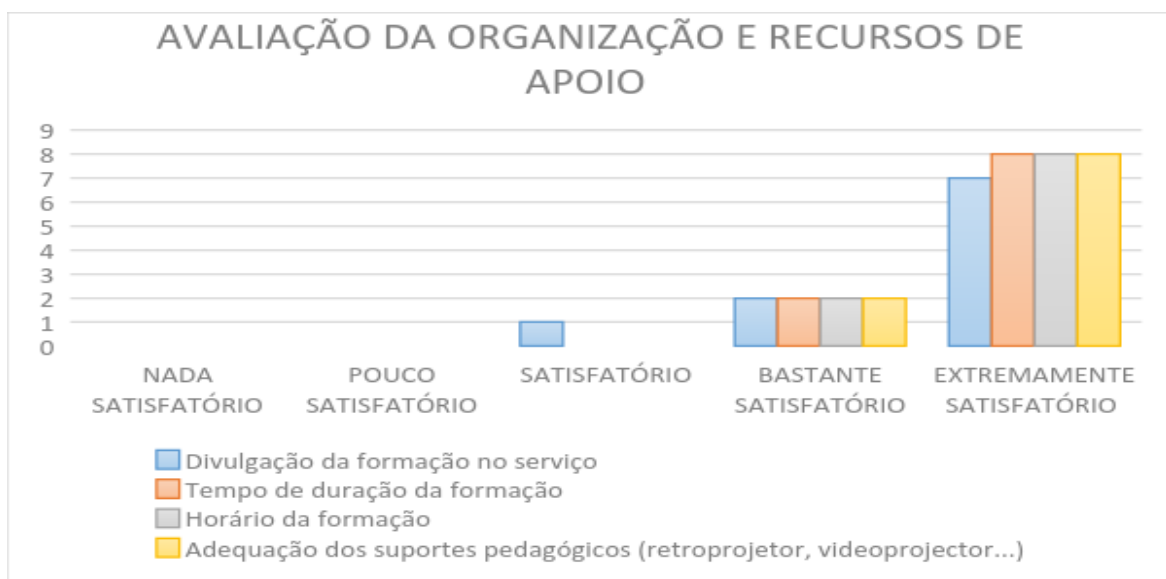
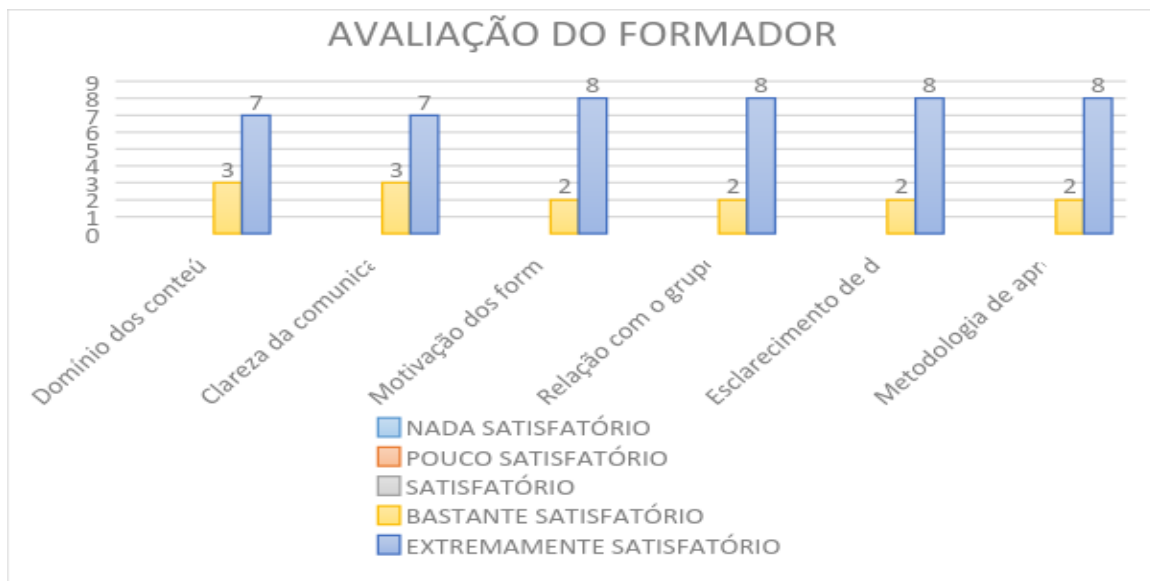
5- Outros comentários:

Muito obrigada por a sua participação e opinião.



Resultados da avaliação da sessão:







APÊNDICE K – CRITÉRIOS DE ALTA PUÉRPERA E RN



Critérios para alta precoce às 24 horas da Puérpera	Critérios para alta precoce às 24 horas do RN
<p>Sintomas ou ocorrências da Puérpera nas 24 horas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sem complicações médicas prévias nem comorbidades relevantes para o episódio de parto.• Trabalho de Parto sem intercorrências.• Parto Via Vaginal sem complicações.• Puérpera hemodinamicamente estável com pressões arteriais dentro dos seus valores normais durante as últimas 24 horas.• Apirética nas últimas 12 horas.• Dores controladas ou manejáveis.• Involução uterina iniciada.• Tolerou levantar sem complicações.• Tolerou alimentação ligeira.• Demonstra capacidade e responsabilidade com autocuidado e cuidado ao RN.• Grupo sanguíneo vigiado e atuação segundo protocolo se fator RH-	<p>Condições para alta do RN</p> <ul style="list-style-type: none">• De termo e saudável >37 semanas.• Sem complicações neonatais. Índice de Apgar superior a sete ao quinto minuto.• Exame clínico normal no dia da Alta.• Sem complicações nas últimas 24 horas.• Apirético nas últimas 12 horas.• Alimentação estável (Se amamenta, pelo menos teve duas mamadas observadas pelo enfermeiro com confirmação de saída de colostro/leite e essa transferência é reconhecida pela mãe).• Eliminação estável e espontânea de urina e de mecónio.• Perca ponderal menos do que 8 % em relação ao peso à nascença.• Ausência de sinais de Icterícia.• Administração de vitamina K
<p>Preparação da Alta</p> <ul style="list-style-type: none">• Identificação de endereço e contactos confirmados.• Recebeu e entendeu instruções escritas da alta incluindo ensinamentos conforme manual de alta.• Se for caso disso, recebe prescrição médica e reconciliação medicamentosa conforme indicação médica.• Agendamento de contacto telefónico de follow up• Agendamento de visita domiciliária pelo Centro de Saúde se necessário.• Passagem de ocorrência de caso ao Centro de saúde foi garantida.• Consultas de acompanhamento no Centro de Saúde agendadas em correlação com o Centro de Saúde.	<p>Preparação de alta do RN</p> <ul style="list-style-type: none">• Ambiente familiar seguro e disponível• Mãe ou cuidador(a) demonstra capacidade para prestar cuidados ao RN.• Prescrição medicamentosa entregue e explicada.• Identificação de endereço e contactos confirmados.• Manual de Alta e cuidado ao RN entregue à mãe.• Confirmação de agendamento consulta com Pediatra nas primeiras 24 horas após alta.• Consultas de acompanhamento no Centro de Saúde agendadas em correlação com o Centro de Saúde.• Passagem de ocorrência de caso ao Centro de saúde foi garantida.• Acessibilidade e contacto da mãe confirmado.



Critérios de Alta

(Adaptado de InterQual® 2017.1 LOC: Acute Adult Labor and Delivery)

Nota: InterQual® é um programa de software detido pela companhia Makesson Corporation com direitos de copyright. Muito implementado nos EUA e usado noutros países como o Reino Unido.

É usado aqui de forma parcial, com base na referência experimental disponível após solicitação à InterQual®.

O programa é usado como guia geral por um gestor de caso, para ajudar a decidir se a puérpera pode ter alta. Depois de verificadas todas as condições. O Enfermeiro comunica ao médico obstetra ou EESMO (midwife) responsável pela puérpera e RN. Nos EUA na maioria dos estados a/o Midwife/Nurse Practitioner tem credenciais de prescrição alta e admissão de acordo com a sua especialidade.

Estes critérios têm níveis de complicação interativas, caso uma condição não se verifique, o programa vai dando alternativas de condições, com estimativas de tempo de internamento baseada na mais atualizada evidência clínica. Não substitui o julgamento clínico, mas serve de suporte e de guideline.



APÊNDICE L: MANUAL PARA A ALTA



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Alta Precoce Pós-parto: proposta de modelo hospitalar no Algarve



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

Manual para a Alta

Guia do pós-parto



Évora 2017



Parabéns pelo seu bebé!

Manual de alta – Partos Vaginais sem complicações.

Este manual foi criado tendo em atenção as mães que tiveram um parto vaginal e que estão prontas a ter alta. Divide-se em duas partes. Uma primeira dedicada a si, mãe e outra dedicada ao seu filho.

Cuidado da Mãe

Ao aproximar-se o momento da alta, um misto de inquietação e de ansiedade pode envolver a mãe. Nós esperamos que possa expressar as suas dúvidas sem qualquer reserva à equipa de saúde. Este é um período de ajuste a uma experiência que muda as vidas.

Controle da dor e contrações uterinas

Durante algum tempo após o parto, vai continuar a ter contrações uterinas. Isso pode causar dor. Além do mais o seu períneo está dorido, caso tenha episiorrafia, aumenta o desconforto e dor. Algumas das medidas que tomou durante o parto com as técnicas de respiração e relaxamento, podem ajudar. Além disso, se o seu médico prescreveu medicação para as dores poderá tomar conforme prescrito. Algumas medidas adicionais para alívio da dor podem ser a:

- Aplicação de gelo no períneo
- Andar frequentemente
- Alternar descanso, sentada ou deitada

As contrações uterinas são normais nos dias depois do parto e revelam que o útero esta a regredir ao seu tamanho normal. As contrações podem se intensificar nos segundo e terceiro dias após parto em especial com a amamentação, amamentar liberta a hormona oxitocina que provoca a contração uterina.

As contrações podem ser ainda mais fortes se for o segundo ou terceiro filho.



Cuidado com a Episiorragia

Durante o parto com alargamento do períneo para a passagem do bebé, muitas vezes há lacerações, ou o médico ou enfermeira parteira pode fazer um corte cirúrgico chamado episiotomia. Frequentemente as lacerações e a episiotomia necessitam de pontos. O que pode provocar desconforto e dor que passa com o tempo.

Alguns dos cuidados a ter são:

- Lave bem as mãos antes e depois de limpar a área vaginal.
- Coloque gelo no seu períneo para reduzir o inchaço e a dor.
- Quando se sentar, posicione-se diretamente na cama ou na cadeira, contraindo o períneo, as nádegas, e músculos das coxas, sentar de lado pode puxar os pontos.
- Após urinar ou evacuar, limpe os pontos com jato de água morna da frente para trás.
- Em casa pode fazer banhos de assento, limpando-se sempre no sentido da frente para trás.

Hemorroidas

Hemorroidas, são veias que se tornam protuberantes na zona retal e anal quando inflamam, edemaciam e causando dor e desconforto, tendem a ficar pior com a obstipação. Tendem a agravar com o esforço do parto. Podem sangrar algumas vezes.

Tratamento para hemorroidas:

- Aplique gelo frio por 20 a 30 minutos, várias vezes ao dia, conforme necessário, para inchaço e conforto.
- Tome banhos de assento em água quente ou gelada. Deite-se durante 15 minutos após um banho de assento.
- Beba muita água e coma frutas frescas, vegetais e grãos integrais para evitar a obstipação.
- Consulte o seu médico se as medidas não melhorarem. Pode necessitar de prescrição ou cuidado médico.



Banhos

Pode tomar banho preferencialmente de chuveiro, no caso de imersão deve evitar utilização de espuma e sais pois pode secar e irritar a zona da sutura.

Estrias na pele

As estrias que adquiriu na gravidez tendem a regredir e eventualmente desaparecer. A pele e os músculos gradualmente regressam à tonificação normal com o tempo e exercícios físico.

Mamas

Espere mudanças nos seios nos primeiros dias após o parto, quer esteja ou não a amamentar. Se está a amamentar, pode sentir aumento da sensibilidade e mamas pesadas. A sua enfermeira tem experiência no apoio à amamentação.

Use um sutiã que seja confortável e se possível apropriado para amamentação.

A sucção do bebé estimula a liberação de duas hormonas, oxitocina e prolactina. A oxitocina sinaliza que seu útero se contraia e retorne ao seu tamanho pré-gravidez. Por isso, muitas mulheres experimentam contrações uterinas, durante os primeiros dias de amamentação. A oxitocina também contrai pequenos músculos na mama para libertar leite para o bebé.

A prolactina estimula o peito a produzir leite. O "primeiro leite" chama-se colostro, que é altamente nutritivo, com anticorpos protetores que são muito benéficos para os recém-nascidos. O colostro é produzido em quantidades muito pequenas (perfeitamente projetado para o estômago pequeno de um recém-nascido). O colostro fornece toda a nutrição que o seu bebé precisa para os seus primeiros dias de vida. O colostro varia em cores e consistência e transita para um líquido mais fino chamado leite de transição antes de se tornar leite maduro, cerca de duas semanas após o parto. O leite maduro é fino e de cor branca e assemelha-se à aparência de leite desnatado.

Quanto mais o bebé mama, mais leite o seu corpo irá produzir. A quantidade de leite retirada da mama determina a quantidade de leite produzido. Um padrão de oferta e de-



manda é estabelecido com cada mamada. Beba um copo de água, ou leite em cada refeição para garantir que está adequadamente hidratada. Também é importante, manter uma dieta saudável com variedade de alimentos frescos e nutritivos, como frutas, vegetais, proteínas e grãos. Não é necessário que o bebé beba água, fórmula ou outros líquidos, além do leite materno, a menos que seja prescrito pelo seu médico.

Por vezes as mamas encaroçam no período da subida do leite. Nesse caso a solução é amamentar, fazer massagens com água morna para estimular a drenagem de leite.

Deve ter o cuidado de ter os mamilos secos, para facilitar que o bebé, faça uma boa pega.

Bexiga

Em consequência do parto a zona perineal por vezes esta entorpecida. Por vezes urinar também é dificultado por inchaço e diminuição do tônus muscular.

O que pode ajudar:

Beba muitos líquidos/ água.

Tome banhos de assento em água quente ou gelada.

Urine para esvaziar a bexiga de cada três a quatro horas.

Procure o médico se tiver urgência e frequência urinaria em especial se acompanhada de febre, pode estar com uma infeção urinária.

Evacuação

Por vezes as mulheres não evacuam nos primeiros dois, três dias depois do parto, por mecanismo de defesa contra o desconforto perineal. O primeiro movimento intestinal após o parto pode ser difícil devido à diminuição do tônus muscular e à inatividade intestinal. Como descrito anteriormente as hemorroidas e os pontos da episiorrafia também condicionam com a dor na evacuação.

O que pode ajudar:

Beba muitos líquidos/ água e coma frutas frescas, vegetais e grãos integrais para evitar a obstipação.



Dedicar tempo para o treino dos intestinos e tentar evacuar.

Exercício suave como andar.

Suporte suavemente os seus pontos da episiorrafia com papel higiénico para ajudar a aliviar o medo de rasgar e aliviar a dor.

Sugestões úteis para a primeira semana:

Descanse adequadamente; faça sesta ou descanse sempre que puder! Se possível, tenha ajuda nos primeiros dias em casa. Concentre-se em cuidar do seu bebé e de si. Deixe outros fazer o trabalho doméstico, cozinhar e lavar roupa.

Evite o levantar pesos. Lembre-se de não levantar nada mais pesado que o seu recém-nascido durante as primeiras quatro a seis semanas.

Escadas devem ser subidas devagar e não muito frequentemente.

Planeie tempo de tranquilidade com o seu companheiro e o seu filho.

Atividade sexual e contraceção

O retornar à atividade sexual com segurança entre a segunda e a quarta semana pós-parto, quando os lóquios cessaram e a episiorrafia ou laceração está cicatrizada.

Nas primeiras 6 semanas até 6 meses, a lubrificação vaginal é menor.

Reações físicas à estimulação sexual nos primeiros 3 meses, provavelmente serão menores e menos intensas do que antes do parto. A intensidade do orgasmo pode ser menor.

- Gel hidrossolúvel, manteiga de cacau ou creme ou geleia espermicida é recomendado para a lubrificação. Uma posição na qual tenha controle da profundidade da inserção do pénis também é útil.
- A presença do recém-nascido influencia a relação sexual pós-parto.
- Fazer exercícios de Kegel, corretamente para fortalecer a musculatura do períneo. Este músculo está associado à função da bexiga e dos intestinos e com a sensação vaginal durante o ato sexual.

(Lowdermilk, et al, 2012)



Ajuste Emocional

Para a maioria das mulheres, as primeiras semanas e meses após o parto é um período de algum transtorno emocional. Sentimentos de alegria, fadiga, confusão, solidão, frustração, e medo são comuns. A vida mudou e não será a mesma. Estas mudanças e alterações podem estar relacionadas com as alterações hormonais, fadiga e desconforto. Por vezes pode sentir-se que tudo é um pouco de mais, e que não consegue, e ser abatida por tristeza e sensação de impotência (Blues). Esses sentimentos podem durar horas, dias, semanas ou meses.

Sugestões úteis

- Dormir e descansar.
- Reduzir o trabalho doméstico.
- Dedicar tempo a coisas que lhe despertem interesse.
- Concentrar-se apenas no cuidar do bebé.
- Obter ajuda extra.
- Atividade física ligeira como andar.
- Falar abertamente acerca dos sentimentos, com familiares e com a equipa de saúde e pedir apoio emocional e físico a companheiro, familiar ou amigos.
- Se disponível fale com outros pais ou assista a ações formativas para pais.
- Evitar álcool e cafeína.
- Alimentação equilibrada e variada

Cuidado do Bebé

O senso comum instintivo da mãe e pai vai ajudar na maioria das situações. Havendo dúvidas elas podem e devem ser endereçadas à sua equipa de saúde.

Acompanhamento médico do bebé.

- O bebé deve ser visto pelo seu médico entre o primeiro e o terceiro dia após a alta.



Quando deve procurar ir ao médico?

Esta é uma questão que frequentemente os pais jovens têm. A resposta é realmente simples:

- Os pais devem pedir ajuda sempre que tiverem dúvidas e dirigi-las à sua equipa de saúde.
- Devem avaliar a temperatura do bebé se tiverem dúvidas se tem febre. Alguns pediatras pedem a temperatura retal. Não utilize termómetros de ouvido em bebés menores do que seis meses.

Como se tira a temperatura retal?

Com um termómetro digital, lubrifique a ponta com vaselina antes de inserir no reto do bebé.

Posicione o bebé de costas e insira gentilmente o termómetro cerca de um cm.

Mantenha o termómetro seguro e o bebé seguro.

Cuidado do cordão umbilical e das unhas.

Cordão Umbilical

Após o parto a enfermeira coloca um clampe no cordão umbilical no bebé.

O cuidado ao cordão umbilical depois do parto inclui:

- Lavagem das mãos antes de cuidar do coto do cordão umbilical.
- Manter o coto seco e exposto ao ar ou vagamente coberto com roupas limpas.
- Fralda dobrada abaixo do umbigo.
- Se o coto do umbigo ficar sujo com urina ou fezes, a limpeza da área com água é necessária.
- À medida que o coto seca e começa a cair, pode-se notar uma pequena quantidade de sangue vermelho escuro na fralda ou na camisa do bebé.
- Se o cordão continuar a sangrar, se tiver secreções verde-amarelada e mau cheiro, se o bebé tiver febre deve ir ao médico.



Cuidado com as unhas

Se for necessário cortar as unhas do bebé, a melhor altura para o fazer é quando o bebé está a dormir com cuidado extremo para não ferir os dedos. No entanto, as unhas dos bebés são por vezes destacáveis com um suave puxão, pode-se também facilmente limar com uma lima infantil. O que a mãe se sentir mais confiante e confortável.

Banho do bebé

Os recém-nascidos geralmente não ficam muito sujos. O banho é principalmente um momento de prazer para a família e um momento para uma feliz interação com o seu bebé. A American Academy of Pediatrics recomenda apenas banhos de esponja até o cordão umbilical do bebé cair.

Por questões de higiene, o rabinho do bebé deve ser lavado com água morna cada vez que há mudança de fralda. A face do bebé, deve ser lavada com água morna quando estiver suja. Um banho completo, pode ser dado sempre que a mãe e o bebé queiram. Se o bebé não for adepto do banho, dê-lhe algum tempo e tende de novo um ou dois dias depois. Um banho total uma vez por semana pode ser suficiente para uma boa higiene.

Sugestões uteis para o banho

- Use uma banheira de plástico de baixo custo para dar banho ao seu bebé, ou entre para a banheira e peça a alguém que leve o bebé até si.
- Não é necessário medir a temperatura da água com um termómetro cada vez que dá banho ao seu bebé. Verifique a temperatura da água com o pulso ou cotovelo. Os bebés gostam de água morna a qual deve fazê-los sentir confortavelmente quente. Tem que se ter cuidado adicional e avaliar bem a temperatura para que não queimar o bebé.
- Tente colocar uma toalha no fundo da banheira para torná-la mais macia e menos escorregadia.
- Lave o rosto e o couro cabeludo do bebé antes de o despir para resto do banho. O seu bebé pode ser mantido na palma da mão sobre a banheira ou a pia.



- Lave o rosto com água limpa e morna, limpando os olhos do canto interior para o exterior. Lavar atrás das orelhas com o canto da toalhinha (sem que entre nos ouvidos).
- Lave o couro cabeludo com um sabão neutro e com uma pequena escova macia ou com as suas pontas dos dedos. Enxaguar bem e secar. Agora pode despir o bebé e colocá-lo na água da banheira.
- Deve-se evitar usar sabão na pele do bebé. Água e um pano fazem um excelente trabalho. Depois de colocar o bebé na banheira, deve cobri-lo com outro pano quente ou toalha, tem um efeito calmante e mantém o bebé quente.
- O aquecimento de das toalhas de banho no secador antes de embrulhar o bebé após o banho é uma boa maneira de o manter quente e confortável.
- Mantenha o banho simples e agradável. Encontrará as suas próprias ideias para tornar o momento feliz e agradável para si e para o bebé.

Roupa do Bebé

Uma orientação útil em geral, é vestir o bebé em mais uma camada de roupa do que a que está a vestir.

Programa nacional de vacinas.

O centro de saúde gere o programa de vacinação do seu bebé, certifique-se que tem o contacto atualizado e que a sua próxima visita esta agendada.

Posicionamento sob a barriga

Quando estiver acordado e sob a supervisão de um adulto, coloque o bebé sob a sua barriga para evitar o desenvolvimento de um ponto na parte de trás da cabeça. O posicionamento também facilita a boa rotação muscular do pescoço e tonifica e estimula o desenvolvimento de habilidades motoras propensas. Brinquedos e outros objetos estimulantes podem ser colocados no campo de visão da criança para incentivar a virar a cabeça de um lado para o outro. Pode começar estas atividade logo após o nascimento.



Maneiras de confortar o seu bebé.

Chupetas, no início não se devem usar até que o bebé se ajuste bem à mama alguns estudos sugerem que as chupetas podem ser usadas a partir das 3-4 semanas de vida. Depois desse período a chupeta pode ser usada durante o sono, alguns estudos apontam que ajuda a reduzir síndrome de morte súbita.

Acalmar o bebé que chora.

Chorar pode ser a maneira do bebé informar que atingiu o seu limite. Infelizmente, nem sempre entendemos dessa forma. As coisas comuns a verificar são: fome, gases, muito quente / muito frio, ou simplesmente estar a precisar de atenção.

Fome

Por o bebé a mamar ou dar biberon.

Gases

Exercícios de perna e abdominal, aplicação de calor muito baixo também pode ajudar com o gás.

Muito quente / Muito frio

Remoção ou adição de roupas e cobertores extras se acha que o bebé pode estar muito quente.

A tentativa erro e a paciência muitas vezes resolvem. Por vezes é cansativo, torna-se necessário haver ajuda no processo. Algo que não resultou há pouco tempo, pode agora resultar com uma pessoa diferente.

Precisar de Atenção

Pode fazer o bebé tão feliz e seguro quanto possível sua música favorita, falar com o seu bebé, cantar.



Contacto pele a pele

O contacto pele a pele traz muitos benefícios para o bebé:

Consiste em colocar o bebé, usando apenas uma fralda, no peito com a cabeça em baixo do queixo e o rosto virado para o lado. O pescoço deve ser ligeiramente mantido na posição lateral para proteger as vias aéreas e o peito deve estar contra o seu peito. Cubra o bebé com um cobertor quente, deixando o rosto descoberto.

- Estabiliza a temperatura corporal do seu bebé
- Estabiliza a frequência respiratória do seu bebé
- Estabiliza a frequência cardíaca do seu bebé
- Estabiliza o açúcar no sangue do seu bebé
- Ajuda a desenvolver o sistema imunológico do seu bebé

Sono e posicionamento durante o sono

Os bebés não dormem a noite toda durante os primeiros meses de vida. Tente não fazer dormir durante a noite seu objetivo número um. Além disso, não compare os hábitos de sono do bebé com o bebé do seu vizinho.

Os bebés precisam ser alimentados várias vezes à noite para obter calorias adequadas para o crescimento.

Reconheça as refeições noturnas como comportamento normal para lactentes. Gradualmente, o sono da noite aumenta quando seu bebé for crescendo e se desenvolvendo.

Posicione seu bebé de costas, em vez de lado ou barriga. Dormir de costas está associado a uma diminuição da incidência de SIDS (Síndrome de morte súbita do lactente).

- Não use almofadas, edredons macios, materiais plásticos de água ou pele de cordeiro na cama do bebé.



- Ser embalado de forma confortável em um cobertor ajuda alguns recém-nascidos a dormir. Evite sobrecarregar com muitos cobertores.
- O movimento de baloiços, caminhadas, baloiços ou passeios de carro pode ajudar seu bebê a relaxar para dormir.
- Experimente música, cantando ou uma massagem suave para um ritual de sono relaxante.
- Continue fazendo seus sons familiares habituais.

Cadeira de transporte de bebê (ovinho)

A segurança do carro é uma parte importante dos cuidados de saúde do seu filho. As estatísticas mostram que os acidentes de carro são a principal causa de lesões graves e morte para bebês e crianças. As cadeirinhas de transporte e as restrições das mesmas salvam vidas. Além disso, o uso de cadeirinha e cinto de segurança é obrigatório em Portugal. Use esses dispositivos que salvam vidas para toda a família.

Síndrome da morte súbita do latente.

A síndrome da morte súbita do lactente (SMSL) é definida como "a morte súbita de uma criança com menos de um ano de idade, e que permanece inexplicável após uma investigação minuciosa, incluindo a realização de uma autópsia completa, o exame da cena da morte e uma revisão de a história clínica ". A SMSL, às vezes referido como morte de berço, é a principal causa de morte em bebês de um mês a um ano de idade. A maioria das mortes por SMSL ocorre quando um bebê tem entre um e quatro meses de idade. Mais meninos do que meninas são vítimas, e a maioria das mortes ocorrem durante os meses de outono, inverno e início da primavera.

A morte é repentina e imprevisível. Na maioria dos casos, o bebê parece saudável. A morte ocorre rapidamente, geralmente durante o tempo de sono.



Algumas mães preocupam-se que os bebês que dormem de costas podem sufocar o cuspe ou o vômito durante o sono. Não há nenhuma evidência de que dormir de costas causa asfixia. Milhões de bebês em todo o mundo agora dormem de costas e os médicos não encontraram um aumento de asfixia ou outros problemas.

Dicas úteis:

No começo, alguns bebês não gostam de dormir nas costas. Fale com o seu médico se estiver preocupada com o sono do seu bebê. Enquanto dorme de costas pode ajudar a proteger o bebê de SMSL, há outras coisas que também ajudarão a manter seu bebê saudável.

• Roupa de cama.

Certifique-se de que seu bebê dorme em um colchão ou outra superfície. Não use cobertores ou edredons sob o bebê. Não deixe o bebê dormir em pele de carneiro, travesseiro ou outros materiais macios. Quando seu bebê é muito novo, não coloque brinquedos ou travesseiros macios no berço com o bebê. Embora esses brinquedos sejam bonitos, alguns bebês têm sido sufocados por causa da presença de materiais macios no berço.

• Dormir no mesmo quarto.

De acordo com a Academia Americana de Pediatria, há evidências crescentes de que o compartilhar de quarto sem compartilhar a cama (o bebê deve estar no seu próprio berço) está associado a um risco reduzido de SMSL.

• Temperatura.

Os bebês devem ser mantidos quentes, mas não devem ter calor demais. Mantenha a temperatura no quarto do bebê confortável para si.

• Sem fumo.



Crie uma zona livre de fumo ao redor do bebé. Ninguém deve fumar tabaco ou outras substâncias ao redor do bebé. Bebés e crianças jovens expostas ao fumo têm um risco aumentado de SMSL. Se é fumador, nunca fume ao pé do bebé.

- **Consulta médica.** Se o seu bebé parecer doente, ligue para o seu médico ou clínica imediatamente. Certifique-se de que seu bebé receba as suas vacinas conforme o plano nacional de saúde.

Referência bibliográfica: Adaptado do Guia pós-parto do Hospital Newton-Wellesley e Brigham and Womens Hospital MA/USA. Retrieved from: https://issuu.com/newtonwellesleyhospital/docs/nwh_postpartumguide12.21.2015



APÊNDICE M: CHECKLIST DE CONHECIMENTO DO PUERPÉRIO



Checklist de Conhecimento do Puerpério

Este questionário, destina-se a identificar as suas dúvidas e necessidades de esclarecimento relativas ao seu cuidado e ao do seu bebé, com o fim de prepararmos os ensinamentos apropriados às suas necessidades antes da alta.

Por favor, assinale com uma cruz (x) as respostas que melhor se aplicam a si.

Secção1: Conhecimento sobre si Própria

1. Períneo (Região genital)

	Sim	Não	Não se Aplica
Sei fazer a higiene íntima no pós-parto			
Sei quais os cuidados a ter com a sutura do períneo			
Consigo reconhecer sinais de infeção da sutura			

2. Lóquios (perdas de sangue após o parto)

Sei o tempo de duração dos lóquios (fluxo sanguíneo) e as suas características			
Consigo reconhecer sinais de hemorragia ou infeção			

3. Desconfortos no pós-parto:

Sei como lidar com os edemas dos membros inferiores (pernas inchadas) e identificar as alterações da circulação (dor, calor e rubor)			
Reconheço sinais de infeção urinária			
Sei o que posso aliviar a dor e desconforto do hemorroidal			

4. Exercício físico:

Sei o que são exercícios de Kegel (contração dos músculos do períneo), para que servem e como os realizar			
Sei quais os benefícios do exercício físico no pós-parto			
Sei quando posso iniciar exercício físico			

5. Alterações emocionais:

Sei que há alterações emocionais no pós-parto			
Sei como lidar com estas alterações emocionais			
Conheço os sinais sugestivos de depressão pós-parto (alterações emocionais que se mantêm depois das 2 semanas após o parto)			

6. Sexualidade e contraceção:

Sei as alterações que o pós-parto provoca a nível da sexualidade			
Sei a importância do planeamento familiar e qual o método contraceção que vou utilizar			
Sei quando posso reiniciar a atividade sexual			

7. Vigilância de Saúde:

Sei quando devo realizar a consulta de revisão de pós-parto			
---	--	--	--



Secção 2: Conhecimento sobre o seu bebé

8. Amamentação

	Sim	Não	Não se Aplica
Sei identificar se o Recém-nascido está bem-adaptado à mama			
Sei o que devo fazer para prevenir/tratar gretas nos mamilos			
Sei o que devo fazer na subida do leite (mamas duras ou tensas)			
Sei as características do leite materno e a existência de leite inicial e leite final em cada mamada			
Sei as várias posições para amamentar e utilizar a almofada de amamentação			
Sei como deve ser a minha alimentação enquanto amamentar			
Conheço os sinais de infeção mamária(mastite)			

9. Alimentação do recém-nascido:

Sei identificar os sinais de fome do recém-nascido			
Sei com que frequência o recém-nascido deve ser alimentado			
Sei como colocar o recém-nascido a arrotar			
Sei como alimentar o recém-nascido através de tetina/copo			
Sei como preparar leite artificial se necessário			

10. Cuidados de higiene ao recém-nascido:

Sei prestar cuidados de higiene (banho) ao recém-nascido			
Sei o que devo fazer ao coto umbilical mesmo depois da queda			
Sei executar corretamente a muda da fralda			
Sei como realizar os cuidados aos olhos, nariz, ouvidos e unhas do recém-nascido			

11. Alívio das cólicas:

Sei identificar os sinais de desconforto abdominal/cólicas			
Sei realizar massagem abdominal para alívio das cólicas			
Sei as características normais das fezes dos recém-nascidos			

12. Alterações da pele:

Sei o que é icterícia e como a identificar			
Sei o que é eritema neonatal abdominal (borbulhas dispersas pelo corpo)			
Sei como proteger a pele para evitar assaduras na região da fralda			

13. Manobra de desengasgamento:

Sei identificar sinais de engasgamento no recém-nascido			
Sei realizar a manobra de desengasgamento			

14. Segurança e transporte:

Sei qual a posição correta de deitar o recém-nascido no berço			
Sei colocar o recém-nascido em segurança na cadeira de transporte (ovinho)			
Sei como transportar o recém-nascido em segurança no carro			
Sei como prevenir quedas e queimaduras			

15. Vigilância de saúde infantil:

Sei quando deve ser realizado o diagnóstico precoce (Teste do Pézinho)			
Sei quando devo realizar a 1ª consulta de saúde infantil			

Data ____/____/____ Enf.º (nº mec.) _____



APÊNDICE N: CRITÉRIOS PRÉ-NATAIS RELEVANTES PARA A ALTA PRECOCE



Critérios pré-natais relevantes para a Alta Precoce

Data: ___ / ___ / ___ Enf.º (nº mec.) _____

			Observações
Frequentou o Curso de preparação para o parto? Onde?	S	N	
Gravidez vigiada? Quantas consultas teve durante a gravidez?	S	N	
Tem ecografias do 1º-2º e 3º trimestre	S	N	
Tem análises do 1º-2º e 3º trimestre	S	N	
Complicações durante a gravidez	S	N	
Grupo Sanguíneo	-	-	
Semanas tinha na altura do parto?	-	-	



APÊNDICE O: CRITÉRIOS DE ACESSIBILIDADE À ALTA PRECOCE NO PÓS-PARTO



CrITÉRIOS de Acessibilidade a Alta-Precoce no pós-parto

Data: ___ / ___ / ___ e hora do Parto ___ h ___ m

Data: ___ / ___ / ___ e hora da saída ___ h ___ m Enf.º (nº mec.)

		Observações
		Nome do EESMO que assistiu no parto
S	N	Aceita a alta Precoce
		Nome
		Contacto telefónico
		Morada onde vai estar no puerpério
S	N	Email
		Nº de processo
		Contacto telefónico do acompanhante nas 1ª 48h
		Nome do acompanhante nas 1ª 48h
		Centro de saúde da área de residência
		Nome do EESMO e/ou Enfermeira de família
		Nome Médico de Família



APÊNDICE P: CONTACTO TELFÓNICO – 6 A 12 HORAS APÓS A ALTA



Contacto Telefónico - 6 a 12 horas após a alta

Data: ___/___/___ Hora de início do telefonema: __: __

Hora do fim do telefonema: __: __ Enf.º (nº mec.) _____

			Observações
S	N	Já foi contactado por o Enfermeiro do Centro de Saúde para visita domiciliaria? Que dia via ser a visita?	
S	N	Tem dúvidas que possam ser esclarecidas por telefone? Quais?	
S	N	Predas sanguíneas? Características?	
S	N	O RN está a mamar bem? De quantas em quantas horas?	
M	A	Mama ou leite artificial? Se leite artificial que quantidades?	
S	N	Necessita da visita da enfermeira agora?	