



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS DE
ÉVORA

Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório Estágio

Visita Domiciliária no Puerpério

Maria Ângela Baleizão Serranito

Orientador:
Professora Doutora Maria Margarida Sim-Sim

2013

Relatório Estágio

Visita Domiciliária no Puerpério

Maria Ângela Baleizão Serranito

Orientador:

Professora Doutora Maria Margarida Sim-Sim

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

2013

Agradecimentos

Às puérperas, por me abrirem as portas das suas casas e pela disponibilidade e confiança que depositaram em mim.

À Professora Doutora Maria Margarida Sim-Sim, por toda a ajuda, sabedoria, ensinamentos e palavras de ânimo quando eu pensei que não conseguia fazer mais nada.

Aos meus queridos pais, António e Josefa, por fazerem de mim a pessoa que sou hoje e por toda a ajuda que me têm dado ao longo da minha vida. Sem eles nada disto teria sido possível.

À minha irmã, Maria João, por todo o apoio e compreensão pelas minhas ausências.

Ao Francisco, o elemento mais novo da família, por olhar para mim com os olhinhos mais bonitos que já vi em toda a minha vida e por fazer de mim uma tia muito feliz.

Aos meus avós, que infelizmente já não se encontram entre nós, por estarem sempre presentes espiritualmente em toda a minha vida.

Por último, mas não menos importante, ao Jorge, por todo carinho e apoio que me deu nos momentos em que só me apetecia desistir.

RESUMO

Título: Visita Domiciliária no Puerpério

A Visita Domiciliária é encarada como uma estratégia de intervenção às famílias no seu ambiente de conforto. O puerpério é uma fase da vida da mulher onde ocorrem inúmeras alterações no seu contexto social, relacional, emocional e físico. A Visita Domiciliária no Puerpério pode assim ser vista como de extrema importância, pois é no regresso a casa que as responsabilidades e competências têm que ser desempenhadas pelas figuras parentais. Contextualizado no Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do Hospital do Espírito Santo de Évora-Entidade Pública Empresarial, apresenta-se o Relatório de um Projeto desenhado na perspetiva da oferta da visita domiciliária no puerpério. Surge, face à realidade de curtos internamentos hospitalares pós-parto e por ocorrer uma procura da instituição em dias posteriores à alta. Em termos metodológicos, considerando-se como grupos-alvo as enfermeiras e as puérperas, definiram-se objetivos e cumpriram-se as consequentes atividades dirigidas aos prestadores e beneficiárias dos cuidados. Junto das enfermeiras, partindo da atividade de sensibilização para o assunto, seguiu-se a conceção de documentos, tais como uma Norma de Atuação, uma *Check List* e um documento para comunicação Inter-Institucional entre os Cuidados de Saúde Diferenciados e os Cuidados de Saúde Primários. Junto das beneficiárias, recolheu-se informação à data da alta e cerca de uma a duas semanas pós-parto, tendo-se ainda realizado uma intervenção-piloto, aplicando a vinte destas puérperas a Visita Domiciliária. Em resumo, no que respeita aos resultados, através deste projeto, reconhecem-se ganhos pessoais enquanto Enfermeira Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica com desenvolvimento de competências, registam-se ganhos para as utentes beneficiárias da intervenção e na presumida aplicação real deste projeto, prevêem-se ganhos tanto para os prestadores em termos individuais como para a instituição, na representatividade que tem para a população da área de abrangência. Em termos conclusivos, sugere o atual Relatório que a Visita Domiciliária no Puerpério pode ser um recurso e um apoio a oferecer pelo HESE-EPE.

Palavras-chave: Puerpério, cuidados pós-parto, visita domiciliária.

ABSTRACT

Title: Puerperium Home Visit

The Puerperium Home Visit is seen as an intervention strategy for families in their comfort environment. The postnatal period is a phase in a woman's life in which several changes occur in her social, relational, emotional and physical context. The Puerperium Home Visit can thus be seen as extremely important, because it is with the homecoming that the responsibilities and skills must be performed by the parental figures. Contextualized in the obstetric/gynecology service at Hospital Espírito Santo in Évora - Entidade Pública Empresarial, the report of a project drawn in the perspective of home visit supply during the puerperium period is presented. It arises given the reality of short post-partum hospital stays and due to the request for institutional services during the days after hospital discharge. In methodological terms, considering the nurses and puerperal staff as target groups, some objectives were defined and the consequent activities, directed to the providers and care beneficiaries, were accomplished. With nurses, starting from the sensitization for the subject, I followed for the document creation, like a Standard of Performance, a Check List and a document for the inter-institutional communication between the Differentiated Health Care and the Primary Health Care. With the beneficiaries, information was collected during the hospital discharge and one or two weeks after the parturition. A pilot intervention was also performed applying home visits to twenty of these puerperal. In short, regarding the results, through this project, personal earnings with skill development are recognized while being a Specialized Nurse in Maternal Health, Obstetrics and Gynecology. Earnings for the intervention beneficiaries are registered and, in the presumed real application of this project, earnings are predicted both for the providers in individual terms and for the institution, in the representativeness that it has for the population in the coverage area. In conclusive terms, the current report suggests that the Puerperium Home Visit can be a resource and a support to be offered by Hospital do Espírito Santo - Entidade Pública Empresarial.

Key words: Puerperium/Postnatal, Postpartum care, Home Visit

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	10
2. ANÁLISE DO CONTEXTO	14
2.1. Caracterização do ambiente de realização do Estágio Final	14
2.2. Caracterização dos recursos materiais e humanos	18
2.3. Descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências	19
3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES	21
3.1. Caracterização geral da população/utentes	21
3.2. Cuidados e necessidades específicas da população-alvo	22
3.2.1. Caraterização do Grupo das Puérperas	24
3.2.1.1. Necessidades Especificas do Grupo das Puérperas	26
3.2.2. Caraterização do Grupo das Enfermeiras	29
3.2.2.1. Necessidades Especificas do Grupo das Enfermeiras.....	29
3.3. Estudos sobre programas de intervenção com população-alvo.....	31
3.4. Recrutamento da população-alvo	36
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS	37
4.1. Objetivos da intervenção profissional	37
4.2. Objetivos a atingir com a população-alvo.....	37
4.2.1. Puérperas do serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE	38
4.2.2. Enfermeiras do serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE.....	38
5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES	39
5.1. Fundamentação das intervenções	39
5.1.1. Puérperas do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE.....	39
5.1.2. Enfermeiras do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE	40
5.2. Metodologias	42
5.2.1. Puérperas do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE.....	42
5.2.2. Enfermeiras do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE	43
5.3. Análise reflexiva sobre as estratégias acionadas.....	44
5.3.1. Puérperas do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia	44

5.3.2. Enfermeiras do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia	44
5.4. Recursos materiais e humanos envolvidos.....	45
5.5. Contactos desenvolvidos e entidades envolvidas.....	45
5.6. Análise da estratégia orçamental.....	46
5.7. Cumprimento do Cronograma.....	47
6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO.....	48
6.1. Avaliação dos objetivos	48
6.1.1. Puérperas do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE.....	48
6.1.2. Enfermeiras do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE	49
6.2. Avaliação da implementação do programa	49
6.3. Descrição dos momentos de avaliação intermédia e medidas corretivas introduzidas .	51
7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS	52
8. CONCLUSÃO	54
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56
Apêndices.....	65
Apêndice A: Questionário aplicado à data da Alta a puérperas não sujeitas a VDP [50 casos]	66
Apêndice B: Questionário aplicado à data da Alta a puérperas sujeitas a VDP [20 casos].....	71
Apêndice C: Questionário aplicado no domicílio das puérperas não sujeitas a VDP [50 casos]	76
Apêndice D: Questionário aplicado no domicílio das puérperas sujeitas a VDP [20 casos].	82
Apêndice E: Pedido de Autorização para aplicação da Escala “Preparação que a mãe sente, antes de sair do hospital, para responder às tarefas já em casa” (Weiss & Piacentine, 2006)	87
Apêndice F: Pedido de Autorização para aplicação da Escala “Preparação que a mãe sente, já em casa, para responder às tarefas necessárias” (Miller, Piacentine e Weiss, 2008)	90
Apêndice G: Pedido de Autorização para a aplicação da Escala “A experiência de tornar-se mãe de um bebé” (Pridham & Chang, 1989).....	92
Apêndice H: Resumo do Relatório de Mestrado enviado à autora da Escala “Preparação que a mãe sente, antes de sair do hospital, para responder às tarefas já em casa” (Weiss & Piacentine, 2006).....	94

Apêndice I: Pedido de autorização para utilização da Escala de Graffar (Amaro, 2001)	98
Apêndice J: Análise dos dados dos questionários aplicados às Puérperas à data da Alta Hospitalar.....	100
Apêndice K: Análise dos dados dos questionários aplicados às Puérperas que receberam a VDP à data da Alta Hospitalar.....	108
Apêndice L: Análise dos dados dos questionários aplicados às Puérperas no seu domicílio	114
Apêndice M: Análise dos dados dos questionários aplicados às Enfermeiras do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE	131
Apêndice N: Questionário aplicado às Enfermeiras do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE	135
Apêndice O: Quadro-resumo das ideias principais da pesquisa bibliográfica efetuada acerca da VDP.....	140
Apêndice P: Documento “O que Levar nas Malas para o Serviço de Obstetrícia do HESE-EPE”	143
Apêndice Q: Consentimento Informado	146
Apêndice R: Sessão de Formação para apresentação do Projeto de Intervenção à Equipa de Enfermagem do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE	148
Apêndice S: <i>Check List</i> sobre a Alta Hospitalar	156
Apêndice T: Norma de Procedimento de Enfermagem sobre a VDP.....	161
Apêndice U: Informação e Registo de Enfermagem Inter-Institucional sobre a VDP	171
Apêndice V: Aula dada aos Estudantes da Licenciatura em Enfermagem da ESESJD-UÉ sobre “Visita Domiciliária no Puerpério”	174
Apêndice W: Fotografias da aula dada aos Alunos de Enfermagem da ESESJD-UE.....	198
Apêndice X: Comprovativo da aula dada na ESESJD-UE.....	201
Apêndice Y: Autorização do estágio no Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE	203
Apêndice Z: Cronograma do Projeto	205

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Número de Partos no HESE-EPE de 2005 ao 1º Semestre de 2012.....	16
<i>Figura 2.</i> Distribuição dos nascimentos nos anos 2005-2011 por Concelho do Distrito de Évora.....	18
<i>Figura 3.</i> Diagrama das Atividades Internas Propostas.....	22
<i>Figura 4.</i> Diagrama das Atividades Externas Propostas	23
<i>Figura 5.</i> Resumo das Caraterísticas Sociodemográficas da População-Alvo das Puérperas.	25
<i>Figura 6.</i> Caraterização Sociodemográfica do Sub-amostra de Puérperas que receberam VDP	25
<i>Figura 7.</i> Diagrama do Percurso dos Cuidados de Enfermagem.....	39
<i>Figura 8.</i> Contatos Desenvolvidos e Entidades Envolvidas	46
<i>Figura 9.</i> Perspetiva de Utilidade Global de VDP na Sub-amostra das puérperas não visitadas	50
<i>Figura 10.</i> Avaliação da Utilidade Global da VDP na Sub-amostra das puérperas visitadas .	50

1. INTRODUÇÃO

No processo reprodutivo, o organismo da mulher sofre num curto período de tempo modificações acentuadas. Ainda que sem desvio de saúde, este processo justifica a criação de um envolvente cuidativo, já que a vulnerabilidade é elevada podendo levar a complicações graves. As grandes causas de morbi-mortalidade materna continuam a ser representativas no mundo, designadamente a hemorragia e a infeção pós-parto, causas evitáveis se os cuidados de saúde são acessíveis (World Health Organization [WHO], 2010a). Em favor da saúde da mulher, surgem orientações de organismos internacionais, nomeadamente da United Nations [UN] definindo os Objetivos do 2º Milénio. Regista-se nesse documento o interesse pela saúde da mulher, exprimindo-se a preocupação em reduzir mundialmente em 3/4, até 2015, a taxa de mortalidade materna (UN, 2010.).

Nos vários contextos geográficos, a evolução social no que diz respeito a uma melhor literacia, higiene, alimentação e cuidados de saúde perinatais, melhoraram a saúde da mulher traduzindo uma evolução positiva das estatísticas. O nascimento em meio hospitalar fez-se acompanhar de redução de taxa de mortalidade materna, apresentando o nosso país uma das mais baixas na Europa (i.e. 7/100.000 *versus* 32/100.000 na Moldávia, em 2008) e do mundo (i.e. 8/100.000 *versus* 1100/100.000 no Chade, em 2012) conforme documenta a literatura (WHO, 2012; Index Mundi, 2012). A maioria das portuguesas opta pelo nascimento dos seus filhos em meio hospitalar desde 1973, existindo no Distrito de Évora alguma antecipação para o ano de 1972 (i.e. 1543 hospitalares *versus* 1174 no domicílio), conforme Instituto Nacional de Estatística [INE] (1972, 1973).

Com base em diferentes razões, podemos verificar por toda a Europa uma evolução nas políticas de internamento puerperal no qual as utentes têm internamentos extremamente curtos (Lynch, Kordish & Williams, 2004). Tal tem reflexos positivos mas deixa algumas lacunas no domínio que as mães atuais têm sobre os cuidados a bebés e/ou práticas de autocuidado puerperal. Na sociedade portuguesa atual, esta carência, pela redução do número de filhos (e.g. Índice Sintético de Fecundidade em Portugal 1,36, em 2011), pelo adiamento da maternidade (e.g. idade média da mulher portuguesa ao nascimento do 1º filho foi 29,2 anos, em 2011) ou entre outros, pela conseqüente carência de modelos maternos (Kitzinger,

1996; Pordata, 2012b, 2013), leva a que as mulheres em fase procriativa não convivam com quadros de desempenho tanto no autocuidado como nos cuidados aos seus filhos. A população alentejana, registando uma panorâmica de nascimentos muito baixa (i.e. 6.146/96.856 em 2011) bem como a segunda taxa bruta de natalidade mais baixa do país (8,1/1.000 habitantes, em 2011), não foge a este enquadramento (Pordata, 2012a, 2012c). Assim e corroborando alguns autores, apesar do característico regresso à família que se observa na gravidez (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 1999), as mulheres procuram nos profissionais de saúde conhecimento, orientação e apoio para resoluções dos papéis parentais no período puerperal (Lynch *et al.*, 2004).

O puerpério é um período de mudanças e adaptações da mulher/família. Fisicamente, o organismo materno retorna às suas condições pré-gravídicas e psicologicamente é um período onde a mulher se sente particularmente frágil, precisando a maioria das vezes de orientação quanto a alterações que podem ocorrer nesta fase (Santana, Gallo, Marcolin, Ferreira & Quintana, 2011). Durante o internamento as puérperas podem partilhar permanentemente as suas dúvidas com outras parturientes, com os profissionais de saúde, deixando isto de acontecer aquando da sua ida para casa. Estes vários motivos, levam as mulheres a consultar telefónica ou presencialmente os serviços de Obstetrícia, ou a recorrer ao Serviço de Urgência dos hospitais. Na grande maioria das vezes, as situações são benignas e facilmente resolúveis, de tal modo que uma escuta ativa por parte do enfermeiro, uma explicação pormenorizada e/ou um olhar atento sobre o fortalecimento das expressões da maternidade rapidamente resolvem o problema. Isto vai ao encontro do que é defendido por Cunha, Nunes, Nunes e Azeredo (2007), referindo que a maioria das visitas neonatais às urgências pediátricas hospitalares deve-se à falta de esclarecimento e apoio às mães, quer durante a gravidez quer no período pós-parto.

No caso do período pós-parto imediato (i.e. do 1º ao 10º dia) ou globalmente no período puerperal (i.e. até às 6 semanas pós-parto), conforme os definem Montenegro e Rezende Filho (2011), existe por parte da puérpera/família uma necessidade de informação, ajuda/apoio. Em algumas culturas de cuidados de saúde, tal como sucede no Canadá considera-se desde há muito que no desempenho das *midwives* “post-partum care is best provided in the woman’s home” (College of Midwives of Ontario, 1994, p.5). Sugere-se assim que a Visita Domiciliária no Puerpério [VDP] constitui uma prática otimizada. Também para Kitzinger (1996) numa perspetiva antropológica, a VDP possui

simbolicamente a representação do novo estatuto social da mulher, que se torna mãe. Reconhece-se-lhe fragilidade, necessidade de apoio, mas simultaneamente responsabilidade pelo filho.

É através da VDP que os enfermeiros dão apoio à mulher inserida na comunidade, no seu espaço de conforto, direcionando esta visita para a educação para a saúde em contexto real e para os cuidados na generalidade e no autocuidado. Segundo Blair (citado por Macdonald, Bennett, Higgins & Dennis, 2010), no Reino Unido esta prática oferecida pelos profissionais de saúde, apresenta-se também como uma estratégia de apoio às crianças carenciadas de modo a promover o seu desenvolvimento, prevenir acidentes, e combater a exclusão social de que as mesmas, bem como as suas famílias, são alvo. Cria-se também uma vinculação entre os profissionais de saúde e aqueles que beneficiam dos cuidados. A VDP é um recurso essencial, pois permite que o acompanhamento de cada mulher/família ocorra de forma particular mas gerando o envolvimento dos significativos no espaço familiar.

Estão documentados os benefícios da VDP, por exemplo na identificação das perturbações músculo-esqueléticas pélvicas (Dietz, 2004), na interação da díade mãe-filho (Larson, 1980), no reconhecimento de complicações na adaptação física e psicológica da família ao novo membro (Bobak *et al.*, 1999), no preenchimento das lacunas dos cuidados existentes à data da alta, no acompanhamento da puérpera e da criança no domicílio (Lynch *et al.*, 2004) e na deteção precoce e/ou melhoramento da evolução da depressão pós-parto (Olivares, Bueno, Vidal, Sánchez, & Teruel, 2011).

O Hospital do Espírito Santo de Évora-Entidade Pública Empresarial [HESE-EPE] utiliza o modelo de internamento curto da parturiente. As altas da maternidade são precoces e as puérperas já domiciliadas procuram por vezes os serviços. Registam-se alguns aspetos críticos, tais como: 1) casos de reinternamento por razões maternas que suscitam preocupação (i.e. 6,3% em 2010, 7,5% em 2011 e 7,1% no primeiro semestre de 2012 [Gabinete de Estatística do HESE-EPE; 2) os Ensinos para a Saúde são realizados, mas suspeita-se de demasiada informação e nem sempre seguindo a mesma linha de orientação, tal como consideração de Bobak *et al.* (1999); 3) alguns aspetos marcantes do puerpério (e.g. subida do leite; deiscência das suturas; dificuldades de pega do recém-nascido [RN]) incidem após as 48h, quando as puérperas já se encontram em casa, como o refere Bobak *et al.* (1999). A nossa observação, acrescida da constatação no exercício das funções, dos casos de utentes

que recorrem ao serviço por dificuldades puerperais, estimulou ao desenvolvimento de um projeto de intervenção dirigido a esta fase específica do ciclo reprodutivo.

A intervenção que o presente Relatório descreve, decorreu no Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE, local onde exercemos a clínica. Pretende-se com este Relatório documentar o desenvolvimento das competências especializadas em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica de forma global, tal como as definem a Ordem dos Enfermeiros (i.e. Regulamento nº 127/2011), considerando-se em particular a área específica do puerpério. Nesta área específica, o objetivo que nos direcionou foi a criação de um programa de VDP dirigido a utentes da área urbana do HESE-EPE. Para atingir este objetivo geral, investigou-se teoricamente o tema, pesquisaram-se estudos empíricos e definiram-se objetivos específicos. Para os cumprir, procedeu-se ao percurso pela hierarquia institucional, definiram-se as populações alvo (i.e. enfermeiras do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE; puérperas que tenham tido parto neste mesmo serviço), auscultaram-se as enfermeiras locais sobre a importância da VDP, caracterizaram-se globalmente as puérperas acerca das suas vivências no domicílio pós-alta hospitalar realizando-se um estudo-piloto numa sub-amostra deste grupo, criou-se documentação normativa e de orientação para a VDP. Ensaiou-se assim um modelo de extensão à comunidade que o HESE-EPE pode eventualmente colocar em prática.

O Relatório respeita as normas da American Psychological Association [APA] para trabalhos escritos conforme o Regulamento do Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final do Mestrado em Enfermagem de acordo com a Ordem de Serviço n.º 18/2010, bem como com o Regulamento do ciclo de estudos conducente com o grau de Mestre pela Universidade de Évora conforme Ordem de Serviço n.º 14/2012, ambos da Universidade de Évora [UE]. Para melhor documentar o relato produzido, refiram-se ainda os Apêndices que acompanham o documento atual.

2. ANÁLISE DO CONTEXTO

A análise de contexto corresponde à caracterização de determinado ambiente onde se desenrola uma ação. No caso do Projeto em questão a nossa ação foi realizada num período extremamente importante, o puerpério. O puerpério é encarado como um período de extremas adaptações fisiológicas e comportamentais para a mulher. É um período onde deve ser dada especial atenção à mulher, tanto ao nível físico como psicológico. Neste sentido o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica [EESMOG] deve ter competências para encarar a puérpera como um ser que precisa de ajuda, lembrando-se sempre que essa mulher tem uma história e vivências singulares (Soares & Varela, 2007).

Entende-se por competência a capacidade que uma pessoa tem para desempenhar determinadas ações (Fleury & Fleury, 2001). Mais especificamente, EESMOG deve ter competências para prestar cuidados gerais, mas também cuidados específicos, sendo a mulher no âmbito do ciclo reprodutivo a beneficiária destes mesmos cuidados (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011b). De acordo com o Regulamento 127/2011 referente às Competências Específicas do EESMOG, e mais especificamente no período onde se desenrola o nosso projeto, o período pós-parto, o EESMOG deve atuar de forma a promover a saúde da puérpera/RN/família para que haja uma boa adaptação ao novo papel parental.

2.1. CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL

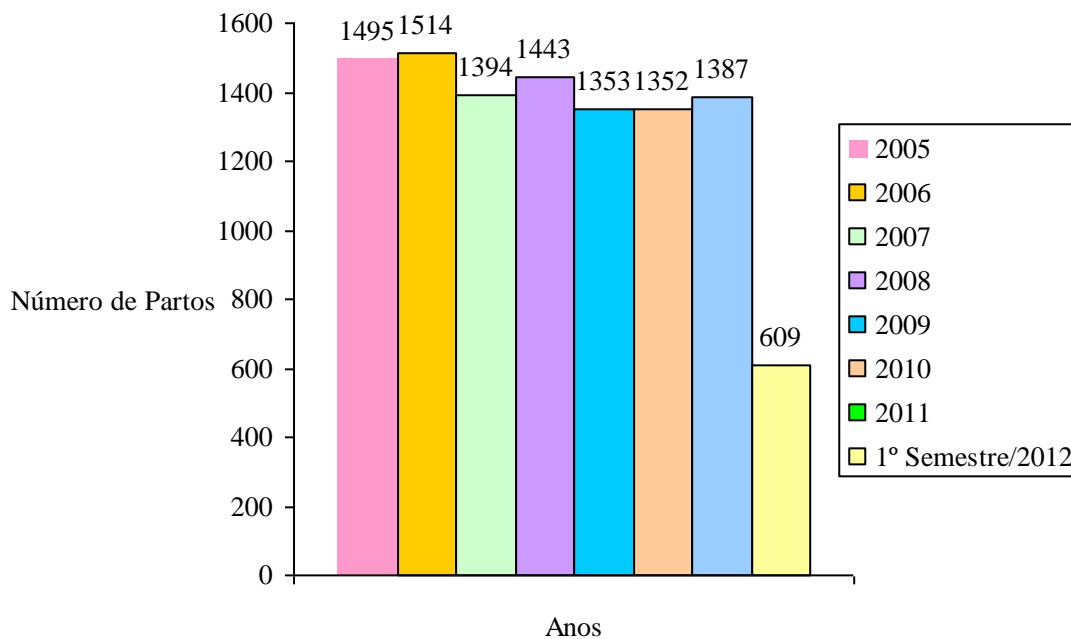
O presente relatório enquadra-se na área de abrangência do HESE-EPE, mais propriamente no Serviço de Obstetrícia/Ginecologia sendo a sua área de influência o Distrito de Évora. Este hospital é um Hospital Central, enquadrado também na tipologia de Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado. Recebe grávidas de todo o país, quando alguma patologia coexistente ou associada à gravidez, pode influenciar a saúde do bebé, e este necessita receber cuidados de saúde especializados (Direcção-Geral da Saúde [DGS], 2001). No serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE existe uma prestação direta de cuidados a parturientes, a utentes com patologia ginecológica, a mulheres/RN em regime de

internamento, bem como atendimento de urgência. Este serviço encontra-se situado no 3º piso e tem duas alas.

A ala esquerda é constituída por dois quartos de internamento, destinados a puérperas que foram submetidas a cesariana, cada um com duas camas e instalações sanitárias próprias. Existe também um vestiário, um gabinete médico, uma sala de reuniões, uma copa e duas salas destinadas a arrumação de material. É nesta ala que se encontra situado o Bloco de Partos. Este é constituído por seis camas para grávidas em trabalho de parto, duas casas de banho, uma sala de sujos, um gabinete de Enfermagem, três camas destinadas a puérperas que se encontram no puerpério imediato, uma sala de partos propriamente dita, uma sala para desinfecção e uma sala para reanimação de RN. O Bloco Operatório Materno-Infantil [BOMI] também se encontra alojado nesta ala e é constituído por uma sala operatória, três camas para recobro, uma sala de apoio, uma sala de desinfecção e uma sala de sujos. São os enfermeiros do Bloco Operatório que têm a responsabilidade de organização do BOMI. A dividir as duas alas existe o gabinete de atendimento às urgências e um gabinete administrativo.

A ala direita é constituída por um gabinete administrativo, uma sala para ecografia, dois quartos para puérperas submetidas a cesariana (idênticos aos descritos na ala esquerda), quatro quartos para puérperas de partos eutócicos e distócicos por ventosa e fórceps, um quarto para grávidas patológicas e três quartos destinados a internamentos de ginecologia. Todos os quartos são constituídos por três camas, à exceção de um quarto de ginecologia que é constituído por duas camas. Nesta ala encontra-se ainda o gabinete do Diretor de Serviço, o gabinete de Enfermagem, um gabinete destinado à realização dos testes acústicos do RN, uma sala de triagem pediátrica, uma sala de trabalho de Enfermagem, uma arrecadação, cinco casas de banho e uma sala de sujos.

Relativamente ao movimento dos nascimentos nesta unidade hospitalar, verifica-se que o número de partos não apresentou grandes oscilações nos anos 2005/2011 (*Figura 1*).



Fonte: Gabinete de Estatística do HESE-EPE

Figura 1. Número de Partos no HESE-EPE de 2005 ao 1º Semestre de 2012

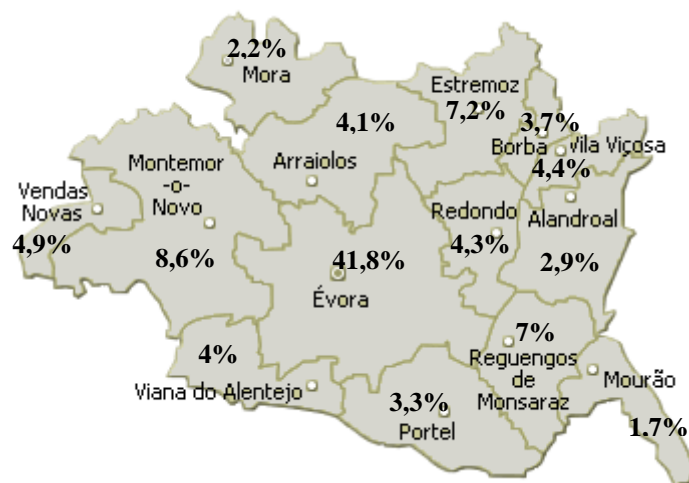
Segundo dados recolhidos no Gabinete de Estatística do HESE-EPE em 2011 na área da Obstetrícia registaram-se 4642 dias de internamento com uma demora média de 2,95 dias e uma taxa de ocupação de 48,91%. Foram realizadas 1579 cardiocografias, 55 ecografias obstétricas e 152 amniocenteses. O número de partos neste ano foi 1387, sendo que 670 foram eutócicos e 717 distócicos, dos quais 528 cesarianas. O número de cirurgias urgentes foi 297 e o número de episódios de urgência foi de 1997. Relativamente aos RN, podemos afirmar que estes apresentaram 3377 dias de internamento com uma demora média de 2,42 dias.

Na área de Ginecologia registaram-se 1192 dias de internamento com uma demora média de 2,51 dias e 40,82% de taxa de ocupação. Assinalaram-se 121 cirurgias urgentes e 360 cirurgias programadas. Foram realizadas 229 biópsias, 263 colposcopias, 20 histeroscopias, 18 criocoagulações e ocorreram 2689 episódios de urgência.

Relativamente ao primeiro semestre de 2012, podemos referir que o número de dias de internamento na área da Obstetrícia foi de 2081, com uma demora média de 2,90 dias e uma taxa de ocupação de 43,98%. Neste mesmo semestre foram ainda realizadas 753 cardiocografias, 9 ecografias obstétricas e 80 amniocentese. O número de partos foi de 609, sendo que 281 foram partos eutócicos e 328 foram partos distócicos, dos quais 250 cesarianas. O número de cirurgias urgentes foi de 156 e ocorreram 1020 episódios de urgência. Tenha-se em conta o elevado número de cesarianas efetuadas nos períodos descritos. Apesar dos números serem inquietantes este fato não acontece só no nosso país, verificando-se um pouco por todo o mundo, fato que nos deixa preocupados pois estão descritos benefícios vários no parto eutócico ao invés de um parto distócico por cesariana (Strapasson & Nedel, 2010).

Ainda no primeiro semestre de 2012, quanto aos RN, registaram-se 1519 dias de internamento, com uma demora média de 2,45 dias. Na área de Ginecologia verificaram-se 680 dias de internamento, com uma demora média de 3,09 dias e uma taxa de ocupação de 46,70%. O número de cirurgias urgentes foi de 39 e de cirurgias programadas foi de 152. Foram realizadas 104 biópsias, 115 colposcopias, 12 histeroscopias, 28 criocoagulações e o número de episódios de urgência foi de 1420.

Após análise dos dados estatísticos do Serviço de Obstetrícia do HESE-EPE nos anos 2005/2011, podemos verificar que a grande maioria dos partos que ocorreram foram de grávidas provenientes do Distrito de Évora (86,6%), como podemos confirmar na *Figura 2*. Os restantes 13,4% referem-se a puérperas provenientes de outros Distritos, com maior incidência para os Distritos de Beja e Portalegre.



Fonte: Gabinete de Estatística do HESE-EPE

Figura 2. Distribuição dos nascimentos nos anos 2005-2011 por Concelho do Distrito de Évora

O Projeto decorreu sob a alçada do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE e estendeu-se ao domicílio das puérperas sujeitas a VDP.

2.2. CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS

O método de prestação de cuidados de Enfermagem adotado no Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE é o Método Individual, onde cada enfermeiro fica responsável por determinado número de utentes prestando-lhes todos os cuidados necessários (Costa, 1999). Segundo o mesmo autor este é um método no qual o enfermeiro tem uma visão holística do utente a quem presta cuidados. Neste serviço a equipa de Enfermagem é constituída por 21 EESMOG, todos do sexo feminino, das quais uma tem a função de Enfermeira Responsável. Fazem parte da equipa quatro enfermeiras Graduas/Generalistas. Para além da Enfermeira Responsável, existe uma Enfermeira Especialista e uma Enfermeira Generalista que se encontram de horário fixo, sendo que todas as outras enfermeiras desenvolvem as suas atividades em regime de *Roulement*.

Relativamente à equipa médica, esta é constituída por nove Obstetras/Ginecologistas, oito internos de Obstetrícia/Ginecologia e um Anestesiologista que dá apoio ao Bloco de Parto e

que se encontra disponível 24 horas por dia, para a analgesia epidural. Da equipa multidisciplinar fazem ainda parte 13 Assistentes Operacionais.

A responsabilidade da organização do serviço nos dias de semana recai sobre a Enfermeira Responsável, contudo nos turnos em que esta não se encontra presente, e nos fins de semana, é definido um elemento por turno que fique responsável pelo mesmo.

2.3. DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

O puerpério é visto como um período de modificações. A resposta a estas modificações pode ser encarada com segurança em alguns aspetos, mas também com dúvidas e incertezas por parte da puérpera que necessita de apoio. Outrora o apoio/ajuda que precisava era-lhe fornecido pelas mulheres mais velhas e mais experientes, contudo atualmente isto não acontece ou é bastante menor, uma vez que a família enquanto unidade de segurança se tem alterado ao longo dos tempos (Zorzi, 2006). A inexperiência, a falta de informação e a curta estadia no hospital após o parto são fatores que podem influenciar o desempenho eficaz da maternidade/paternidade. De forma a contrariar este ciclo deve existir por parte da equipa de Enfermagem o cuidado de interagir com os novos pais dando-lhes apoio e informações necessárias acerca desta nova fase das suas vidas (Gerk, Freitas & Barros, 2000).

No período pós-parto as ações cuidativas devem dirigir-se no sentido da confiança, segurança, apoio/ajuda nas dificuldades, de forma a prevenir a morbilidade materna e infantil (Shaw, Levitt, Wong, Kaczorowski & The McMaster University Postpartum Research Group, 2006), bem como de facilitação na adaptação aos novos papéis. Com uma relação próxima, onde a relação terapêutica, a confiança, o respeito e uma boa comunicação devem existir, o enfermeiro tem um papel extremamente importante no sentido de detetar qualquer desvio de saúde ou de instabilidade por parte de determinada puérpera (Zagonel, Martins, Pereira & Athayde, 2003). Com o nascimento da criança a adaptação por parte da puérpera ao novo elemento pode ocorrer que forma fácil, mas nem sempre isso acontece. Não raras vezes a puérpera sofre desgaste físico e emocional e é importante que tenha uma rede de apoio à sua volta para a ajudar (Martins *et al.*, 2008).

A alta hospitalar é o momento de regresso à normalidade familiar, mas simultaneamente para a puérpera, quebra-se a acessibilidade à assistência e ajuda dos profissionais de saúde na disponibilidade das 24/24h que o internamento proporciona. As incertezas e inseguranças podem emergir. Quando acontece, os profissionais de saúde têm o dever ético e moral de a apoiar, pois a relação não acaba com a alta hospitalar mas sim quando a mulher se sente segura e capaz de prestar cuidados a si mesma e ao seu bebé, tal como está inerente na flexibilidade dos conceitos do período pós-natal e puerpério (Fraser & Cooper, 2010; Montenegro & Rezende Filho, 2011). Com políticas de internamentos cada vez mais curtos, associadas a algum aumento do recurso às urgências hospitalares por problemas puerperais e neonatais que facilmente se resolveriam em casa (Cunha *et al.*, 2008), a VDP inserida no contexto sócio-económico-cultural da puérpera/família, surge-nos como um recurso valioso para a população, podendo ser encarada como um prolongamento dos cuidados prestados em meio hospitalar.

O EESMOG é um enfermeiro com conhecimentos aprofundados e específicos na área em questão, contudo apresenta também competências comuns a todos os enfermeiros especialistas no que respeita “à responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (OE, 2011a, p.8649). Assim, cabe-lhe promover a saúde destas mulheres implementando e avaliando as intervenções que respondam às suas necessidades, gerando-se um processo facilitador na transição e adaptação à parentalidade.

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do EESMOG no período pós-natal (OE, 2011b), sobreponível ao que é defendido pela International Confederation of Midwives [ICM] (2010), o profissional de enfermagem deve ainda conceber, planear, coordenar, implementar e avaliar projetos e intervenções que tenham como objetivos principais a promoção da saúde da mulher/RN e o diagnóstico e prevenção de complicações que possam afetar negativamente a saúde deste grupo-alvo. Não existindo, ou existindo de uma forma pouco substancial, uma continuidade da prestação de cuidados à puérpera após a alta hospitalar, a VDP surge-nos como um seguimento da prestação dos cuidados (Zorzi, 2006; Stefanello, 2005).

3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

Uma população é um conjunto de indivíduos que apresentam características específicas comuns (Fortin, 1999). De acordo com esta definição podemos descrever como alvo do nosso estudo e em termos de aquisição e/ou desenvolvimento de competências no âmbito da VDP, as puérperas que estiveram internadas no Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE.

Contudo, necessitando esta população de cuidados tão específicos como os prestados no puerpério, considerou-se pertinente alargar a nossa intervenção a outra população, nomeadamente as enfermeiras do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE, em termos de aquisição e/ou desenvolvimento de atitudes e comportamentos face ao período em estudo.

3.1. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/UTENTES

O pós-parto é um período pouco aprofundado em termos de literatura nacional e internacional (Levitt *et al.*, 2004) e a VDP, como uma intervenção a realizar neste período, também o é. Com a elaboração deste Relatório deparámo-nos com o problema da carência de informação acerca do assunto e apesar de todos os esforços para sabermos o que existe/o que se realiza a nível nacional acerca da VDP chegámos à conclusão que não existem documentos que nos possam ajudar em termos de realização de uma perspetiva epidemiológica acerca do assunto em questão. Segue-se então a caracterização da população referente a 1) puérperas que estiveram internadas no Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE e 2) enfermeiras do serviço onde se desenvolveu o atual projeto.

Relativamente às puérperas, a população é constituída por 609 puérperas com idades compreendidas entre os 15 e os 44 anos (M=30,07 anos). Apesar do nosso empenho em caracterizarmos a população em termos dos restantes aspetos sociodemográficos, o mesmo não nos foi possível por inacessibilidade de registos nas plataformas estatísticas do HESE-EPE.

Relativamente às enfermeiras que exercem no Serviço de Obstetrícia/Ginecologia, a análise estatística atual debruçou-se sobre aspetos sociodemográficos tais como, a idade, o estado civil, as suas habilitações literárias e o tempo de serviço como enfermeiras e como EESMOG (nos casos aplicáveis).

3.2. CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO-ALVO

Prevendo o acesso aos grupos alvo, nomeadamente ao grupo das puérperas e enfermeiras, delineámos atividades internas e externas que deveríamos executar. De forma sintética e procurando tornar mais completa a exposição, ilustramos na *Figura 3* as atividades internas que nos propusemos realizar ao longo do projeto.

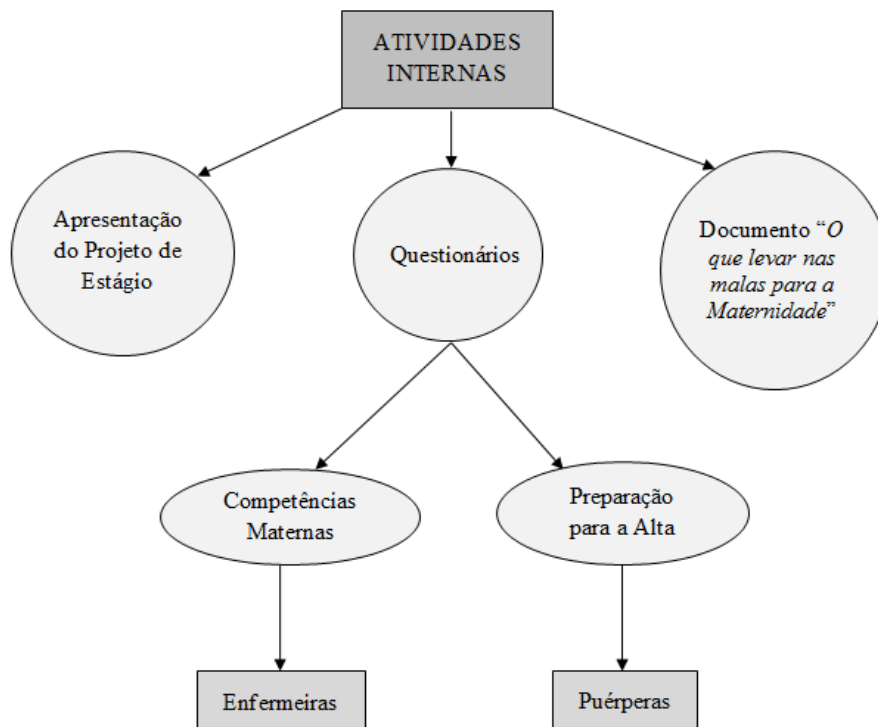


Figura 3. Diagrama das Atividades Internas Propostas

Relativamente às atividades externas a realizar ao longo do projeto, as mesmas encontram-se esquematizadas na *Figura 4*:

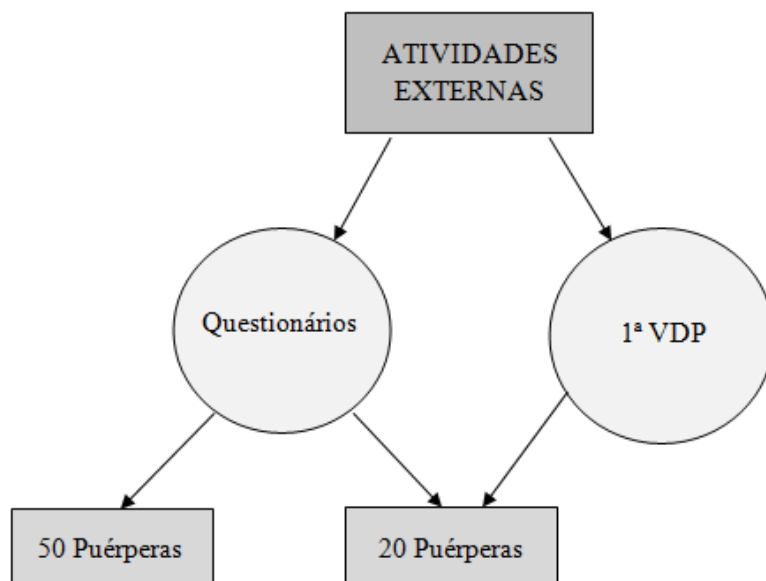


Figura 4. Diagrama das Atividades Externas Propostas

Durante o primeiro semestre de 2012 foram aplicados dois questionários às puérperas que estiveram internadas no Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE de forma a conseguir compreender quais as suas dúvidas nesta fase das suas vidas. Redundou na aplicação de questionários a 70 puérperas. Em duas sub-amostras, foram selecionadas 50 a quem foram aplicados dois questionários e noutra sub-amostra de 20 puérperas, considerando-se aquelas que apresentaram maiores dúvidas durante o internamento hospitalar, foi aplicado o mesmo procedimento, acrescentando-se a realização de um episódio de VDP.

Assim sendo, os questionários foram aplicados em dois momentos distintos, ou seja, o primeiro momento ocorreu com o preenchimento do primeiro questionário no dia em que tiveram alta hospitalar e o segundo momento aconteceu já no seu domicílio, entre o oitavo e o décimo dia após o parto (as puérperas levaram os questionários para as suas casas e devolveram por correio). Os questionários tiveram como objetivo fornecer dados que permitissem compreender como estava a ser a experiência de ser mãe e quais as suas dúvidas ainda no hospital (Apêndices A e B) e posteriormente nas suas casas (Apêndices C e D). Para a utilização dos instrumentos “*Readiness for Hospital Discharge Scale*” (“Preparação que a mãe sente, antes de sair do hospital, para responder às tarefas já em casa”) de Weiss e

Piacentine (2006), “*Post-Discharge Coping Difficulty Scale*” (“Preparação que a mãe sente, já em casa, para responder às tarefas necessárias”) de Miller, Piacentine e Weiss (2008) e “*What Being The Parent of a Baby is Like*” (“A experiência de tornar-se mãe de um bebê”) de Pridham e Chang (1989) foi pedida a autorização aos autores, tendo a mesma sido concedida (Apêndices E, F, G). A permissão no caso do instrumento “Preparação que a mãe sente, antes de sair do hospital, para responder às tarefas já em casa” de Weiss & Piacentine (2006), implicou dar a conhecer ao autor criador, de maneira sintética, algumas informações sobre o projeto atual, assim como uma declaração de compromisso relativamente aos resultados obtidos, tendo sido redigido em inglês, além da cedência da tradução do instrumento para português (Apêndice H). O material foi enviado por correio eletrónico. Para a análise dos questionários aplicados às puérperas foi também pedida autorização ao autor da “Escala de Graffar” (Amaro, 2001), tendo-nos sido a mesma concedida (Apêndice I).

A análise estatística dos questionários aplicados às nossas populações-alvo foi efetuada no *software* SPSS-versão 20.

3.2.1. Caracterização do Grupo das Puérperas

Com base nestes critérios a caracterização sociodemográfica muito resumida da população encontra-se descrita em frequências absolutas na *Figura 5*. Mais detalhadamente pode consultar-se no Apêndice J.

Caracterização da População	Puérperas participantes (N=70)
Nacionalidade	65 nacionalidade portuguesa; 5 estrangeiras (2 angolanas, 2 ucranianas e 1 moldava).
Idade	17 a 42 anos; M=29,97; DP=5,985; Mo=32 anos.
Estado Civil	53 casadas ou vivem em união de fato
Habilitações Literárias	33 têm como habilitações 9º-12º ano de escolaridade;
Situação Laboral	48 estão empregadas
Coabitação	30 vivem com o companheiro e filhos
Índice de Graffar	27 pertencem à Classe Média Baixa.
Número de Filhos	37 têm agora o seu primeiro filho

Figura 5. Resumo das Características Sociodemográficas da População-Alvo das Puérperas

Ao longo do Projeto delineámos uma sub-amostra da população-alvo “Puérperas” devido ao fato de receberem a VDP realizada por nós (N=20). A caracterização desta sub-amostra encontra-se na *Figura 6* e uma caracterização mais detalhada encontra-se no Apêndice K.

Caracterização da População	Puérperas que receberam VDP (N=20)
Nacionalidade	16 nacionalidade portuguesa; e 4 estrangeiras (3 da Europa de Leste e 1 angolana).
Idade	21 a 42 anos; M= 30,3; DP=5,42 e Mo= 32 e 34 anos.
Estado Civil	17 são casadas ou vivem em união de fato.
Habilitações Literárias	9 têm formação académica superior.
Situação Laboral	16 estão empregadas.
Coabitação	9 vivem com o companheiro e filhos.
Índice de Graffar	6 pertencem à Classe Média.
Número de Filhos	11 têm agora o seu primeiro filho.

Figura 6. Caracterização Sociodemográfica do Sub-amostra de Puérperas que receberam VDP

3.2.1.1. Necessidades Específicas do Grupo das Puérperas

Após a análise dos dados da escala “Percepção da preparação que a mãe sente, antes de sair do hospital, para responder às tarefas em casa” de Weiss e Piacentine (2006), presente nos questionários aplicados à data da alta hospitalar, podemos concluir que entre as dimensões da mesma (Estado Pessoal, Conhecimento, *Coping* e Apoio), observa-se, através de um Teste T de amostras emparelhadas, diferenças significativas. Ou seja, o estado físico-emocional [i.e. Dimensão Estado Pessoal] apresenta a média mais baixa, sugerindo sentimento/sensação de vulnerabilidade ao momento da alta hospitalar. Estes resultados vão ao encontro do estudo realizado por Strapasson e Nedel (2010), que referem que as puérperas se apresentam inseguras e dependentes de ajuda neste período das suas vidas. Nas restantes dimensões as médias não possuem diferenças significativas entre si, sugerindo que à data da alta a puérpera considera que tem o conhecimento necessário para responder às exigências [i.e. Dimensão Conhecimento], tem competência para autogerir as suas necessidades de saúde [i.e. Coping] e considera disponível o apoio esperado no pós-parto [i.e. Apoio].

Ainda da análise do primeiro questionário podemos perceber que todas as participantes que à data da alta foram contactadas no sentido de receber VDP, concordaram em ser visitadas, e consideram que à data da 1ª semana pós-parto esta pode ser um bom apoio. Relativamente às participantes que não receberam a VDP, todas, exceto uma, consideram que a VDP de Enfermagem à data da 1ª semana pós-parto pode ser um bom apoio. Uma análise mais pormenorizada deste questionário encontra-se no Apêndice J.

Relativamente ao segundo questionário, este era constituído, entre outras variáveis, por duas escalas de autores. Após a análise dos dados da primeira escala “Preparação que a mãe sente em casa, para responder às tarefas necessárias” de Miller, Piacentine e Weiss (2008) podemos afirmar que as dificuldades das 70 participantes não são elevadas [M=3,74; DP=1,19], registando-se um mínimo de 1,10 e um máximo de 6,5 pontos. Contudo através de um Teste T de amostras emparelhadas verificamos que as mulheres sujeitas a VDP referem em média dificuldades no regresso a casa significativamente mais baixas ($p=.000$) comparativamente aquelas que não foram sujeitas a este serviço/atividade de enfermagem (M=2,49; DP=.950 *versus* M=4,24; DP=.872). Relativamente à segunda escala “Experiência de tornar-se mãe de um bebé” (Pridham & Chang, 1989) verificamos que, no global, existem modificações significativamente mais elevadas no grupo das mulheres que não foi sujeito a

VDP. O mesmo se verifica relativamente às dimensões “Centralidade” e “Mudança de Vida”. Embora sem diferenças significativas, as puérperas sujeitas a VDP, manifestam maior satisfação em serem mães.

Relativamente aos principais problemas que tinham tido ou sentido no domicílio, dividimos as classificações de acordo com o grupo de puérperas, ou seja, as que não receberam VDP e as que receberam. Assim sendo, as puérperas que não receberam a VDP responderam no primeiro nível a Amamentação (N=11), seguida de Dores (N=9), Cansaço (N=7) e Despesas com o bebé (N=6). No segundo nível as puérperas referiram a Amamentação em primeiro lugar (N=13), seguida de Dificuldades em realizar as tarefas domésticas (N=6) e Adaptação ao bebé (N=6). No terceiro nível, em primeiro lugar referiram o Choro do bebé (N=10), seguido da Amamentação (N=8) e Dores (N=6). Já as puérperas que receberam a VDP responderam no primeiro nível a Amamentação (N=13), seguida de Cansaço (N=2). No segundo nível as puérperas referiram o Cansaço em primeiro lugar (N=8), seguida da Adaptação à nova família (N=4). No terceiro nível, as respostas foram mais divergentes, contudo em primeiro lugar referiram Dar atenção à família (N=4), seguido de Regresso às tarefas domésticas (N=4) e Amamentação (N=3) e Cansaço (N=3).

Quando questionadas acerca de como é a experiência de ser mãe de uma criança com poucos dias os testemunhos das puérperas são variados. De maneira sintetizada, referem-se aqui as suas alocações:

“Ser mãe é deixarmos de pensar em nós próprias para dar lugar ao bebé. Já não nos interessam as coisas que interessavam antes do nascimento do bebé. Ao que dava importância antes, agora é superficial. Hoje as preocupações são muito diferentes.” (Q. 2)

“Tive muito medo de cuidar do bebé nos primeiros dias sozinha, mas agora já me sinto mais segura. Posso dizer que me sinto muito bem neste papel da minha vida.” (Q. 10)

“É muito agradável termos a noção que aquela criança depende de nós mas ao mesmo tempo nós também dependemos dela. Ser mãe é a melhor coisa do mundo!” (Q. 20)

“Trata-se de um sentimento único, mágico e maravilhoso. Descobrir cada nova evolução do bebê, assim como aprender com ele a ser mãe é único. Contudo, também o medo, a angústia e ansiedade estão presentes sempre que chora sem saber o motivo, sempre que não sei se está satisfeito.” (Q. 29)

“É muito bom ser mãe, mas ao mesmo tempo sinto-me muito insegura neste papel.” (Q. 36)

“Tem sido difícil desempenhar o papel de mãe, mas com a ajuda da minha família tenho conseguido superar todas as dificuldades.” (Q. 46)

Todas as puérperas consideraram que seria útil o HESE-EPE disponibilizar um programa de VDP na 1ª semana pós-parto.

Das 50 puérperas que não receberam a VDP, quatro foram visitadas por uma enfermeira no seu domicílio e referem que a utilidade da VDP é elevada no que respeita à Amamentação (M=90,00; DP=10,80). Consideram também que a VDP lhes deu um nível elevado de segurança relativamente aos Cuidados de higiene pós-parto à puérpera, Cuidados de higiene do bebê e Choro do bebê, casos estes onde a média e o desvio padrão são idênticos (M=77,50; DP=35,23). Entendem ainda que a utilidade global da VDP é elevada (M=83,75; DP=29,26).

As puérperas que não foram visitadas referem que a utilidade da VDP é elevada no que respeita à Amamentação (M=92,07; DP=9,52). Consideram também que a VDP lhes poderia dar um nível elevado de segurança no âmbito dos Cuidados de higiene pós-parto (M=82,72; DP=20,62). Relativamente ao nível de segurança que a VDP lhes poderia conferir no que respeita aos Cuidados de higiene ao RN, a pontuação média também é elevada (M=89,02; DP=13,40). Quanto ao nível de segurança que a VDP poderia dar às mesmas relativamente ao Choro do bebê a média de pontuação é elevada (M=92,28; DP=9,87). Em último lugar as puérperas entendem que a utilidade de um programa de VDP criado pelo HESE-EPE, teria em média uma utilidade elevada para as utentes (M=94,57; DP=7,51).

Por último, a utilidade da VDP também foi questionada às restantes puérperas participantes e as puérperas que receberam a VDP realizada por nós referiram que a utilidade da VDP é muito elevada no que respeita à Amamentação (M=99,00; DP=2,61).

Relativamente aos Cuidados de Higiene pós-parto e aos Cuidados de higiene ao RN a utilidade registada é elevada (M=88,50; DP=14,15 e M=87,25; DP=16,89). Quanto ao nível de segurança que a VDP lhes deu relativamente ao Choro do bebé a média de pontuação é muito elevada (M=98,50; DP=4,00). Por último, e quando questionadas acerca da utilidade global da VDP, as puérperas referem que a mesma é muito elevada (M=96,75; DP=6,34). Dados mais pormenorizados da análise encontram-se no Apêndice L.

3.2.2. Caraterização do Grupo das Enfermeiras

As enfermeiras do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE são 25 com idades compreendidas entre os 26 e os 58 anos (M=41,96; DP=9,08). Na amostra, a maioria das enfermeiras é casada (N=20), três são solteiras e duas divorciadas. Relativamente às habilitações literárias, a maioria das enfermeiras é licenciada (N=22), duas são mestres e uma tem como habilitações o bacharelato em Enfermagem.

Os elementos do grupo exercem como enfermeiras em média desde há 18,64 anos (DP=7,86), com expressão mínima desde há 5 anos e máxima desde há 34 anos. Das 25 enfermeiras, apenas uma tem experiência de Cuidados de Saúde Primários [CSP], tendo aí exercido 17 anos. Como EESMOG, exercem 21 enfermeiras em média desde há 6,69 anos (DP=5,34 anos), com um mínimo de 6 meses e um máximo de 15 anos. Uma caracterização mais detalhada encontra-se no Apêndice M.

3.2.2.1. Necessidades Específicas do Grupo das Enfermeiras

Relativamente à equipa de enfermagem, foi-lhe aplicado um questionário de forma a conseguir compreender qual a sua opinião relativamente às necessidades das puérperas, no seu domicílio, nas duas primeiras semanas pós-parto. Foi também questionada qual a sua opinião relativamente aos principais problemas que surgiam às puérperas durante esse tempo e qual a importância da VDP. Este questionário teve como objetivo compreender quais as competências das puérperas nas duas primeiras semanas pós-parto. Após uma pesquisa bibliográfica exaustiva e constando a inexistência de questionário adequado aos nossos interesses, construímos um instrumento (Apêndice N).

Da análise deste mesmo questionário podemos perceber que quando questionadas sobre as necessidades das puérperas, às duas semanas pós-parto já em sua casa, as enfermeiras opinam que as maiores necessidades residem no apoio emocional familiar (M=8,24; DP=1,39), seguindo-se as necessidades de cuidados técnicos/Enfermagem (M=7,36; DP=2,05). Quanto às dificuldades, as enfermeiras consideram que as mais elevadas se encontram nos cuidados ao RN (M=6,8; DP=1,35), seguindo-se o autocuidado (M=5,24; DP=1,66). Relativamente ao nível de *stress*, as enfermeiras consideram que é elevado uma vez que a média vai além do ponto médio da escala (M=7,16; DP=1,21).

Relativamente aos problemas que julgavam ser os mais importantes para as puérperas, as enfermeiras responderam no primeiro nível a Amamentação (N=17), seguida dos Cuidados ao RN (N=3) e da Perceção das puérperas acerca da satisfação do RN depois da mamada (N=2). No segundo nível as enfermeiras voltaram a referir a Amamentação em primeiro lugar (N=8), seguida do Bem-estar do RN/Choro/Cólicas (N=5) e o Repouso/Sono/Descanso (N=4). No terceiro nível as respostas foram mais divergentes, contudo em primeiro lugar referiram os Cuidados/Banho ao RN e cuidados ao coto umbilical (N=6) seguido da Adaptação ao novo papel/Alteração Familiar (N=4) e Choro do bebé (N=3).

A grande maioria das enfermeiras considera que o Hospital deveria ter um programa de VDP na 1ª semana pós-parto (N=23) e referem que a utilidade da desta é elevada no que respeita à amamentação (M=85,6; DP=17, 15). Consideram também que a VDP poderia dar às puérperas um nível elevado de segurança no âmbito dos cuidados de higiene pós-parto (M=66,8; 25,32).

Quanto ao nível de segurança que a VDP poderia conferir às puérperas no que respeita aos cuidados de higiene ao RN, a pontuação média também é elevada (M=73,4; DP=22,01). Quanto ao nível de segurança que a VDP poderia dar às puérperas relativamente ao choro do bebé a média de pontuação é elevada (M=82,20; DP=20,61). Em último lugar entendem as enfermeiras que a utilidade de um programa de VDP criado pelo HESE-EPE, teria em média uma utilidade elevada para as utentes (M=83,8; DP=24,42). No Apêndice M encontra-se uma análise mais detalhada dos resultados.

3.3. ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM POPULAÇÃO-ALVO

Na pesquisa bibliográfica realizada, não foi possível encontrar estudos realizados sobre a VDP com a população-alvo. Assim, optou-se pela consulta de algumas bases de dados, no sentido de realizar uma revisão sobre a temática. As ideias principais que retivemos sobre o tema descrevem-se abaixo.

A alta precoce no pós-parto é uma realidade que afeta as puérperas das maternidades, bem como os enfermeiros que lhes prestam cuidados, e apresenta vantagens, tais como: permitir uma curta separação da mãe com os outros filhos, permitir mais tempo para os pais e outros membros da família estabelecerem uma vinculação com o RN, diminuir a exposição da mãe e RN a agentes patogénicos existentes no ambiente hospitalar (Lowdermilk, 1999), entre outras (Bobak *et al.*, 1999). Contudo, a ansiedade da mãe relativamente à prestação de cuidados ao RN no domicílio é-nos apresentada como uma desvantagem da alta precoce.

A maternidade/paternidade é uma fase dotada de dúvidas e incertezas. A prestação de cuidados ao RN requer confiança por parte dos pais para realizar um sem número de tarefas, que muitas das vezes surgem nas suas vidas pela primeira vez. Neste sentido surge a necessidade, por parte dos enfermeiros, de realizar ações de educação para a saúde, tanto a nível dos CS como das Maternidades, às grávidas e puérperas no sentido de transmitir motivações, saberes e competências necessários para a mudança de atitudes de forma a diminuir a ansiedade e insegurança das mães, bem como a estas terem uma gravidez, parto e puerpério mais calmos (Belo, 2006).

Os resultados que podem colher-se das VDP são pouco conhecidos. Este facto é reconhecido pela OMS, afirmando a carência de informação sobre planos, programas, registos, benefícios, tanto em países desenvolvidos como em vias de desenvolvimento (WHO, 2010b). Contudo, do que é possível observar em língua inglesa na revisão de bibliografia, os benefícios da VDP estão patentes. Baqui *et al.* (2009) constataram que quando a visita é realizada nos primeiros dois dias pós-parto registam melhores resultados na redução da mortalidade neonatal; Bashour *et al.* (2008) registam que a VDP favorece as competências no aleitamento materno e daí o prolongamento do aleitamento exclusivo.

Belo (2006) realizou um estudo em que o seu principal objetivo era identificar quais os fatores que influenciavam a perceção das competências maternas por parte das puérperas

na prestação de cuidados a um RN de termo em meio hospitalar, de forma a encontrar estratégias de apoio. Este era considerado um estudo quantitativo e descritivo e foram aplicados três instrumentos de colheita de dados a 94 puérperas (um questionário para obtenção dos dados sociodemográficos e duas escalas, sendo uma relativa à auto-percepção materna das competências cuidativas neonatais e outra relativa à vinculação do adulto). Após a aplicação dos instrumentos de dados a autora refere que as mães possuem uma boa percepção das suas competências para cuidar do RN, embora continue a haver necessidade de intervir junto destas para melhoria das suas capacidades. Mais especificamente, as puérperas que já tinham prestado cuidados a outros bebês, assim como as mães menos ansiosas e com relações saudáveis com o seu parceiro, têm uma maior percepção das suas competências. Relativamente à idade, a autora defende que as puérperas mais velhas tendem a demonstrar maiores competências para cuidar do RN. As características sociodemográficas não interferem na auto-percepção das competências para cuidar do RN, contudo apesar dos resultados da pesquisa não serem estatisticamente significativos, as puérperas com maior nível de instrução, que se encontrem empregadas e que coabitem com o seu companheiro e com outros, apresentam pontuações mais elevadas na percepção das suas competências para cuidar do RN.

Já Zagonel *et al.* (2003) realizaram um estudo qualitativo onde aplicaram entrevistas semiestruturadas durante a consulta de enfermagem a treze puérperas primíparas aproximadamente dez dias após o parto, sendo quatro delas adolescentes. Os objetivos deste estudo eram perceber a forma como as puérperas vivenciam a transição para o novo papel materno ao mesmo tempo que estão internadas no hospital, e criar metodologias a implementar pelos profissionais de saúde, tendo em conta a mudança de papéis por parte da puérpera/família. Após a análise das entrevistas os autores dividiram os depoimentos em três categorias essenciais: Percepções e sentimentos da transição à maternidade, Apoio na fase de transição puerperal e Dificuldades que a puérpera teve na transição à maternidade.

Relativamente à primeira categoria, as autoras revelam que a idade materna interfere na adaptação ao papel parental exigido, pois as puérperas não adolescentes apresentam-se mais seguras das suas ações ao contrário do que acontece com as puérperas adolescentes que apresentam sentimentos de *stress*. Relativamente à segunda categoria, as autoras revelam que as puérperas adolescentes referem que a ajuda da família (mais especificamente a mãe, sogra e marido) nesta fase das suas vidas é extremamente importante, contudo não existe um

envolvimento emocional de forma a haver uma compreensão dos seus sentimentos. As puérperas não adolescentes apontam a mãe como principal pessoa de apoio nesta fase, sendo este essencialmente físico e não emocional. Deste modo podemos verificar que a falta de apoio emocional dado às puérperas é uma das lacunas existentes por parte das famílias. Quanto à terceira categoria, “Dificuldades que a puérpera teve na transição à maternidade”, os autores referem que para alcançar o papel materno as maiores dificuldades encontradas foram ao nível financeiro, social e emocional. Podemos então concluir que o suporte/apoio dado às puérperas na fase do puerpério deve ser visto como uma prioridade nos tempos que correm, pois a sociedade de antigamente não é a mesma de hoje em dia. Atualmente existe uma necessidade constante de apoio quer da própria puérpera quer da sua família e o enfermeiro deve desenvolver esse papel tão importante que é o de “guia” na prestação de cuidados utilizando medidas simples de apoio, quer hospitalar quer domiciliar, de maneira a que esta fase não seja traumática para a vida da puérpera/família.

Cunha *et al.* (2008) realizaram um estudo descritivo prospetivo longitudinal com a duração de doze meses, onde os seus objetivos eram reduzir o número de deslocações desnecessárias às Urgências Pediátricas por parte dos pais e adequar os cuidados de saúde prestados de acordo com as necessidades dos utentes. Através deste estudo os autores concluíram que 70% das idas ao hospital não se justificavam clinicamente, pois tinham a ver essencialmente com problemas que surgiam na prestação de cuidados ao RN no período do puerpério. Os autores referem ainda que se houvesse um aumento do apoio e formação das mães antes e após do parto esta situação era evitável.

Apesar do enfermeiro ter um papel importante no hospital no apoio à puérpera/família, é após a alta da maternidade, no domicílio, que os pais são confrontados com as dificuldades relacionadas com o cuidar do RN. As dúvidas que surgem no domicílio são diferentes, ou são vivenciadas de forma diferente, das que surgiram durante o internamento na maternidade. Os conhecimentos adquiridos por parte dos pais durante a gravidez, e os poucos dias de internamento, não permitem o esclarecimento de todas as dúvidas que vão surgindo ao longo dos dias. Deste modo torna-se importante a existência de uma ligação entre o internamento e o domicílio, especialmente no decorrer do primeiro trimestre uma vez que é nesta altura que podem ocorrer mudanças psíquicas e físicas repentinas nas mulheres (Bobak *et al.*, 1999).

Neste sentido surge a necessidade da existência da VDP uma vez que permite ao enfermeiro conhecer a mulher e a sua família no seu contexto socioeconómico e cultural (Teixeira *et al.*, 2009), bem como permite educar a mesma. A VDP é vista como uma continuidade dos cuidados prestados na maternidade, mas também como um conjunto de ações que têm como objetivo assistir e educar as puerperas e as suas famílias neste momento de “crise” que é voltar para o domicílio (Teixeira *et al.*, 2009). Este é um período de adaptação/reestruturação física e emocional onde se espera, por parte da sociedade, que as puerperas desempenhem o papel de mães “esquecendo-se” delas próprias (Penna, Carinhonha, & Rodrigues, 2006).

No estudo realizado por Rodrigues, Fernandes, Silva e Rodrigues (2006), o objetivo proposto era analisar as representações sociais de sete puérperas sobre os cuidados e ensinamentos relativos ao puerpério e aos cuidados com o RN realizados pelas enfermeiras. Este estudo foi realizado num hospital público e no domicílio das puérperas. Nenhuma das puérperas tinha recebido alguma VDP, sendo as únicas recebidas as que foram realizadas pelos autores durante a pesquisa. Para as puérperas as visitas foram muito importantes uma vez que puderam esclarecer dúvidas que tinham sobre a maternidade. Revelaram ainda que as VDP deveriam ser realizadas sempre, uma vez que através delas há um aumento da segurança e autoconfiança da puérpera nesta fase. Em jeito de conclusão os autores referem que os sentimentos revelados pelas puérperas foram de satisfação e gratidão, tendo a mesma sido considerada um suporte muito importante devendo ser implementada em todos os estabelecimentos de saúde.

O estudo realizado por Teixeira *et al.* (2009) tinha como objetivo analisar como é que as equipas de Saúde da Família (seis médicos e nove enfermeiros) realizavam a VDP e quais eram as dificuldades/facilidades que encontravam. Os entrevistados revelaram que a VDP é extremamente importante e existe por parte destes uma preocupação constante em dispensar atenção às puérperas. Segundo os mesmos, a VD serve também para detetar desvios de saúde, condições socioeconómicas, bem como condições habitacionais das famílias. Um dos entrevistados, refere que é através da VDP que se pode orientar a puérpera relativamente à amamentação, sinais de infeção e cuidados a ter com o RN. Segundo este estudo, a VDP é realizada por toda a equipa multidisciplinar (médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) existindo uma troca de ideias sobre como atuar em determinada família. Segundo os autores com uma boa VDP, realizada o mais precocemente

após o parto, podemos reduzir os custos hospitalares e temos a oportunidade de educar não só a puérpera mas também a sua família.

Pereira, Cardoso, Miranda, e Mendes (2005), realizaram 172 VDP após a receção de 203 Notícias de Nascimento, num período de um ano. Segundo as mesmas a aceitação por parte das puérperas foi muito boa, apresentando as mesmas um sem número de dúvidas nesta fase. Este projeto fez com que as autoras pudessem sensibilizar os colegas e os médicos de família para a urgência da prestação de cuidados de saúde às famílias nesta fase. Como dificuldades sentidas as autoras referem a falta de recursos humanos, entre outras.

Paterna, Cámara, Ruiz, Julve e Lamas (2011) decidiram avaliar/comparar qual a satisfação materna no puerpério relativamente à VD e à consulta realizada no Centro de Saúde [CS]. Neste estudo foram utilizados dois grupos de cem puérperas primíparas, onde um dos grupos recebeu VD (com uma duração de setenta minutos) e o outro a consulta realizada no CS 48 horas após a alta hospitalar (com uma duração de trinta minutos). Das puérperas em estudo 93% quiseram amamentar, contudo verificou-se ao longo do estudo que 42 puérperas abandonaram a amamentação e as restantes 140 encontravam-se satisfeitas pelo fato de amamentarem, sendo a VD o único fator que não desencadeou o abandono precoce da amamentação. Verificou-se também que as puérperas que receberam a VD ficaram mais satisfeitas com os esclarecimentos obtidos acerca das relações sexuais e métodos contraceptivos a utilizar após o parto. Este facto relaciona-se com a tranquilidade e segurança existente por parte da puérpera no seu domicílio, bem como a ausência de tempo estipulado para a visita. Cerca de 97% das puérperas revelaram-se muito satisfeitas com a VD. Relativamente ao local para realização da primeira consulta no puerpério, independentemente do grupo a que pertenciam, 88% das puérperas referiram o domicílio como local de eleição. As autoras defendem ainda a realização de uma segunda VD, aproximadamente ao décimo dia após o parto pois através desta pode-se manter/aumentar o tempo da amamentação, entre outras coisas.

O objetivo do estudo de Martins e Martins (2008) era descrever as possíveis contribuições da assistência de enfermagem no domicílio da puérpera relativamente ao aleitamento materno na primeira semana pós-parto. A puérpera em estudo recebeu diariamente a VD nos períodos matutino e vespertino durante cinco dias. No primeiro contacto com a puérpera, os autores puderam constatar que esta amamentava o RN numa

posição incorreta e que este tinha dificuldade em pegar na mama direita, e na mama esquerda pegava mas de uma forma incorreta apresentando ruído nasal e choro com irritação, voltando a dormir posteriormente. Após a realização das várias VD, a puérpera encontrava-se confiante posicionando-se e posicionando o RN de forma correta e o RN fazia uma pega correta sem demora. Outro dos problemas identificado durante as VD foi o ingurgitamento mamário, contudo no final do estudo podemos constatar que a puérpera realizava o esvaziamento parcial da mama antes da mamada, e após a mesma havia um esvaziamento total drenando também os canais ingurgitados.

Através da revisão dos estudos empíricos acima referidos, podemos concluir a existência de vários fatores positivos na realização da VDP, destacando-se a manutenção do aleitamento materno e o aumento da autoconfiança e satisfação da puérpera na amamentação.

No sentido de resumi os resultados dos estudos consultados, realizámos um quadro onde se apresentam as ideias principais (Apêndice O)

3.4. RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO

Sendo uma das nossas populações-alvo todas as puérperas do Serviço de Obstetrícia do HESE-EPE, o recrutamento desta amostra foi realizado de acordo com os seguintes critérios de inclusão:

- ✓ Ter estado internada no Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE após o parto no primeiro semestre de 2012.
- ✓ Residir na cidade de Évora.

Relativamente às enfermeiras o único critério de inclusão foi:

- ✓ Trabalhar no do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

O termo “objetivo” diz respeito a um fim que se quer atingir e é traçado quando se pretende concretizar algum projeto ou ação (Cabrita, Correia, Fernandes, Monteiro & Nazaré, 1996). Quando definimos quaisquer objetivos devemos ser claros uma vez que é através destes que damos sentido e direção ao trabalho que vamos desenvolver. Estes fazem também com que os profissionais estejam motivados, ajudando-os a distinguir com nitidez a direção global do trabalho. Para a realização deste projeto foram traçados dois tipos de objetivos, ou seja, os objetivos a atingir ao nível da intervenção profissional e os objetivos a atingir com a população-alvo (puérperas e enfermeiras do serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE).

4.1. OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

A finalidade fundamental deste Relatório é demonstrar a exequibilidade de um Programa de apoio pós-parto à puérpera e RN no domicílio. Assim, são objetivos de intervenção profissional:

- ✓ Caracterizar as utentes do HESE-EPE quanto ao nível de preparação no seu regresso casa.
- ✓ Realizar o Diagnóstico de Situação quanto à necessidade da VDP na perspetiva dos Cuidadores e Beneficiárias.
- ✓ Desenhar medidas para a regulação/normatização da VDP.

4.2. OBJETIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO-ALVO

Os objetivos propostos para atingir com a população-alvo vêm de encontro aos objetivos de Intervenção Profissional que nos propusemos alcançar. Assim sendo, são objetivos a atingir com a população-alvo:

4.2.1. Puérperas do serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE

- ✓ Descrever o grau de utilidade da VDP na perspetiva das Beneficiárias.
- ✓ Realizar um Diagnóstico de Situação na perspetiva das Beneficiárias (Alta Hospitalar e Domicílio).

4.2.2. Enfermeiras do serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE

- ✓ Descrever o grau de utilidade da VDP na perspetiva dos Cuidadores.
- ✓ Realizar um Diagnóstico de Situação na perspetiva dos Cuidadores.

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

Neste capítulo podemos afirmar que desenvolvemos as nossas competências de planeamento do projeto, realizando ações para que este se tornasse exequível.

5.1. FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

Segundo a análise dos dados estatísticos do serviço de Obstetrícia/Ginecologia podemos confirmar que cerca de 7,5% em 2011, e 7,1% no primeiro semestre de 2012, das puérperas que tiveram alta voltaram ao serviço com queixas várias. Deste modo, para tentar evitar esta situação elaborámos alguns documentos de informação e apoio educativo necessários para complementar os esclarecimentos efetuados sobre o puerpério.

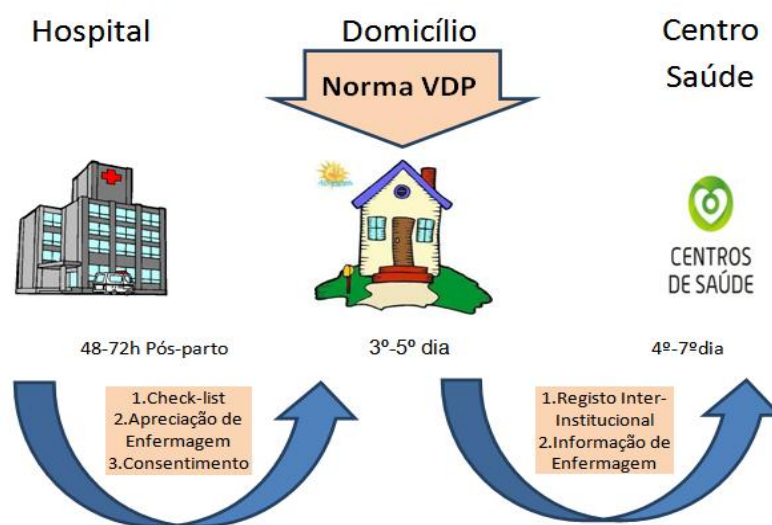


Figura 7. Diagrama do Percurso dos Cuidados de Enfermagem

5.1.1. Puérperas do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE

a) Folheto Informativo sobre o que a grávida deve levar nas Malas da Maternidade

Após constatar a não existência de um guia sobre o que deve a grávida levar nas malas para o Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE, tornou-se premente

realizarmos um documento onde este assunto se encontrasse explícito pois a maior parte das grávidas que ocorre ao serviço tem essa dúvida. Um folheto é um meio de comunicação através do qual se podem transmitir informações para determinada população-alvo. Neste caso este documento será publicado no *site* do HESE-EPE onde constará o material necessário a levar para o Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE (Apêndice P).

b) Consentimento Informado

O Consentimento Informado é um documento onde uma das partes autoriza a outra a realizar determinado procedimento. Este será um documento utilizado aquando da decisão da puérpera em receber a VDP, sendo assinado pela mesma e pela enfermeira que preenche a *Check List* no momento da alta hospitalar. Pretendeu-se que este documento funcione como um “compromisso” das duas partes relativamente à VDP (Apêndice Q).

5.1.2. Enfermeiras do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE

O atual projeto é académico e por isso com limitações no tempo. Assim tendo-nos proposto na secção 4, Objetivos de Intervenção Profissional, a desenhar medidas para a regulação/normatização da VDP, enunciam-se seguidamente outras intervenções, nomeadamente documentação, que tendo sido produzida não houve a oportunidade de ser testada, à exceção da Sessão de formação “Visita Domiciliária no Puerpério” que foi realizada.

a) Sessão de formação “Visita Domiciliária no Puerpério”

Formação em serviço realizada para dar a conhecer o projeto de estágio à equipa de Enfermagem (Apêndice R).

b) *Check List* sobre a Alta Hospitalar

Documento a adotar no serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE no sentido da preparação para a alta da puérpera e RN. Pretendeu-se que esta norma funcione como um guia de orientação para as enfermeiras, para que ensinem e esclareçam as questões que as puérperas lhes colocam sem qualquer tipo de dúvidas e será um dos anexos da Norma de Procedimento de Enfermagem sobre a VDP (Apêndice S).

c) Apreciação de Enfermagem sobre a Alta Hospitalar

Documento onde se pode ter um acesso rápido sobre a forma como se encontrava a puérpera e o RN no dia da alta hospitalar, uma vez é aqui se realizam os registos de Enfermagem que vão servir de “ponte” para a VDP. Este documento será um dos anexos da *Check List* sobre a Alta Hospitalar (Apêndice S).

d) Observação de Enfermagem sobre o Aleitamento Materno

Documento onde se realizam os registos de Enfermagem acerca do Aleitamento Materno aquando do dia da alta hospitalar. Este documento será outro dos anexos da *Check List* sobre a Alta Hospitalar (Apêndice S).

e) Norma de Procedimento de Enfermagem sobre a VDP

Uma norma é um documento técnico específico de determinada área que deve ser utilizado como um modelo de procedimentos. No que nos respeita este será um documento a adotar no serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE no sentido da realização da VDP, de forma a ajudar as enfermeiras que realizam a mesma. Pretendeu-se que esta norma funcione como um guia de orientação na realização da VDP (Apêndice T).

f) VDP

Ação de enfermagem realizada a 20 puérperas escolhidas por nós para o efeito. Esta tem lugar no domicílio de cada puérpera participante entre o segundo e o terceiro dia após a sua alta hospitalar. Aquando da realização da primeira VDP, e no caso de detetarmos alguma necessidade acrescida por parte de qualquer puérpera, realizamos mais do que uma VDP até termos a perceção que aquela puérpera se encontra capaz de realizar determinada tarefa.

O planeamento desta ação vem de acordo com o estudo canadiano realizado por Gagnon (citado por Brown, Small, Argus, Davis & Krastev, 2009) onde este refere que as mulheres recebem uma VDP ou uma chamada telefónica de uma enfermeira obstetra 48 horas após o parto, e posteriormente ao terceiro, quinto e décimo dia pós-parto. MacArthur (citado por Brown *et al.*, 2009) também refere que no Reino Unido faz parte da prestação de cuidados das enfermeiras parteiras a realização de uma VDP nos dez primeiros dias pós-parto às puérperas, sendo que a maioria recebe em média sete visitas até aos 10/14 dias pós-parto.

g) Informação & Registo de Enfermagem Inter-Institucional sobre a VDP

Documento onde se pode ter um acesso rápido sobre a forma como decorreu a VDP a determinada puérpera, uma vez é aqui se realizam os registos de Enfermagem relativos a esta. Este documento também foi criado para envio de informação acerca da VDP aos CS de referência das puérperas, para que haja uma comunicação/troca de informação Inter-Institucional entre os Cuidados de Saúde Diferenciados e os Cuidados de Saúde Primários. Este documento será um dos anexos da Norma de Procedimento de Enfermagem sobre a VDP (Apêndice U).

5.2. METODOLOGIAS

Para atingir os objetivos delineados para a população-alvo, foram estudadas estratégias que levassem aos objetivos da intervenção profissional.

5.2.1. Puérperas do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE

Conforme referimos anteriormente para atingir os objetivos pretendidos com a população-alvo foram aplicados, durante o primeiro semestre de 2012, dois questionários às puérperas em dois momentos distintos. A 50 das puérperas da nossa população-alvo, no primeiro questionário que foi aplicado no dia da alta hospitalar, pediu-se uma caracterização da puérpera em termos de dados sociodemográficos e dados da gravidez e maternidade. Neste questionário perguntámos também qual a preparação que a puérpera sentia para responder às tarefas no domicílio, e se achava que a VDP poderia ser um bom apoio na primeira semana após o parto.

O segundo questionário (adaptado através do primeiro) foi aplicado às puérperas 8 a 10 dias após do parto já nas suas casas (as puérperas levaram este questionário para casa num envelope endereçado a nós). Neste questionário as puérperas respondem a questões acerca de como estava a ser a experiência de ser mãe de um bebé, se receberam alguma VDP realizada por uma enfermeira e se esta teve alguma utilidade, e no caso de não terem recebido nenhuma VDP se acham que esta teria alguma utilidade nesta fase das suas vidas.

Relativamente à nossa sub-amostra, composta pelas 20 puérperas que receberam a VDP os questionários apresentavam algumas diferenças. Ou seja, no primeiro questionário foi-lhes também questionado se nos permitiam realizar uma VDP. Conforme o que aconteceu no primeiro questionário, também aquele que foi aplicado no domicílio era idêntico ao questionário aplicado às puérperas que não receberam a VDP, contudo era-lhes também questionada qual a avaliação que faziam da VDP realizada por nós. No caso da realização da VDP foram realizadas várias estratégias, entre elas a aplicação do método demonstrativo e explicativo a todas as puérperas, pois a visualização acompanhada de uma explicação faz com que estas se sintam mais seguras de si mesmas, bem como das suas ações (Pereira & Rocha, 2003).

5.2.2. Enfermeiras do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE

Na abordagem à equipa de Enfermagem realizámos uma sessão de formação em serviço com a duração de 60 minutos, onde recorremos ao método expositivo por diapositivos. Esta dizia respeito à apresentação do projeto de mestrado e aconteceu no dia 23 de Março de 2012, pelas 14 horas (Apêndice R). Os objetivos desta formação foram dar a conhecer à equipa de Enfermagem do serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE o projeto de estágio, dar a conhecer os objetivos gerais e específicos do mesmo e aferir com a equipa de Enfermagem as intervenções necessárias para implementar o projeto incentivando a participação ativa/envolvimento de toda a equipa de Enfermagem.

Introduza-se agora no decorrer deste texto, uma experiência realizada no decurso do atual Relatório. Considerando que os estudantes de Enfermagem são futuros pares com os quais interagimos já e também porque desejávamos desenvolver as nossas minhas próprias competências de educação, “de orientação aconselhamento, liderança e (...) responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar a melhorar a prática de enfermagem” (OE, 2011a, p.8648), sugerimos a possibilidade de lecionar uma aula sobre a VDP, tendo conseguido tal oportunidade (Apêndices V, W e X). Neste momento letivo, ocorrido em 21 de Dezembro de 2012 na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus-Universidade de Évora [ESESJD-UE], tivemos a oportunidade não só de interagir com os estudantes no que respeita aos conteúdos, mas

também colhendo benefícios pessoais na integração e consolidação da matéria, já que o facto de a comunicarmos a outros é também uma via de fortalecer convicções, desenvolver e amadurecer conhecimentos.

5.3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS

5.3.1. Puérperas do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia

Relativamente ao *Folheto Informativo sobre o que a grávida deve levar na Mala da Maternidade*, o documento foi realizado durante o mês de Setembro. Nesse mesmo mês foi apresentado ao Diretor de Serviço, à Enfermeira Responsável e à equipa de Enfermagem, ainda estamos a aguardar a sua resposta para este ser enviado ao Conselho de Administração para apreciação e para pedido de autorização para proceder à sua exposição do *site* do HESE-EPE.

Durante os meses de Julho e Agosto foi elaborado o documento *Consentimento Informado*. Este foi apresentado ao Diretor de Serviço e à Enfermeira Responsável do serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE durante o mês de Setembro para sua apreciação, ainda estamos à espera de uma resposta da sua parte.

5.3.2. Enfermeiras do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia

Durante os meses de Julho e Agosto foram elaborados os documentos *Norma de Procedimentos de Enfermagem na Visita Domiciliária no Puerpério* e *Check List da Alta Hospitalar*. Estes foram apresentados ao Diretor de Serviço e à Enfermeira Responsável do serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE durante o mês de Setembro para sua apreciação, ainda estamos à espera de uma resposta da sua parte.

Durante os meses de Julho e Agosto também foram elaborados os impressos *Apreciação de Enfermagem sobre a Alta Hospitalar*, *Observação de Enfermagem sobre o Aleitamento Materno*, que se encontrarão em anexo à *Check List da Alta Hospitalar*, e *Informação & Registo de Enfermagem Inter-Institucional sobre a VDP*, que se encontrará em anexo na norma de procedimento sobre a VDP. Estes foram apresentados ao Diretor de

Serviço e à Enfermeira Responsável do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE no mês de Setembro, mas também estamos à espera de resposta da sua parte.

5.4. RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS

Em termos de recursos humanos contamos com a colaboração da equipa de enfermagem do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE, bem como do seu Diretor de Serviço. Tivemos também o apoio da representante da Medela® do Distrito de Évora, pois foi ela que nos facultou todo o material de apoio à amamentação para a realização da VDP. Para realização das sessões de formação em serviço utilizámos a sala de reuniões do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE, e para exposição dos diapositivos de apoio à sessão utilizámos o *data-show* e o computador do serviço.

5.5. CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS

Descrevem-se sinteticamente e através da *Figura 8* os contatos desenvolvidos e as entidades envolvidas no Projeto.

DIA	AÇÃO REALIZADA
9 de Novembro de 2011	<ul style="list-style-type: none"> • Reunião com a Enfermeira Responsável pelo serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE <ul style="list-style-type: none"> ○ Apresentação do Projeto de Estágio ○ Pedido de autorização para a implementação no serviço.
9 de Janeiro de 2012	<ul style="list-style-type: none"> • Reunião com o Diretor do serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE <ul style="list-style-type: none"> ○ Apresentação do Projeto de Estágio ○ Pedido de autorização para a implementação no serviço.
16 de Fevereiro de 2012	<ul style="list-style-type: none"> • Reunião com o Enfermeiro Diretor do HESE-EPE <ul style="list-style-type: none"> ○ Apresentação do Projeto de Estágio ○ Pedido de autorização para a implementação no serviço.
20 de Abril de 2012	<ul style="list-style-type: none"> • Submissão do pedido de autorização à Sra. Presidente do Conselho de Administração do HESE-EPE para implementação no serviço de Obstetrícia/Ginecologia; Autorização concedida em 03 de Maio de 2012 (Apêndice Y)
23 de Março de 2012	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de ação de formação em serviço <ul style="list-style-type: none"> ○ Apresentação do projeto à equipa de Enfermagem • Reunião informal com a representante da Medela® do distrito de Évora <ul style="list-style-type: none"> ○ Solicitação do patrocínio da marca (i.e. material de apoio à amamentação para a VDP); material concedido em 5 de Maio de 2012

Figura 8. Contatos Desenvolvidos e Entidades Envolvidas

5.6. ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL

Podemos referir como gastos os selos e os envelopes adquiridos para entregar às puérperas para responderem ao segundo questionário, bem como a impressão destes. Podemos também referir como gastos o combustível para o veículo aquando da realização das VD e os contatos telefónicos que tiveram de ser realizados para lembrar as puérperas de responderem aos questionários e para marcação das VD.

Não se verificaram gastos em material necessário para a realização da VDP, uma vez que os mesmos foram disponibilizados pelos patrocinadores. Também não se verificaram gastos para as participantes nem para a instituição.

5.7. CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA

O Projeto de Intervenção apresentava um cronograma de acessível execução (Apêndice Z), contudo acontecimentos de ordem pessoal e profissional levaram a não conseguirmos a entrega do Relatório com a qualidade pretendida. Devido a esse fato, o presente Relatório foi reformulado seguindo as sugestões do júri.

6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

A avaliação é um "ato ou efeito de avaliar, apreciação, análise; valor determinado pelos avaliadores" (Ferreira, 1990), tendo em conta as estratégias utilizadas para realizar determinadas ações com o intuito de alcançar determinados objetivos. O processo de avaliação está presente em todos os momentos de um projeto.

6.1. AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS

A avaliação de determinado projeto é extremamente importante pois é através dela que verificamos se os objetivos delineados foram atingidos ou não. No início do projeto delineámos os objetivos a atingir tanto ao nível da intervenção profissional, como a atingir com a população-alvo.

Quando definimos os objetivos a atingir com a população-alvo tentámos, através de cada objetivo de intervenção profissional, descrever uma combinação separada e distinta da missão final, em que cada um deles foque o resultado final, embora com princípios diferentes. Cada objetivo de intervenção profissional deve ser inovador e deve estar apoiado numa boa gestão, desempenho e atitude dos profissionais, de modo a atingir os objetivos finais, que são os objetivos a atingir com a população-alvo.

6.1.1. Puérperas do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE

Através da aplicação dos questionários conseguimos realizar uma avaliação de diagnóstico relativamente às necessidades/dúvidas/problemas das puérperas relativamente ao período do puerpério, servindo-nos isto de orientação dos temas a abordar nas VD no caso da nossa sub-amostra, bem como conseguimos perceber qual a utilidade que as puérperas vêm na VDP. Podemos concluir que através da aplicação dos questionários conseguimos atingir todos os objetivos de intervenção profissional a que nos propusemos. No que diz respeito ao

Folheto Informativo sobre o que a grávida deve levar nas Malas da Maternidade e ao Consentimento Informado não podemos realizar a sua avaliação dos mesmos uma vez que ainda não temos a aprovação administrativa para a sua implementação.

6.1.2. Enfermeiras do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE

Tal como nas puérperas participantes a quem aplicámos questionários, também as enfermeiras deram a sua opinião acerca da utilidade da VDP. O diagnóstico de situação também foi conseguido através da aplicação do questionário a esta amostra. No que respeita aos documentos efetuados para apoiar a VDP não foi possível realizar a sua avaliação pelos mesmos motivos descritos nos documentos das puérperas, contudo os mesmos foram realizados podendo afirmar que “desenhámos medidas para a regulação/normatização da VDP”.

Por último, devemos ainda referir que a estrutura e reflexão sobre os objetivos traçados tiveram como base fundamental quatro pilares essenciais: a pesquisa bibliográfica realizada sobre o tema em questão, a pesquisa detalhada em trabalhos científicos sobre o tema, a contribuição essencial das opiniões das puérperas e enfermeiras na aplicação dos questionários sobre temas inerentes ao puerpério e à importância da VDP e finalmente a perceção pessoal e profissional de quem exerce funções num serviço de puerpério onde as dúvidas surgem. Por isso, após uma reflexão ponderada, penso que tanto os objetivos de intervenção profissional, como os objetivos a atingir com a população-alvo, foram atingidos com sucesso.

6.2. AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

A fase de implementação do projeto não cumpriu o cronograma previsto devido a falta de tempo e organização da mestranda e do próprio serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE. Contudo apesar de todo o atraso o projeto foi implementado de maneira experimental e podemos afirmar que este traz benefícios para toda a sociedade, ou seja, para os que prestam cuidados e para os que os recebem. Isto vem de acordo com a avaliação realizada pelas puérperas acerca da VDP. As participantes referiram que a VDP, na sua

globalidade, é uma atividade de Enfermagem muito útil e importante neste período das suas vidas.

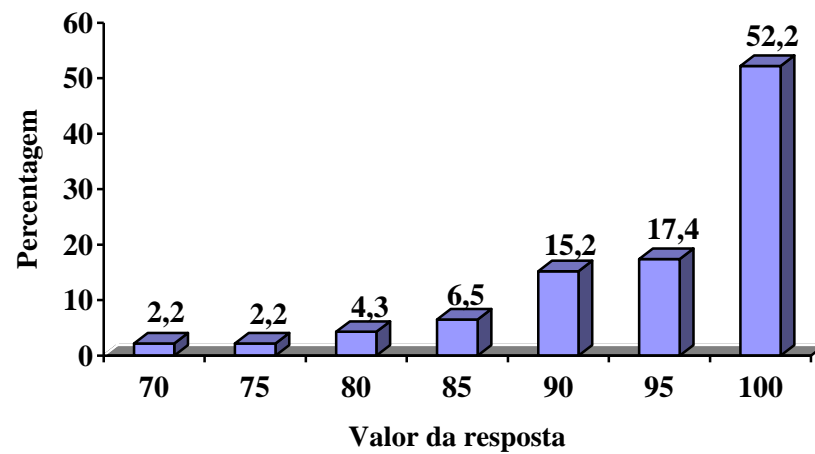


Figura 9. Perspetiva de Utilidade Global de VDP na Sub-amostra das puérperas não visitadas

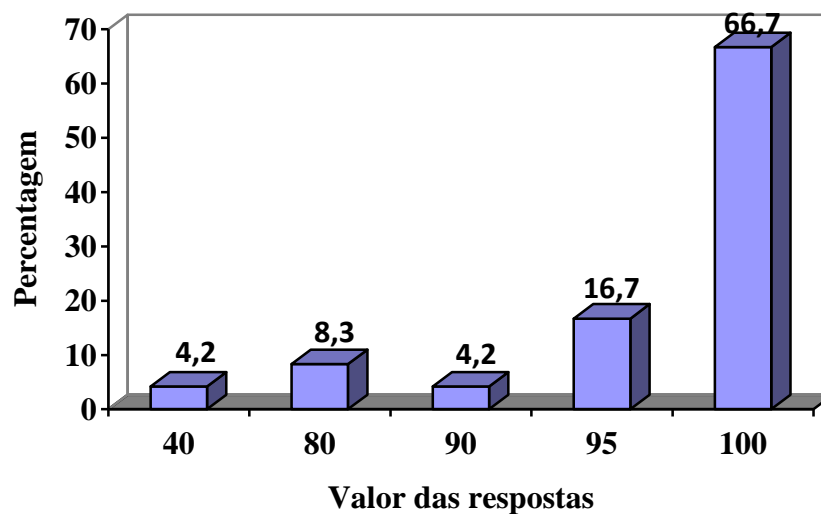


Figura 10. Avaliação da Utilidade Global da VDP na Sub-amostra das puérperas visitadas

A diminuição da taxa de ocupação das utentes tem diminuído, porventura fruto da crise económica que o país atravessa. Tal, tem efeito nas horas de trabalho efetivo das enfermeiras no serviço de Obstetria/Ginecologia, onde exerço, repercutindo-se em horas negativas. Assim, o desenho do atual projeto vai ao encontro da conjuntura e oferece, em

termos estruturais, um recursos para que num futuro a instituição HESE-EPE, possa assumir como sua missão, este tipo de cuidados à comunidade. Tendo sido produzidos documentos e realizada um pequena investigação piloto que fundamenta e dá credito às vantagens/necessidades da VDP, faltará neste Relatório a validação *in loco*, junto das puérperas, das medidas e instrumentos criados para a regulação/normatização da VDP, o mesmo é dizer do protocolo.

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

Como o projeto foi implementado em termos académicos e como para a realização das VDP não foram utilizados quaisquer documentos realizados por nós (porque ainda não tínhamos a sua aprovação), podemos afirmar que não foram efetuadas avaliações intermédias e assim consequentemente não é possível exprimir medidas corretivas.

7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

O EESMOG evolui ao longo dos tempos, a tradicional “parteira” evoluiu até ao conceito atual que hoje em dia conhecemos. O EESMOG é encarado e reconhecido como um profissional com competências para prestar cuidados de enfermagem gerais, mas também cuidados específicos na área clínica da sua especialidade (OE, 2011b).

Atualmente, o EESMOG é o profissional de saúde responsável pela prestação de cuidados nas áreas do Planeamento Familiar, Gravidez, Parto, Puerpério, Climatério, Ginecologia e Comunidade, funcionando como uma referência para todas as mulheres que se encontram inseridas nestas áreas (OE, 2011b). Colocar em prática o perfil de competências do EESMOG, através das ações realizadas durante o desenvolvimento do nosso projeto, produziu uma mudança na nossa prática profissional, podendo pois referir que este foi sem dúvida o principal objetivo alcançado com o desenvolvimento deste relatório.

Durante a implementação deste projeto foram acionados por nós um sem número de conhecimentos, que nos fizeram consciencializar da importância do nosso papel enquanto EESMOG. Sendo o puerpério uma fase dotada de dúvidas por parte das puérperas/famílias e considerando a enfermagem a ciência do cuidar, compete sempre ao enfermeiro promover o completo bem-estar desta puérpera/família. A prestação de cuidados nesta fase da vida das puérperas é extremamente complexa, de tal forma que melhorar e valorizar as competências do EESMOG é primordial.

Podemos referir que ao longo deste projeto mobilizámos também um sem número de competências pessoais, relacionais e técnicas enquanto EESMOG, mas também enquanto pessoas que somos. Prestar cuidados a mulheres na fase do puerpério é muito gratificante e ao longo do tempo constatámos, ou melhor, ficámos com a certeza que a educação para a saúde é uma ferramenta extremamente importante nesta fase da vida das puérperas/família.

Foram também mobilizadas por nós competências no sentido da mudança de mentalidades e posturas dos nossos pares, pois a mudança traz sempre consigo obstáculos que

têm de ser superados. Neste sentido tentámos que todas as nossas estratégias assentassem no trabalho de equipa, com o intuito de haver uma melhoria na prestação de cuidados.

Em último lugar, podemos afirmar que durante a nossa intervenção as competências específicas enquanto EESMOG foram sempre alvo de valorização da nossa parte, pois só se estas forem adquiridas ou mobilizadas é que nós atuamos como verdadeiros EESMOG. Não nos podemos esquecer que o exercício profissional de qualquer Enfermeiro Especialista se deve desenvolver num ambiente onde haja uma atualização e melhoria das suas competências, bem como das suas responsabilidades, pois estes são elementos essenciais para se estabelecer uma relação de respeito entre os diversos profissionais (OE, 2011a).

8. CONCLUSÃO

A VDP é um recurso valioso conforme o documenta a bibliografia e implica uma interação enfermeiro-puérpera/família num espaço próprio e privado, tornando-se necessário o estabelecimento de uma relação sustentada na confiança e respeito para que haja uma participação mútua nos cuidados planejados. O caso da VDP implica um leque variado de conhecimentos e competências no sentido de um desempenho exemplar adequado à fase crítica de desenvolvimento da mulher/família. Nos cuidados prestados e nas tomadas de decisões autónomas perante a correta avaliação daquilo com que se depara, o EESMOG estará centrado na realidade de cada mulher/família dos seus elementos e do envolvente.

Enquanto profissionais de saúde a atuar no período do puerpério, é-nos possível observar uma lacuna entre a continuidade dos cuidados prestados na maternidade e a sua articulação com o CS. Pensamos que é de extrema importância a prestação dos cuidados domiciliários pós-parto, complementando todo o trabalho desenvolvido em meio hospitalar. Assim conseguir-se-á atenuar a ansiedade e dificuldades que surgem nos primeiros dias da puérpera no domicílio e que são naturais e comuns mesmo em situação de saúde.

Com a alta hospitalar da puérpera e do RN cada vez mais precoce, a atuação do enfermeiro no âmbito domiciliar assume uma dimensão ainda maior, uma vez que ocorre uma transição da condição de dependência para a de independência onde a puérpera se deverá sentir confiante o suficiente para desempenhar satisfatoriamente o papel materno. Assim, é notada a grande importância da equipa de Enfermagem no sentido de atender as expectativas das puérperas, minimizando as suas dúvidas, anseios e dificuldades.

No atual documento relatam-se os passos, ou seja, intervenções realizadas que partiram de um diagnóstico inicial sobre as características e as necessidades da população-alvo. Na perspetiva da interação cuidador-beneficiário, definimos duas populações, a das puérperas e a das enfermeiras que lhes prestam cuidados. Face aos dados identificados na caracterização destas populações, definimos objetivos que se materializaram no acesso às instâncias do HESE-EPE, nas atividades dirigidas aos prestadores e às beneficiárias, e ensaiámos através de um estudo piloto a comprovação da utilidade da VDP. Dessas atividades o nosso conhecimento saiu enriquecido e a partir daí desenvolvemos ainda

propostas de documentos ou protocolos, possíveis de aplicar em VDP real. É necessária a existência de protocolos de atuação com diretrizes bem definidas, bem como a existência de uma rede de apoio bem estruturada e coerente de forma a dar resposta a situações que exijam a sua intervenção. Ainda para otimizar o nosso desenvolvimento de competências e integrar conhecimento sobre o tema, aproveitámos a oportunidade de ministrar o conteúdo teórico da VDP a estudantes de Enfermagem, próximos e futuros parceiros de cuidados.

De regresso a casa e com um filho nos braços, a tendência das puérperas é socorrerem-se de alguém próximo que as ajude, contudo com a distância ou ausência de ajuda/apoio familiar é na VD que estas alcançam o acompanhamento que vai ao encontro das suas verdadeiras dificuldades e necessidades. No período pós-parto os cuidados domiciliários diferem em grande parte da generalidade dos mesmos, pois no puerpério não existe necessidade de tratamentos, mas o nascimento de uma criança engloba um período de recuperação que deve ser supervisionado, traduzindo-se numa crise de desenvolvimento que a nova família deverá ultrapassar para se manter saudável. A VDP traduz-se na continuidade da prestação de cuidados pós-parto após a alta hospitalar onde o EESMOG assume um papel extremamente importante no desenvolvimento de estratégias que incentivem o autocuidado da puérpera e previnam situações de risco que podem surgir, tendo sempre em conta uma visão holística da família.

Com a realização deste trabalho consideramos ter cumprido os objetivos delineados inicialmente. Contudo a incerteza sobre a implementação real deste projeto pela instituição HESE-EPE deixa-nos expetantes, pois julgamos ter demonstrado os benefícios para toda a população. Apesar dos obstáculos encontrados ao longo da realização deste projeto, não perdemos a meta a que nos propusemos. Neste âmbito, foi reconfortante o nosso desenvolvimento profissional e simultaneamente a constatação da mais valia que pode ter para a puérpera a ajuda/apoio no superar obstáculos que surgiram nesta fase de questões e desafios da parentalidade.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaro, F. (2001). *A classificação das Famílias segundo a Escala de Graffar*. Lisboa: Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso.
- Baqui, A. H., Ahmed, S., Ariffen, S. E., Darmstadt, G. L., Rosecrans, A. M., Mannan, I., Rahman, S. M., Begum, N., Mahmud, A. B., Seraji, H. R., Williams, E. K., Winch, P. J., Santosham, M. & Black, R. E. (2009). Effect of timing of first postnatal care home visit on neonatal mortality in Bangladesh: a observational cohort study. *BMJ ONLINE FIRST*. Acesso em 31 de Janeiro, 2013, em <http://www.bmj.com/content/339/bmj.b2826>.
- Bashour, H. N., Kharouf, M. H., AbdulSalam, A. A., Asmar, K. E., Tabbaa, M. A. & Cheikha. S. A. (2008). Effect of Postnatal Home Visits on Maternal/Infant Outcomes in Syria: A Randomized Controlled Trial. *Public Health Nursing*, 25 (2), 115-125.
- Belo, H. (2006). Auto-Percepção Materna das Competências no Cuidar do Recém-Nascido de Termo. *Interações*, 11, 131-145. Acesso em 1 de Outubro, 2012, em www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/download/.../212.
- Bobak, I. M., Lowdermilk, D. L. & Jensen, M. D. (1999). *Enfermagem na Maternidade*. Lisboa: Lusociência.
- Brown, S., Small, R., Argus, B., Davis P. & Krastev, A. (2009). Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants (Review). *The Cochrane Collaboration*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Cabrita, A., Correia, A., Fernandes, A., Monteiro, A. & Nazaré, L. (1996). *Nova Enciclopédia Portuguesa*. Alfragide: Ediclube.
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2011). *CIPE® Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- College of Midwives of Ontario (1994, Outubro). *The midwifery model of practice in Ontario*. Acesso em 1 de Março, 2013, em http://www.midwivesofheadwaterhills.ca/pdf/Midwifery_Model_of_Practice.pdf.

- Costa, J. S. (1999). *Método e percepção de cuidar em Enfermagem*. Universidade do Porto, Portugal. Acesso em 10 de Abril, 2012, em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/10141>.
- Cunha, J., Nunes, F., Nunes, M. & Azeredo, P. (2007). Recém-nascidos na Urgência Pediátrica Hospitalar. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 6 (38), 235-240. Acesso em 8 de Setembro, 2012, em http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/1/20080215185927_Acta%20Ped%20Vol%2038%20N%206.pdf#page=16.
- Crum, K. (2008). Cuidados de Enfermagem no Quarto Trimestre. In D. Lowdermilk & S. Perry (Eds.), *Enfermagem na Maternidade*, (pp.490-520). Loures: Lusodidacta.
- Dietz, H. P. (2004, Fevereiro). Levator function before and after childbirth. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 44, 19-23.
- Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes (2001). *Rede de Diferenciação Materno-Infantil*. Acesso em 2 de Abril, 2012, em <http://www.arslvt.min-saude.pt/DocumentosPublicacoes/Documents/redereferenciacaomaterno infantil.pdf>.
- Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes (2005). *Saúde Infantil e Juvenil Programa-tipo de Actuação*. Acesso em 26 de Setembro, 2012, em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008188.pdf>.
- Direcção-Geral da Saúde (2010). *Transporte de Crianças em Automóvel desde a alta da Maternidade*. Orientação n.º 001 de 16 de Setembro. Acesso em 10 de Junho, 2012, em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/9D2AF255-8B5C-4839-894F-635DB14A91DD/0/i013375.pdf>.
- Direcção-Geral da Saúde (2011). *Programa Nacional de Vacinação*. Norma n.º 040. Acesso em 10 de Junho, 2012, em <http://www.dgs.pt/?cr=21507>.
- Ferreira, A. B. (1990). *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Fleury, M. T. & Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *Revista de Administração Contemporânea, Edição Especial* (5), 183-196. Acesso em 10 de Julho, 2012, da base de dados Scielo Brasil.
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação da Concepção à Realidade*. Lisboa: Lusociência.

- Franco, M. (2004). Estudo Clínico e Assistência no Puerpério. In C. Hermógenes Netto, M. Franco, R. Sá & R. Bornia (Eds.), *Obstetrícia Básica*, (pp. 761-780). São Paulo: Atheneu.
- Fraser, D. M. & Cooper, M. A. (2010) *Assistência Obstétrica*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Gerk, M. A., Freitas, S. L. & Barros, S. M. (2000). Visita Domiciliar no Período Puerperal: a Prática Social Vivenciada Pelas(os) Acadêmicas(os) de Enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem, Especial* (13), 196-200. Acesso em 10 de Maio, 2012, em http://www.unifesp.br/denf/acta/2000/13_esp2/pdf/pt48.pdf.
- Index Mundi (2012). *Country Comparison. Maternal mortality rate*. Acesso em 1 de Março 2013 em <http://www.indexmundi.com/g/r.aspx?v=2223>.
- Instituto do Consumidor (2004). *Artigos de Puericultura, Guia para uma utilização segura*. Acesso em 14 de Junho, 2012, em <http://www.consumidor.pt/ms/1/pagina.aspx?codigoms=5001&back=1&codigono=0024AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA>.
- Instituto Nacional de Estatística (1972). Partos Segundo a sua natureza, a assistência e a vitalidade, por distritos de residência da parturiente. *Estatísticas da Saúde*. Acesso em 5 de Maio de 2012 em: <http://inenetw02.ine.pt:8080/biblioteca/sort.do?layoutCollection=0&layoutCollectionProperty=&layoutCollectionState=3&pagerPage=4>.
- Instituto Nacional de Estatística (1973). Partos segundo a sua natureza, o local, a assistência e a vitalidade, por distritos de residência da parturiente. *Estatísticas da Saúde*. Acesso em 5 de Maio de 2012 em: <http://inenetw02.ine.pt:8080/biblioteca/search.do>.
- International Confederation of Midwives (2010). *Essential Competencies for Basic Midwifery Practice 2010*. Acesso em 5 de Junho 2012 em http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/standards/en/R430_ICM_2011_Essential_Compentencies_2010_ENG.pdf.
- Kendrick, D., Elkan, R., Hewitt, M., Dewey, M., Blair, M., Robinson, J., Williams, D. & Brummell, K. (2000). Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta analysis. *Archives of Disease in Childhood*, 82, 443-451.
- Kitzinger, S. (1996). *Mães: Um estudo antropológico da maternidade*. Lisboa: Editorial Presença.

- Larson, C. P. (1980, Agosto). Efficacy of Prenatal and Postpartum Home Visits on Child Health and Development. *Pediatrics*, 2 (66), 191-197. Acesso em 6 de Junho, 2012, em <http://pediatrics.aappublications.org/content/66/2/191.full.pdf>.
- Levitt, C., Shaw, E., Wong, S., Kaczorowski, J., Springate, R., Sellors, J., Enkin, M. & The McMaster University Postpartum Research Group (2004, Setembro). Systematic Review of the Literature on Postpartum Care: Methodology and Literature Search Results. *BIRTH*, 3 (31), 196-202.
- Lopes, W. O., Saupe, R. & Massaroli, A. (2008, Abril/Junho). Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 2 (7), 241-247. Acesso em 8 de Junho, 2012, em <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5012/3247>.
- Lopez, L. M., Hiller, J. E., Grimes, D. A. & Chen, M. (2012). Education for contraceptive use by women after childbirth (Review). *The Cochrane Collaboration*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Lowdermilk, D. L. (1999). Cuidados Domiciliários. In I. Bobak, D. Lowdermilk & M. Jensen (Eds.), *Enfermagem na Maternidade*, (pp. 529-553). Loures: Lusociência.
- Lynch, A. M., Kordish, R. A., & Williams, L. T. (2004). Enfermagem Materno-Infantil: Cuidados Domiciliários no Pós-Parto. In R. Rice (Eds.), *Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários: Conceitos e Aplicação*, (pp. 411-434). Loures: Lusociência.
- Macdonald, G., Bennett, C., Higgins, J. P. & Dennis, J. A. (2010). Home visiting for socially disadvantaged mothers (Protocol). *The Cochrane Collaboration*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Mannan, I., Rahman, S. M., Sania, A., Seraji, H. R., Arifeen, S. E., Winch, P. J., Darmstadt, G. L., Baqui, A., (2008, Setembro). Can early postpartum home visits by trained community health workers improve breastfeeding of newborns?. *Journal of Perinatology*, 9 (28), 632-640.
- Martins, A. D. & Martins, E. F. (2008). Assistência de Enfermagem Domiciliar no Puerpério para Garantir Sucesso no Aleitamento Materno: Relato de Caso. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 6 (15), 82-93. Acesso em 12 de Janeiro, 2012, em http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view%20File/543/389.
- Martins, C. A., Siqueira, K. M., Tyrrell, M. A., Barbosa, M. A., Carvalho, S. M. & Santos, L. V. (2008). Dinâmica familiar em situação de nascimento e puerpério. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 4 (10), 1015-1025.

- Miller, J. F., Piacentine, L. & Weiss, M. (2008). Coping Difficulties After Hospitalization. *Clinical Nursing Research*, 4 (17), 278-296.
- Montenegro, C. A. & Rezende Filho, J. (2011). O Puerpério. In C. Montenegro & J. Rezende Filho, *Rezende Obstetrícia* (11ª Ed.), (pp. 291-295). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Olivares, I. S., Bueno, J. A., Vidal, E. G., Sánchez, V. M. & Teruel, R. G. (2011). Influencia de la visita puerperal temprana en la detección y evolución de la depresión posparto. *Progressos de Obstetricia y Ginecología*, 2 (54), 65-70. Acesso em 2 de Julho, 2012, em <http://www.elsevier.es/es/revistas/progresos-obstetricia-ginecologia-151/influencia-visita-puerperal-temprana-deteccion-evolucion-depresion-90001190-articulos-originales-2011>.
- Ordem dos Enfermeiros (2011a). Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República*, 2ª série, n.º 35, 8648-8653.
- Ordem dos Enfermeiros (2011b). Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República*, 2ª série, n.º 35, 8662-8666.
- Paterna, E. F., Cámara, H. H., Ruiz, I. M., Julve, N. P. & Lamas, L. F. (2011). Estudio comparativo y aleatorizado de la visita puerperal en el domicilio de la madre y en el centro de salud. *Matronas Profesión*, 3 (12), 65-73. Acesso em 4 de Janeiro, 2012, em www.federacion-matronas.org.
- Penna, L. H., Carinhonha, J. I. & Rodrigues, R. F. (2006). A mulher no pós-parto domiciliar: Uma investigação sobre essa vivência. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 10 (3), 448-455. Acesso em 4 de Janeiro, 2012, da base de dados Scielo Brasil.
- Pereira, A. C., Cardoso, M. C., Miranda, M. P. & Mendes, M. L. (2005, Junho). Visita Domiciliária à Puerpera e Recém Nascido: Balanço de um ano de trabalho. *Informar*, 34, 34-38.
- Pereira, A. J. & Rocha, J. E. (2003). *O Método Demonstrativo*. Instituto de Emprego e Formação Profissional. Acesso em 6 de Fevereiro, 2013, em <http://opac.iefp.pt:8080/images/winlibimg.exe?key=&doc=21485&img=883>.
- Pordata (2012a). *Taxa bruta de natalidade nos Municípios*. Acesso em 1 Março 2013, em: <http://www.pordata.pt/Municipios/Taxa+bruta+de+natalidade-366>.
- Pordata (2012b). *Idade média da mãe ao nascimento do 1º filho em Portugal*. Acesso em 1 Março 2013, em

<http://www.pordata.pt/Portugal/Idade+media+da+mae+ao+nascimento+do+primeiro+filho-805>.

Pordata (2012c). *Nados-vivos de mães residentes em Portugal: total e por sexo-Municípios*. Acesso em 1 de Março, 2013, em <http://www.pordata.pt/Municipios/Nados+vivos+de+maes+residentes+em+Portugal+total+e+por+sexo-103>.

Pordata (2013). *Indicadores de fecundidade: Índice sintético de fecundidade e taxa bruta de reprodução-Portugal*. Acesso em 1 Março 2013, em <http://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+fecundidade+Indice+sintetico+de+fecundidade+e+taxa+bruta+de+reproducao-416>.

Pridham, K. R. & Chang, A. S. (1989). What Being The Parent of a new Baby is Like: Revision of an instrument. *Nursing & Health*, 12, 323-329.

Rodrigues, D. P., Fernandes, A. F., Silva, R. M. & Rodrigues, M. S. (2006). O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: binômio mãe-filho. *Texto & Contexto Enfermagem*, 15 (2), 277-286. Acesso em 11 de Novembro, 2011, da base de dados Scielo Brasil.

Santana, L. S., Gallo, R. B., Marcolin, A. C., Ferreira, C. H. & Quintana, S. M. (2011, Maio). Utilização dos recursos fisioterapêuticos no puerpério: revisão da literatura. *Femina*, 39 (5), 245-250. Acesso em 5 de Setembro, 2012, em http://www.febrasgo.org.br/arquivos/femina/Femina2011/maio/Femina-v39n5_245-250.pdf.

Shaw, E., Levitt, C., Wong, S., Kaczorowski, J. & The McMaster University Postpartum Research Group (2006, Setembro). Systematic Review of the Literature on Postpartum Care: Effectiveness of Postpartum Support to Improve Maternal Parenting, Mental Health, Quality of Life, and Physical Health. *BIRTH*, 33 (3), 210-220.

Soares, C. & Varela, V. D. (2007). *Assistência de Enfermagem no Puerpério em Unidade de Atenção Básica: Incentivando o Autocuidado*. Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. Acesso em 2 de Agosto, 2012, em <http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/ENF0480.pdf>.

Sociedade Portuguesa de Pediatria (s.d.). *Prevenção da Morte Súbita*. Acesso em 10 de Julho, 2012, em <http://www.spp.pt/conteudos/default.asp?ID=33>.

- Stefanello, J. (2005). *A vivência do cuidado no puerpério: as mulheres construindo-se como mães*. Universidade de São Paulo, Brasil. Acesso em 10 de Maio, 2012, em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-07122005-110838/pt-br.php>.
- Strapasson, M. R. & Nedel, M. N. (2010, Setembro). Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31 (3), 521-528. Acesso em 11 de Novembro, 2012, da base de dados Scielo Brasil.
- Teixeira, J. C., Soares, L. S., França, L. F., Santos, M. L., Brito, M. A. & Rocha, S. S. (2009). Visita domiciliar puerperal. *Saúde Coletiva*, 28 (06), 47-53. Acesso em 11 de Novembro, 2011, em <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/842/84202804.pdf>.
- United Nations (2010). *End poverty 2015 - Millenium Development goals*. Acesso em 5 de Julho 2012 em: http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG_FS_5_EN_new.pdf.
- Weiss, M. E. & Piacentine, L. B. (2006). Psychometric Properties of the Readiness for Hospital Discharge Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 14 (3), 163-180.
- World Health Organization. (2010a). *Trends in maternal mortality: 1990 to 2008*. Geneva. Acesso em 10 de Fevereiro, 2012, em <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241500265/en/index.html>.
- World Health Organization (2010b). *WHO Technical Consultation on Postpartum and Postnatal Care*. Acesso em 31 de Janeiro, 2013, em http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/WHO_MPS_10_03/en/index.html.
- World Health Organization (2012). *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010*. Acesso em 10 de Agosto, 2012, em http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503631_eng.pdf.
- Zagonel, I. P., Martins, M., Pereira, K. F. & Athayde, J. (2003). O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 5 (2), 24-32. Acesso em 5 de Setembro, 2012, em http://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista5_2/pdf/materno.pdf
- Zorzi, N. T. (2006). *Práticas utilizadas pelas puérperas para a resolução dos problemas mamários no domicílio*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil. Acesso em 10 de Junho, 2012, em <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/6412>.

REFERÊNCIA DE UNIFORM RESOURCE LOCATOR [URL] DAS FIGURAS

Figura 2. Distribuição dos nascimentos nos anos 2005-2011 por Concelho do Distrito de Évora, p. 18, http://www.google.pt/imgres?q=distrito+de+%C3%A9vora&hl=pt-PT&sa=X&tbo=d&rlz=1W1SUNC_pt-PT&biw=1280&bih=553&tbm=isch&tbnid=anGtfa6sbxkHuM:&imgrefurl=http://www.evoradigital.biz/pt/conteudos/territorial/caracterizacao%2Bdo%2Bdistrito/&docid=5NuZxkF8oSGcQM&imgurl=http://www.evoradigital.biz/NR/rdonlyres/67F75BB0-992D-4E23-80BC-34295E85FE12/0/alentejototal.jpg&w=448&h=323&ei=a8X1UIXvEMewhAe-oYAo&zoom=1&iact=hc&vpx=969&vpy=2&dur=141&hovh=191&hovw=264&tx=171&ty=93&sig=107859121798751879396&page=1&tbnh=143&tbnw=197&start=0&ndsp=20&ved=1t:429,r:6,s:0,i:113.

Figura 7. Diagrama do Percurso dos Cuidados de Enfermagem, p. 39, 1ª URL <http://marksloanmd.wordpress.com/2012/03/23/the-case-for-hospital-births/>.

Figura 7. Diagrama do Percurso dos Cuidados de Enfermagem, p. 39, 2ª URL http://www.google.pt/imgres?hl=pt-PT&biw=1366&bih=562&tbm=isch&tbnid=WnY1zaYPfzO3hM:&imgrefurl=http://a1012.blogspot.com/2012/01/casa-do-jorge.html&docid=dfp5ehJA-FDnKM&imgurl=http://3.bp.blogspot.com/-cTFGdmLctao/Txg8ka4pU1I/AAAAAAAAAD5Q/id_Otd8-7rA/s1600/Casa.jpg&w=400&h=376&ei=IjU3UY7iJoHU0QWi2IDQCA&zoom=1&iact=hc&vpx=112&vpy=2&dur=766&hovh=218&hovw=232&tx=129&ty=89&page=2&tbnh=140&tbnw=149&start=4&ndsp=12&ved=1t:429,r:13,s:0,i:181.

Figura 7. Diagrama do Percurso dos Cuidados de Enfermagem, p. 39, 3ª URL http://www.google.pt/imgres?q=centro+de+saude+beja&hl=pt-PT&sa=X&rlz=1W1SUNC_pt-PT&biw=1280&bih=553&tbm=isch&tbnid=GHPDXf-FFVRxM:&imgrefurl=http://www.hbeja.min

saude.pt/Centros%2Bde%2BSa%25C3%25BAde/Contactos/&docid=iRZq2syoSZRn8M&imgurl=http://www.hbeja.min-saude.pt/NR/rdonlyres/9304443D-74DC-4AF8-8A8E-56FFB50C80A2/22219/CentrosdeSa%2525C3%2525BAdeVerticalCores.jpg&w=336&h=373&ei=DTY3UfCBPPLv0gWs6oGIDA&zoom=1&iact=rc&dur=1515&page=1&tbnh=144&tbnw=142&start=0&ndsp=19&ved=1t:429,r:1,s:0,i:82&tx=79&ty=95

Apêndices

**Apêndice A: Questionário aplicado à data da Alta a puérperas não sujeitas
a VDP [50 casos]**

Apresentação

Ex^a Senhora:

Convido-a a participar nesta investigação, que me encontro a realizar como estudante de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Universidade de Évora.

Este estudo está integrado num projeto de apoio pós-parto. O objetivo do questionário é identificar a importância da visita de enfermagem a casa das senhoras, nesta fase da sua vida.

Serão aplicados 2 questionários:

1^a Fase: Resposta a um questionário no hospital, no dia da alta, para saber como as senhoras se sentem preparadas para regressar a casa depois do parto.

Depois de responder coloque por favor o questionário na caixa selada que as enfermeiras lhe indicarem

2^a Fase: Nesse mesmo dia da alta, ainda no hospital, entrega de um questionário, que deve ser respondido pelas senhoras, mas já em casa, aproximadamente entre os 8 e os 10 dias depois do parto. Este envelope vai selado e só precisa de o colocar no correio.

O estudo tem a permissão do Hospital do Espírito Santo de Évora e é orientado por Professora da Universidade de Évora

Os dados dos questionários são guardados por mim, garantindo que o seu nome ou outros aspetos de identidade não serão revelados.

Muito obrigada pela sua participação,

O meu telemóvel caso tenha dúvidas 968430592

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

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

Data do seu nascimento ____/____/____	Data de nascimento do pai do seu filho ____/____/____	Data de nascimento do seu filho ____/____/____
--	---	--

Data de preenchimento deste questionário

____/____/____

Seção 1: Preparação que a mãe sente, antes de sair do hospital, para responder às tarefas já em casa

Por favor coloque um círculo à volta da sua resposta. A maioria das respostas encontra-se numa escala de 0 a 10. As palavras abaixo do número indicam o que 0 ou 10 significam. Escolha o número entre 0 e 10 que melhor descreve o que sente [Weiss & Piacentine, 2006].

1. Ao aproximar-se a alta do hospital, acha que está preparada para voltar para casa conforme está planeado?	Não _____ Sim _____
2. Sente-se capaz, em termos físicos, para voltar para casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não preparada Totalmente preparada
3. Como descreve a sua dor ou desconforto hoje?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sem dor ou desconforto Dor grave ou desconforto
4. Como descreve a sua força física hoje?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Fraca Forte
5. Como descreve a sua energia hoje?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Baixa energia Elevada energia
6. Relativamente a Stress, como se sente hoje?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nenhum Muito grande
7. Sente-se capaz, em termos emocionais, para voltar para casa hoje?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não preparada Totalmente preparada
8. Como descreve a sua capacidade física para cuidar de si mesma nos primeiros dias, quando estiver em casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Incapaz Totalmente capaz
9. Como descreve a sua capacidade física para cuidar do seu bebé nos primeiros dias, quando estiver em casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Incapaz Totalmente capaz
10. O que sabe, para cuidar de si mesma quando estiver em casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não sei nada Sei tudo o que é preciso
11. O que sabe, para cuidar do seu bebé quando estiver em casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não sei nada Sei tudo o que é preciso
12. Sabe quais os problemas que deve ter em atenção quando estiver em casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não sei nada Sei tudo o que é preciso
13. Sabe a quem e quando telefonar se tiver problemas quando estiver em casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não sei nada Sei tudo o que é preciso
14. Sabe quais as limitações/restrições que deve ter quando estiver em casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não sei nada Sei tudo o que é preciso
15. Sabe quais as consultas de vigilância onde a senhora e o seu bebé devem ser seguidos depois de regressar a casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não sei nada Sei tudo o que é preciso
16. Sabe quais os serviços de saúde e recursos de informação que existem disponíveis para a atender depois de regressar a casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não sei nada Sei tudo o que é preciso
17. Está preparada para lidar com as exigências da vida diária em casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada preparada Muiíssimo preparada

18. Está preparada para lidar com os cuidados pessoais que necessita (por exemplo, pontos, “costura” vaginal ou da cesariana, cuidados às mamas, higiene, banho, alimentação)?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada preparada Muitíssimo preparada
19. Está preparada para prestar cuidados ao bebé?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada preparada Muitíssimo preparada
20. Que apoio emocional pensa que vai ter, quando estiver em casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nenhum Muitíssimo
21. Que ajuda pensa que vai ter, para os cuidados pessoais que precisa, quando estiver em casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nenhuma Muitíssima
22. Que ajuda pensa que vai ter, nos afazeres domésticos (por exemplo cozinhar, limpezas, compras, cuidar do bebé) quando estiver em casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nenhuma Muitíssima
23. Que ajuda pensa que vai ter, nos cuidados ao bebé?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nenhuma Muitíssima

Seção 2: Identificação, dados da gravidez e maternidade

Por favor assinale com um X ou escreva a resposta às seguintes questões.

C1. A quantas consultas de gravidez foi? ____ **C2.** Fez Preparação para o Parto 1.Sim ____ 2.

Não ____

C3. O Parto deste filho foi: 1. Vaginal [normal] ____ 2. Vaginal com ventosa ou ferros ____ 3. Cesariana ____

C4. Quanto pesava o Bebé ao nascer _____ **C5.** De quantas semanas foi a sua gravidez

C6. Estado Civil	
<input type="checkbox"/>	0.Solteira
<input type="checkbox"/>	1.Casada ou união de facto
<input type="checkbox"/>	2.Divorciada
<input type="checkbox"/>	3.Viúva

C7. Nacionalidade	
<input type="checkbox"/>	0.Portuguesa
<input type="checkbox"/>	1.Estrangeira

C8. Se estrangeira, qual?

C9. Quantos filhos tem agora?	
<input type="checkbox"/>	0
<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	5
<input type="checkbox"/>	6
<input type="checkbox"/>	7
<input type="checkbox"/>	8
<input type="checkbox"/>	9
<input type="checkbox"/>	10

C10. Teve algum aborto?

1.Sim ____ 2. Não ____

C11. Escolaridade	
<input type="checkbox"/>	0.Andou na escola mas não fez o 4º ano
<input type="checkbox"/>	1.Escolaridade entre 4 anos e menos que 9ºAno
<input type="checkbox"/>	2.12ºAno ou nove anos ou mais de escolaridade
<input type="checkbox"/>	3.Bacharelato
<input type="checkbox"/>	4.Licenciatura ou mestrado
<input type="checkbox"/>	5.Doutoramento

C12. Tipo de casa onde vive	
<input type="checkbox"/>	5.Casa ou andar de luxo, grande, com máximo conforto
<input type="checkbox"/>	4.Casa ou andar espaçoso e confortável
<input type="checkbox"/>	3.Casa ou andar modesto em bom estado de conservação
<input type="checkbox"/>	2.Casa ou andar degradado
<input type="checkbox"/>	1.Barraca, andar ou outro; varias famílias na mesma casa em condições deficientes

C13. Origem do seu rendimento familiar	
	5. Herança, Lucros de empresas ou propriedades
	4. Altos vencimentos e honorários + que 10 vezes o salário mínimo
	3. Vencimento mensal fixo em emprego permanente, não ocasional
	2. Remuneração menor ou igual ao salário mínimo, pensionista, reformada
	1. Assistência, subsídios

C14. Profissão	
	5. Grande empresária, Gestora de topo (+ de 500 empregados), Professoras Universitárias, Profissão liberal (curso superior), alta dirigente política
	4. Média empresária (menos de 500 empregados), agricultora e proprietária, dirigente intermédia e quadro-técnico, Oficial das Forças Armadas, Professora do ensino básico e secundário
	3. Pequena empresária (menos que 50 empregados), quadro-médio, media agricultora, sargenta ou equiparada
	2. Pequena agricultora ou rendeira, técnica administrativa, operaria semi-qualificada, funcionária pública, membro das Forças Armadas ou Militarizadas
	1. Assalariada agrícola, trabalhadora indiferenciada e profissões não classificadas nos grupos anteriores

C15. Qual a sua Profissão exatamente? _____	C16. Atualmente tem emprego? 0. Não _____ 1. Sim _____
C17. Se está a trabalhar, teve condições no seu emprego que facilitassem a ida às consultas, exames, preparação para o parto ou outras necessárias? 1. Nunca ___; 2. Algumas vezes ___; 3. Muitas Vezes ___	

C18. Quem vive na sua casa?

C19. Acha que a visita de Enfermagem a casa das senhoras, feita por Enfermeiras da Maternidade do Hospital, na 1ª Semana depois do parto, pode ser um bom apoio? 1. Sim ___
2. Não ___

C21. Numero do seu telemóvel/telefone _____ [a intenção é telefonar-lhe para a lembrar de responder ao 2º questionário e colocar no correio]

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

**Apêndice B: Questionário aplicado à data da Alta a puérperas sujeitas a
VDP [20 casos]**

Apresentação

Ex^a Senhora:

Convido-a a participar nesta investigação, que me encontro a realizar como estudante de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Universidade de Évora.

Este estudo está integrado num projeto de apoio pós-parto. O objetivo do questionário é identificar a importância da visita de enfermagem a casa das senhoras, nesta fase da sua vida.

Serão aplicados 2 questionários:

1^a Fase: Resposta a um questionário no hospital, no dia da alta, para saber como as senhoras se sentem preparadas para regressar a casa depois do parto.

Depois de responder coloque por favor o questionário na caixa selada que as enfermeiras lhe indicarem

2^a Fase: Nesse mesmo dia da alta, ainda no hospital, entrega de um questionário, que deve ser respondido pelas senhoras, mas já em casa, aproximadamente entre os 8 e os 10 dias depois do parto. Este envelope vai selado e só precisa de o colocar no correio.

O estudo tem a permissão do Hospital do Espírito Santo de Évora e é orientado por Professora da Universidade de Évora

Os dados dos questionários são guardados por mim, garantindo que o seu nome ou outros aspetos de identidade não serão revelados.

Muito obrigada pela sua participação,

O meu telemóvel caso tenha dúvidas 968430592

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

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

Data do seu nascimento ____/____/____	Data de nascimento do pai do seu filho ____/____/____	Data de nascimento do seu filho ____/____/____
--	---	--

Data de preenchimento deste questionário

____/____/____

Seção 1: Preparação que a mãe sente, antes de sair do hospital, para responder às tarefas já em casa

Por favor coloque um círculo à volta da sua resposta. A maioria das respostas encontra-se numa escala de 0 a 10. As palavras abaixo do número indicam o que 0 ou 10 significam. Escolha o número entre 0 e 10 que melhor descreve o que sente [Weiss & Piacentine, 2006].

1. Ao aproximar-se a alta do hospital, acha que está preparada para voltar para casa conforme está planeado?	Não _____ Sim _____
2. Sente-se capaz, em termos físicos, para voltar para casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não preparada Totalmente preparada
3. Como descreve a sua dor ou desconforto hoje?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sem dor ou desconforto Dor grave ou desconforto
4. Como descreve a sua força física hoje?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Fraca Forte
5. Como descreve a sua energia hoje?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Baixa energia Elevada energia
6. Relativamente a Stress, como se sente hoje?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nenhum Muito grande
7. Sente-se capaz, em termos emocionais, para voltar para casa hoje?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não preparada Totalmente preparada
8. Como descreve a sua capacidade física para cuidar de si mesma nos primeiros dias, quando estiver em casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Incapaz Totalmente Capaz
9. Como descreve a sua capacidade física para cuidar do seu bebé nos primeiros dias, quando estiver em casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Incapaz Totalmente Capaz
10. O que sabe, para cuidar de si mesma quando estiver em casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não sei nada Sei tudo o que é preciso
11. O que sabe, para cuidar do seu bebé quando estiver em casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não sei nada Sei tudo o que é preciso
12. Sabe quais os problemas que deve ter em atenção quando estiver em casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não sei nada Sei tudo o que é preciso
13. Sabe a quem e quando telefonar se tiver problemas quando estiver em casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não sei nada Sei tudo o que é preciso
14. Sabe quais as limitações/restrições que deve ter quando estiver em casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não sei nada Sei tudo o que é preciso
15. Sabe quais as consultas de vigilância onde a senhora e o seu bebé devem ser seguidos depois de regressar a casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não sei nada Sei tudo o que é preciso
16. Sabe quais os serviços de saúde e recursos de informação que existem disponíveis para a atender depois de regressar a casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não sei nada Sei tudo o que é preciso
17. Está preparada para lidar com as exigências da vida diária em casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada preparada Muiitíssimo preparada

18. Está preparada para lidar com os cuidados pessoais que necessita (por exemplo, pontos, “costura” vaginal ou da cesariana, cuidados às mamas, higiene, banho, alimentação)?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada preparada Muitíssimo preparada
19. Está preparada para prestar cuidados ao bebé?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada preparada Muitíssimo preparada
20. Que apoio emocional pensa que vai ter, quando estiver em casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nenhum Muitíssimo
21. Que ajuda pensa que vai ter, para os cuidados pessoais que precisa, quando estiver em casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nenhuma Muitíssima
22. Que ajuda pensa que vai ter, nos afazeres domésticos (por exemplo cozinhar, limpezas, compras, cuidar do bebé) quando estiver em casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nenhuma Muitíssima
23. Que ajuda pensa que vai ter, nos cuidados ao bebé?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nenhuma Muitíssima

Seção 2: Identificação, dados da gravidez e maternidade

Por favor assinale com um X ou escreva a resposta às seguintes questões.

C1. A quantas consultas de gravidez foi? ___ **C2.** Fez Preparação para o Parto 1.Sim ___ 2. Não___

C3. O Parto deste filho foi: 1.Vaginal [normal] ___ 2. Vaginal com ventosa ou ferros___ 3.Cesariana ___

C4. Quanto pesava o Bebé ao nascer _____ **C5.** De quantas semanas foi a sua gravidez _____

C6. Estado Civil	
<input type="checkbox"/>	0.Solteira
<input type="checkbox"/>	1.Casada ou união de facto
<input type="checkbox"/>	2.Divorciada
<input type="checkbox"/>	3.Viúva

C7. Nacionalidade	
<input type="checkbox"/>	0.Portuguesa
<input type="checkbox"/>	1.Estrangeira

C9. Quantos filhos tem agora?	
<input type="text"/>	

C8. Se estrangeira, qual?

C10. Teve algum aborto?
1.Sim ___ 2. Não___

C11. Escolaridade	
<input type="checkbox"/>	0.Andou na escola mas não fez o 4º ano
<input type="checkbox"/>	1.Escolaridade entre 4 anos e menos que 9ºAno
<input type="checkbox"/>	2.12ºAno ou nove anos ou mais de escolaridade
<input type="checkbox"/>	3.Bacharelato
<input type="checkbox"/>	4.Licenciatura ou mestrado
<input type="checkbox"/>	5.Doutoramento

C12. Tipo de casa onde vive	
<input type="checkbox"/>	5.Casa ou andar de luxo, grande, com máximo conforto
<input type="checkbox"/>	4.Casa ou andar espaçoso e confortável
<input type="checkbox"/>	3.Casa ou andar modesto em bom estado de conservação
<input type="checkbox"/>	2.Casa ou andar degradado
<input type="checkbox"/>	1.Barraca, andar ou outro; varias famílias na mesma casa em condições deficientes

C13. Origem do seu rendimento familiar	
5.	Herança, Lucros de empresas ou propriedades
4.	Altos vencimentos e honorários + que 10 vezes o salário mínimo
3.	Vencimento mensal fixo em emprego permanente, não ocasional
2.	Remuneração menor ou igual ao salário mínimo, pensionista, reformada
1.	Assistência, subsídios

C14. Profissão	
5.	Grande empresária, Gestora de topo (+ de 500 empregados), Professoras Universitárias, Profissão liberal (curso superior), alta dirigente política
4.	Média empresária (menos de 500 empregados), agricultora e proprietária, dirigente intermédia e quadro-técnico, Oficial das Forças Armadas, Professora do ensino básico e secundário
3.	Pequena empresária (menos que 50 empregados), quadro-médio, media agricultora, sargenta ou equiparada
2.	Pequena agricultora ou rendeira, técnica administrativa, operaria semi-qualificada, funcionária pública, membro das Forças Armadas ou Militarizadas
1.	Assalariada agrícola, trabalhadora indiferenciada e profissões não classificadas nos grupos anteriores

C15. Qual a sua Profissão exatamente? _____	C16. Atualmente tem emprego? 0.Não _____ 1.Sim _____
C17. Se está a trabalhar, teve condições no seu emprego que facilitassem a ida às consultas, exames, preparação para o parto ou outras necessárias? 1. Nunca _____; 2.Algumas vezes _____; 3.Muitas Vezes _____	

C18. Quem vive na sua casa?

C19. Acha que a visita de Enfermagem a casa das senhoras, feita por Enfermeira da Maternidade do Hospital, na 1ª Semana depois do parto, pode ser um bom apoio? 1. Sim _____ 2.Não _____	C20. Pergunto se posso visitá-la, em sua casa [telefone antes]? 1. Sim _____ 2.Não _____
---	---

C21. Numero do seu telemóvel/telefone _____ [a intenção é telefonar-lhe para a avisar da visita ou para a lembrar de responder ao questionário]

C22. Qual a sua morada?

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

**Apêndice C: Questionário aplicado no domicílio das puérperas não sujeitas
a VDP [50 casos]**

Questionário: Casa

Apresentação

Ex^a Senhora:

Em continuidade do convite que anteriormente lhe fiz, estou agora a pedir-lhe para participar na 2^a fase do estudo.

Assim, peço-lhe que responda, aproximadamente entre os 8 a 10 dias depois do parto, ao questionário que se segue e o coloque no correio, pois já tem selo.

Os dados dos questionários são guardados por mim, garantindo que o seu nome ou outros aspetos de identidade não serão revelados.

Muito obrigada pela sua participação

O meu telemóvel caso tenha dúvidas: 968430592

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

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

Data do seu nascimento ____/____/____	Data de nascimento do pai do seu filho ____/____/____	Data de nascimento do seu filho ____/____/____
--	---	--

Data de preenchimento deste questionário

____/____/____

Seção 1: Preparação que a mãe sente, já em casa, para responder às tarefas necessárias

Por favor coloque um círculo à volta da sua resposta. A maioria das respostas encontra-se numa escala de 0 a 10. As palavras abaixo do número indicam o que 0 ou 10 querem dizer. Escolha o número que melhor descreve o que sente [Miller, Piacentine & Weiss, 2008].

1. Qual o nível de stress que tem sentido atualmente na sua vida?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sem stress Totalmente em stress
2. Que nível de dificuldade tem sentido na sua recuperação após o parto?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nenhuma Extrema dificuldade
3. Que nível de dificuldade tem sentido para cuidar de si mesma?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nenhuma Extrema dificuldade
4. Que nível de dificuldade tem sentido para lidar com os aspetos da sua saúde?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nenhuma Extrema dificuldade
5. Que nível de dificuldade tem existido nestes dias pós-parto para as pessoas da sua família ou amigos chegados?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nenhuma Extrema dificuldade
6. Que nível de ajuda de outras pessoas tem necessitado, para cuidar de si mesma?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nenhuma Muitíssima ajuda
7. Que nível de apoio emocional tem precisado?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nenhum Muitíssimo apoio
8. Que confiança tem sentido na sua capacidade de cuidar das suas próprias necessidades?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nenhuma Muitíssima confiança
9. Tem sido capaz de cuidar das suas necessidades de saúde, tais como medicamentos a tomar ou cuidados relacionados com o pós-parto?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Incapaz Totalmente capaz
10. Como se tem adaptado ao regresso a casa, desde que saiu do hospital?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não me adaptei ainda Totalmente adaptada

Diga-nos os três principais problemas que tem tido ou sentido desde que saiu do hospital.

1. _____
2. _____
3. _____

Seção 2: A experiência de tornar-se mãe de um bebé

Em cada pergunta, assinale com um X o algarismo que melhor representa a sua experiência [Pridham & Chang, 1989].

1. Que satisfação sente por ser mãe de um novo bebé?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Nada satisfeita Muitíssima satisfeita
2. Quanto da sua vida mudou desde que teve o bebé?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Quase nada Mudou muito
3. Em que medida está o bebé presente no seu pensamento, quando está em casa com ele?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muito pouco tempo Todo o tempo

4. Apesar de tudo, em que medida é fácil para si pensar noutras coisas além do bebé?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muito fácil Nada fácil
5. De que maneira é que você acha que você mesma influencia positivamente o desenvolvimento do seu bebé?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Nada Muito
6. De que forma o bebé ou os cuidados que lhe presta ocupam o seu pensamento?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Não ocupam Ocupam
7. Em que medida têm sido satisfatórias para si as tarefas e os cuidados ao bebé?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Nada satisfatórias Completamente satisfatórias
8. Como acha que o bebé aprecia a comunicação, o contato [as interações] que tem consigo?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Não aprecia Aprecia muito
9. Em que medida se relaciona com a sua família de forma diferente depois de ter tido o bebé?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Não relaciono de forma diferente Relaciono de de forma diferente
10. No global, de que forma a sua vida se tornou stressante por ter um bebé e ter outras coisas para fazer?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Nada stressante Muito stressante
11. Olha para si de forma diferente desde que teve o bebé?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Não olho Olho
12. Quando sai, está longe e deixa o bebé com alguém, quanto tempo tem o bebé no seu pensamento?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muito pouco tempo Todo o tempo
13. De que maneira você consegue dizer ou interpretar o que o seu bebé precisa?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Não consigo Consigo
14. Para si, de que forma o bebé parece ser uma pessoa com a sua personalidade própria?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Não parece Parece
15. A saúde física do seu bebé, ocupa o seu pensamento, de que maneira?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muito pouco tempo Todo o tempo
16. Seria fácil para si deixar o seu bebé com o seu marido/companheiro quando tivesse de sair?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Nada fácil Muito fácil
17. Como é que acha que conhece o seu bebé?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Quase nada Muito bem
18. Como está a corresponder às expectativas sobre si mesma, como mãe de um novo bebé?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Não correspondo Correspondo
19. De que forma o crescimento e desenvolvimento do bebé tem sido uma fonte de satisfação para si?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Pouco satisfatório Muito satisfatório
20. De que maneira se sente em sintonia com o seu bebé? (Como sente se estão em harmonia?)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Não estamos em total sintonia Completamente em sintonia
21. Em que medida mudou a sua vida relativamente às pessoas da sua família?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Não mudei Mudei muito
22. Seria fácil para si deixar o seu bebé com alguém que não fosse o seu marido/companheiro, quando sáísse?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Nada fácil Muito fácil
23. Em que medida está satisfeita com o relacionamento que tem com o bebé e com as necessidades dele?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Nada satisfeita Completamente satisfeita

24. De que maneira sente que ter um bebê influencia aquilo que você faz e quando o faz?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Não influencia					Influencia muito			
25. Em que medida os cuidados ao bebê surgem como primeiro pensamento, estando à frente e antes das coisas em que você pensa?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Não surgem					Surgem sempre			

26. Por favor escreva a seguir algo que ache importante e que nos ajude a compreender o que é para si ser mãe de uma criança que nasceu há poucos dias.

C13. Acha que os Hospitais ou Centros de Saúde deveriam ter um programa de Visita de Enfermagem a casa das senhoras, na 1ª semana depois do parto? **1.Não** _____ **2.Sim** _____

C14. Depois do parto, foi visitada por alguma enfermeira do Centro de Saúde ou Hospital, no sentido de a apoiar no Pós-parto? **1.Não** _____ [se não, passe para a pergunta 17] **2.Sim** _____ [se sim, responda às perguntas 15 e 16]

C15. Pense na visita domiciliária que a Enfermeira do Centro de Saúde lhe fez e diga, honestamente, numa escala de 0 a 100.

C15A. Que utilidade teve a Visita Domiciliária relativamente aos <u>cuidados com a amamentação</u> ? Marque um X na reta abaixo.	
0	100
Nenhuma Utilidade	Muitíssima Utilidade
C15B. Que nível de segurança lhe deu nos cuidados de <u>higiene pós-parto a si mesma</u> ? Marque um X na reta abaixo.	
0	100
Não deu nenhuma segurança	Deu muitíssima segurança
C15C. Que nível de segurança lhe deu para lidar com os <u>cuidados de higiene ao seu bebê</u> [ex: banho, mudança de fraldas, cuidados com o umbigo, borbuhagem do bebê? Marque um X na reta abaixo.	
0	100
Não deu nenhuma segurança	Deu muitíssima segurança
C15D. Que nível de segurança lhe deu para lidar com o <u>choro do seu bebê</u> ? Marque um X na reta abaixo.	
0	100
Não deu nenhuma segurança	Deu muitíssima segurança
C16. De maneira global, que utilidade acha que teve a visita domiciliar que lhe fiz? Marque um X na reta abaixo.	
0	100
Nenhuma utilidade	Muitíssima Utilidade

C17. Pense na possibilidade de uma Enfermeira da Maternidade do Hospital ir a sua casa fazer-lhe uma visita domiciliária. Diga honestamente, numa escala de 0 a 100.

C17A. Que utilidade supõe que teria para si essa Visita Domiciliária relativamente aos <u>cuidados com a amamentação</u> ? Marque um X na reta abaixo.	
0 Nenhuma Utilidade	100 Muitíssima Utilidade
C17B. Que utilidade supõe que teria para si essa Visita Domiciliária relativamente aos <u>cuidados de higiene pós-parto a si mesma</u> ? Marque um X na reta abaixo.	
0 Nenhuma segurança	100 Muitíssima Segurança
C17C. Que utilidade supõe que teria para si essa Visita Domiciliária relativamente aos <u>cuidados de higiene ao seu bebé</u> [ex: banho, mudança de fraldas, cuidados com o umbigo, borbulhagem do bebé]? Marque um X na reta abaixo.	
0 Nenhuma segurança	100 Muitíssima segurança
C17D. Que utilidade supõe que teria para si essa Visita Domiciliária relativamente ao <u>choro do seu bebé</u> ? Marque um X na reta abaixo.	
0 Nenhuma segurança	100 Muitíssima segurança
C18. De uma maneira global, que utilidade acha que teria a Visita Domiciliária de uma Enfermeira da Maternidade do Hospital? Marque um X na reta abaixo.	
0 Nenhuma utilidade	100 Muitíssima utilidade

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

**Apêndice D: Questionário aplicado no domicílio das puérperas sujeitas a
VDP [20 casos]**

Questionário: Casa

Apresentação

Ex^a Senhora:

Em continuidade do convite que anteriormente lhe fiz, estou agora a pedir-lhe para participar na 2^a fase do estudo.

Assim, peço-lhe que responda, aproximadamente entre os 8 a 10 dias depois do parto, ao questionário que se segue e o coloque no correio, pois já tem selo.

Os dados dos questionários são guardados por mim, garantindo que o seu nome ou outros aspetos de identidade não serão revelados.

Muito obrigada pela sua participação

O meu telemóvel caso tenha dúvidas: 968430592

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

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

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

Data de preenchimento deste questionário

____/____/____

Seção 1: Preparação que a mãe sente, já em casa, para responder às tarefas necessárias

Por favor coloque um círculo à volta da sua resposta. A maioria das respostas encontra-se numa escala de 0 a 10. As palavras abaixo do número indicam o que 0 ou 10 querem dizer. Escolha o número que melhor descreve o que sente [Miller, Piacentine & Weiss, 2008].

1. Qual o nível de stress que tem sentido atualmente na sua vida ?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sem stress Totalmente em stress
2. Que nível de dificuldade tem sentido na sua recuperação após o parto?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nenhuma Extrema dificuldade
3. Que nível de dificuldade tem sentido para cuidar de si mesma?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nenhuma Extrema dificuldade
4. Que nível de dificuldade tem sentido para lidar com os aspetos da sua saúde?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nenhuma Extrema dificuldade
5. Que nível de dificuldade tem existido nestes dias pós-parto para as pessoas da sua família ou amigos chegados?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nenhuma Extrema dificuldade
6. Que nível de ajuda de outras pessoas tem necessitado, para cuidar de si mesma?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nenhuma Muitíssima ajuda
7. Que nível de apoio emocional tem precisado?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nenhum Muitíssimo apoio
8. Que confiança tem sentido na sua capacidade de cuidar das suas próprias necessidades?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nenhuma Muitíssima Confiança
9. Tem sido capaz de cuidar das suas necessidades de saúde, tais como medicamentos a tomar ou cuidados relacionados com o pós-parto?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Incapaz Totalmente capaz
10. Como se tem adaptado ao regresso a casa, desde que saiu do hospital?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não me adaptei ainda Totalmente adaptada

Diga-nos os três problemas principais que tem tido ou sentido desde que saiu do hospital

1. _____
2. _____
3. _____

Seção 2: A experiência de tornar-se mãe de um bebé

Em cada pergunta, assinale com um X o algarismo que melhor representa a sua experiência [Pridham & Chang, 1989].

1. Que satisfação sente por ser mãe de um novo bebé?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Nada satisfeita Muitíssimo satisfeita
2. Quanto da sua vida mudou desde que teve o bebé?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Quase nada Mudou muito
3. Em que medida está o bebé presente no seu pensamento, quando está em casa com ele?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muito pouco tempo Todo o tempo
4. Apesar de tudo, em que medida é fácil para si pensar noutras coisas além do bebé?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muito fácil Nada fácil

5. De que maneira é que você acha que você mesma influencia positivamente o desenvolvimento do seu bebê?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Nada Muito
6. De que forma o bebê ou os cuidados que lhe presta ocupam o seu pensamento?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Não ocupam Ocupam
7. Em que medida têm sido satisfatórias para si as tarefas e os cuidados ao bebê?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Nada Completamente satisfatórias
8. Como acha que o bebê aprecia a comunicação, o contato [as interações] que tem consigo?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Não aprecia Aprecia muito
9. Em que medida se relaciona com a sua família de forma diferente depois de ter tido o bebê?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Não relaciono forma diferente Relaciono de forma diferente
10. No global, de que forma a sua vida se tornou stressante por ter um bebê e ter outras coisas para fazer?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Nada stressante Muito stressante
11. Olha para si de forma diferente desde que teve o bebê?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Não olho Olho
12. Quando sai, está longe e deixa o bebê com alguém, quanto tempo tem o bebê no seu pensamento?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muito pouco tempo Todo o tempo
13. De que maneira você consegue dizer ou interpretar o que o seu bebê precisa?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Não consigo Consigo
14. Para si, de que forma o bebê parece ser uma pessoa com a sua personalidade própria?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Não parece Parece
15. A saúde física do seu bebê, ocupa o seu pensamento, de que maneira?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muito pouco tempo Todo o tempo
16. Seria fácil para si deixar o seu bebê com o seu marido/companheiro quando tivesse de sair?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Nada fácil Muito fácil
17. Como é que acha que conhece o seu bebê?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Quase nada Muito bem
18. Como está a corresponder às expectativas sobre si mesma, como mãe de um novo bebê?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Não correspondo Correspondo
19. De que forma o crescimento e desenvolvimento do bebê tem sido uma fonte de satisfação para si?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Pouco satisfatório Muito satisfatório
20. De que maneira se sente em sintonia com o seu bebê? (Como sente se estão em harmonia?)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Não estamos em total sintonia Completamente em sintonia
21. Em que medida mudou a sua vida relativamente às pessoas da sua família?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Não mudei Mudei muito
22. Seria fácil para si deixar o seu bebê com alguém que não fosse o seu marido/companheiro, quando saísse?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Nada fácil Muito fácil
23. Em que medida está satisfeita com o relacionamento que tem com o bebê e com as necessidades dele?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Nada satisfeita Completamente satisfeita
24. De que maneira sente que ter um bebê	1 2 3 4 5 6 7 8 9

influencia aquilo que você faz e quando o faz?	Não influencia	Influencia muito
25. Em que medida os cuidados ao bebê surgem como primeiro pensamento, estando à frente e antes das coisas em que você pensa?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 Não surgem	Surgem sempre

26. Por favor escreva a seguir algo que ache importante e que nos ajude a compreender o que é para si ser mãe de uma criança que nasceu há poucos dias.

C13. Acha que os Hospitais ou Centros de Saúde deveriam ter um programa de Visita de Enfermagem a casa das senhoras, na 1ª semana depois do parto? **1.Não** _____ **2.Sim** _____

C15. Pense na visita domiciliária que lhe fiz e diga, honestamente, numa escala de 0 a 100.

C15A. Que utilidade teve a Visita Domiciliária relativamente aos <u>cuidados com a amamentação</u> ? Marque um X na reta abaixo.	
0	100
Nenhuma Utilidade	Muitíssima utilidade
C15B. Que nível de segurança lhe deu nos cuidados de <u>higiene pós-parto</u> a si mesma? Marque um X na reta abaixo.	
0	100
Não deu nenhuma segurança	Deu muitíssima segurança
C15C. Que nível de segurança lhe deu para lidar com os <u>cuidados de higiene ao seu bebé</u> [ex: banho, mudança de fraldas, cuidados com o umbigo, borbuhagem do bebé? Marque um X na reta abaixo.	
0	100
Não deu nenhuma segurança	Deu muitíssima segurança
C15D. Que nível de segurança lhe deu para lidar com o <u>choro do seu bebé</u> ? Marque um X na reta abaixo.	
0	100
Não deu nenhuma segurança	Deu muitíssima segurança
C16. De maneira global, que utilidade acha que teve a visita domiciliar que lhe fiz? Marque um X na reta abaixo.	
0	100
Nenhuma utilidade	Muitíssima utilidade

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

Agradecemos muito ter-nos dado o seu tempo para responder a este questionário.

Muito obrigada!

Apêndice E: Pedido de Autorização para aplicação da Escala “Preparação que a mãe sente, antes de sair do hospital, para responder às tarefas já em casa” (Weiss & Piacentine, 2006)

RE: Article and Permission - Mensagem (HTML)

Ficheiro Mensagem

Ignorar
 Correo Electrónico Não Solicitado - Eliminar
 Responder Responder Reencaminhar a Todos Mais
 ConferenciaAM Para o Gestor
 Correo Electrónico... Concluído
 Responder e Eli... Criar Novo
 Regras
 OneNote
 Acções
 Mover
 Mover
 Marcar como Não Lida
 Categorizar
 Dar Seguimento
 Localizar
 Relacionado
 Seleccionar
 Zoom

Se existirem problemas com a forma como esta mensagem é apresentada, clique aqui para vê-la num browser.
 Clique aqui para transferir imagens. Para ajudar a proteger a sua privacidade, o Outlook impediu a transferência automática de algumas imagens desta mensagem.

De: Weiss, Marianne <marianne.weiss@marquette.edu>
 Para: Maragarida Sim Sim
 Cc:
 Assunto: RE: Article and Permission

Enviada: sex 01-06-2012 21:58

Please let me know if I can be of any help to you as you progress through your research.

Marianne Weiss, DNSc, RN
 Associate Professor and
 Wheaton Franciscan Healthcare, St. Joseph / Sister Rosalie Klein Professor of Women's Health
 Marquette University College of Nursing
 PO Box 1881
 Milwaukee, WI, 53201-1881
 phone - 414-288-3855
 fax - 414-288-1939
 cell - 947-514-2798
 email - marianne.weiss@marquette.edu

From: Maragarida Sim Sim [msmsim@uevora.pt]
 Sent: Friday, June 01, 2012 1:41 PM
 To: Weiss, Marianne
 Cc: 'Angela Serrano'
 Subject: RE: Article and Permission

Dear Professor Marianne Weiss

I'm really grateful with your answer and with all the material that you sent us.
 In order to complete your request about
 1) Brief description of the study and clinical population

Weiss, Marianne

Ligue às suas redes sociais para mostrar fotografias de perfil e actualizações das actividades dos seus colegas no Outlook. Clique aqui para adicionar redes.

Todos os Itens RE: Article and Permission 13:39 31.05.2012 16:51 26-11-2012

RE: Article and Permission - Mensagem (HTML)

Ficheiro Mensagem

Ignorar
 Correo Electrónico Não Solicitado - Eliminar
 Responder Responder Reencaminhar a Todos Mais
 ConferenciaAM Para o Gestor
 Correo Electrónico... Concluído
 Responder e Eli... Criar Novo
 Regras
 OneNote
 Acções
 Mover
 Mover
 Marcar como Não Lida
 Categorizar
 Dar Seguimento
 Localizar
 Relacionado
 Seleccionar
 Zoom

Se existirem problemas com a forma como esta mensagem é apresentada, clique aqui para vê-la num browser.
 Clique aqui para transferir imagens. Para ajudar a proteger a sua privacidade, o Outlook impediu a transferência automática de algumas imagens desta mensagem.

De: Weiss, Marianne <marianne.weiss@marquette.edu>
 Para: Maragarida Sim Sim
 Cc:
 Assunto: RE: Article and Permission

Enviada: sexta-feira, 31 de Maio de 2012 14:24
 Para: Maragarida Sim Sim; Piacentine, Linda
 Cc: 'Angela Serrano'
 Assunto: RE: Article and Permission

Maragarida -
 Good morning and thank for your email. I'm am so sorry for my delay in responding to you. I was on vacation at the time that you wrote me.

I have attached the scale and information on scoring. You have permission to translate and use the scale. All I ask is that you return the attached permission form if you decide to use the scale.

The articles are attached. We continue this work. We have many other publications about readiness for discharge in adult medical surgical patients and parents of hospitalized children. I am writing a paper right now about readiness for discharge in more than 500 postpartum women.

I look forward to hearing about your own and your students' work. Feel free to contact me with questions.

Marianne Weiss, DNSc, RN
 Associate Professor and
 Wheaton Franciscan Healthcare, St. Joseph / Sister Rosalie Klein Professor of Women's Health
 Marquette University College of Nursing
 PO Box 1881
 Milwaukee, WI, 53201-1881
 phone - 414-288-3855

Weiss, Marianne

Ligue às suas redes sociais para mostrar fotografias de perfil e actualizações das actividades dos seus colegas no Outlook. Clique aqui para adicionar redes.

Todos os Itens RE: Article and Permission 13:39 31.05.2012 16:50 26-11-2012

RE: Article and Permission - Mensagem (HTML)

Ficheiro Mensagem

Ignorar
 Correo Electrónico Não Solicitado - Eliminar
 Responder Responder a Todos Reencaminhar Mais
 ConferenciaAM Para o Gestor
 Correo Electrónico Concluído
 Responder e Eli... Criar Novo
 Passos Rápidos
 Mover
 OneNote
 Acções
 Regras
 Marcar como Não Lida
 Sinalizadores
 Dar Seguimento
 Localizar
 Traduzir
 Relacionado Selecionar
 Edição
 Zoom

Se existirem problemas com a forma como esta mensagem é apresentada, clique aqui para vê-la num browser.
 Clique aqui para transferir imagens. Para ajudar a proteger a sua privacidade, o Outlook impediu a transferência automática de algumas imagens desta mensagem.

De: Weiss, Marianne <marianne.weiss@marquette.edu> Enviada: sex 01-06-2012 21:58
 Para: Margarida Sim Sim
 Cc:
 Assunto: RE: Article and Permission

cell - 847-514-2798
 email - marianne.weiss@marquette.edu

Erro! Nome de ficheiro não especificado.

From: Margarida Sim Sim [msimsim@uevora.pt]
 Sent: Saturday, May 19, 2012 6:49 PM
 To: Weiss, Marianne; Piacentine, Linda
 Cc: 'Angela Serrano'
 Subject: Article and Permission

Dear Prof Weiss
 Dear Prof Piacentine

I'm a Portuguese Nursing Professor at the University of Évora, Portugal, and at this moment, I'm doing an orientation of some nursing students master degree. Some of them, want to do a research with mothers, before [at hospital] and after in a postpartum home visit.

When I did my bibliography research, I saw your articles:
 1) Weiss, M. & Piacentine, L. (2006). Psychometric properties of the readiness for hospital discharge scale. *Journal of Nursing Measurement* 14 (3) 163-180.
 2) Weiss, M., Ryan, P. & Lokken, L. (2006). Validity and reliability of perceived readiness for discharge after birth scale. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 35 (1) 34-45

I saw that you had developed some interesting instruments, like Readiness for Hospital Discharge Scale [RHDS]. As I saw in your article, this instrument is perhaps very interesting to apply in our research, here in Portugal.

Because I have no access in full text, with this e-mail, I would ask you, if it is possible that you send me your articles and instruments. If you think possible, I would like to ask your permission to apply it in our research

I'm sorry to disturb you with my request.
 Thank you very much for your attention
 Margarida Sim-Sim

Weiss, Marianne

Ligue às suas redes sociais para mostrar fotografias de perfil e actualizações das actividades dos seus colegas no Outlook. Clique aqui para adicionar redes.

Todos os temas RE: Article and Permission 13:30 31.05.2012

PT 16:49 26-11-2012

**Apêndice F: Pedido de Autorização para aplicação da Escala “Preparação
que a mãe sente, já em casa, para responder às tarefas necessárias”
(Miller, Piacentine e Weiss, 2008)**

Hotmail - angelaserranito@hotmail.com - Windows Internet Explorer

http://du113w.dub113.mail.live.com/default.aspx#1/mail/InboxLight.aspx?m=904153340In=401536799&fid=18&pid=NextPage&paid=bdc177c-c63e-11e1-ba97-00

Ficheiro Editar Ver Favoritos Ferramentas Ajuda

Pesquisar Facebook Ouvir música Amazon YouTube Previsão do tempo BBC News BBC Sports Jogos Opções

Favoritos MSN Homepage MSN Notícias MSN Desporto MSN Entretenimento MSN Vídeo MSN Tempo Sites Sugeridos

Hotmail - angelaserranito@hotmail.com

Nova pasta

Vistas rápidas

Documentos

Fotografias (2)

Sinalizada(s)

Nova categoria

Messenger

Iniciou sessão no Messenger. Para alterar o seu estado, clique no seu nome no canto superior direito. [Manter a sessão iniciada](#) | [Terminar sessão](#)

6 convites

Proc. nos contact.

De momento, os seus amigos estão offline.

[Terminar sessão](#)

Home Page

Contactos

Calendário

Resumo do...doc Ver online Transferir (40,5 KB)

Questiona...doc Ver online Transferir (82,1 KB)

Transferir tudo como zip

Dear Professor Marianne Weiss

We are preparing our study. So I think that me and my student, we must send to you, some appointments about research purpose, in order to respect you and your permission to apply your research instrument.

I'm sending to you:

A brief abstract about research purpose

The questionnaire in Portuguese language [it contains, invitation to mother (1st sheet), the Readiness for Hospital Discharge Scale in Portuguese (2nd sheet) and other variables that can give socio-economic status (Gräffar Index), and obstetric aspects (3rd sheet)]. Perhaps in Portuguese language can't have so much interesting to you, but is our own way to showing progress in this study

As I saw only after, your another instrument the Post-Discharge Coping Difficulty Scale [PDCDS] at Miller, J., Piacentine, L. & Weiss, M. (2008). Coping difficulties after hospitalization. *Clinical Nursing Research* 17(4), I want to ask you if you see some possibility to have your permission, to apply it in a small sample of mothers [about 12], that had answered the Readiness for Hospital Discharge Scale.

SE VALE X, OLX!

olx.pt

Fechar anúncio AdChoices

Concluído

Iniciar

Ángela (H)

Relatório de Mestrad...

Hotmail - angelaserra...

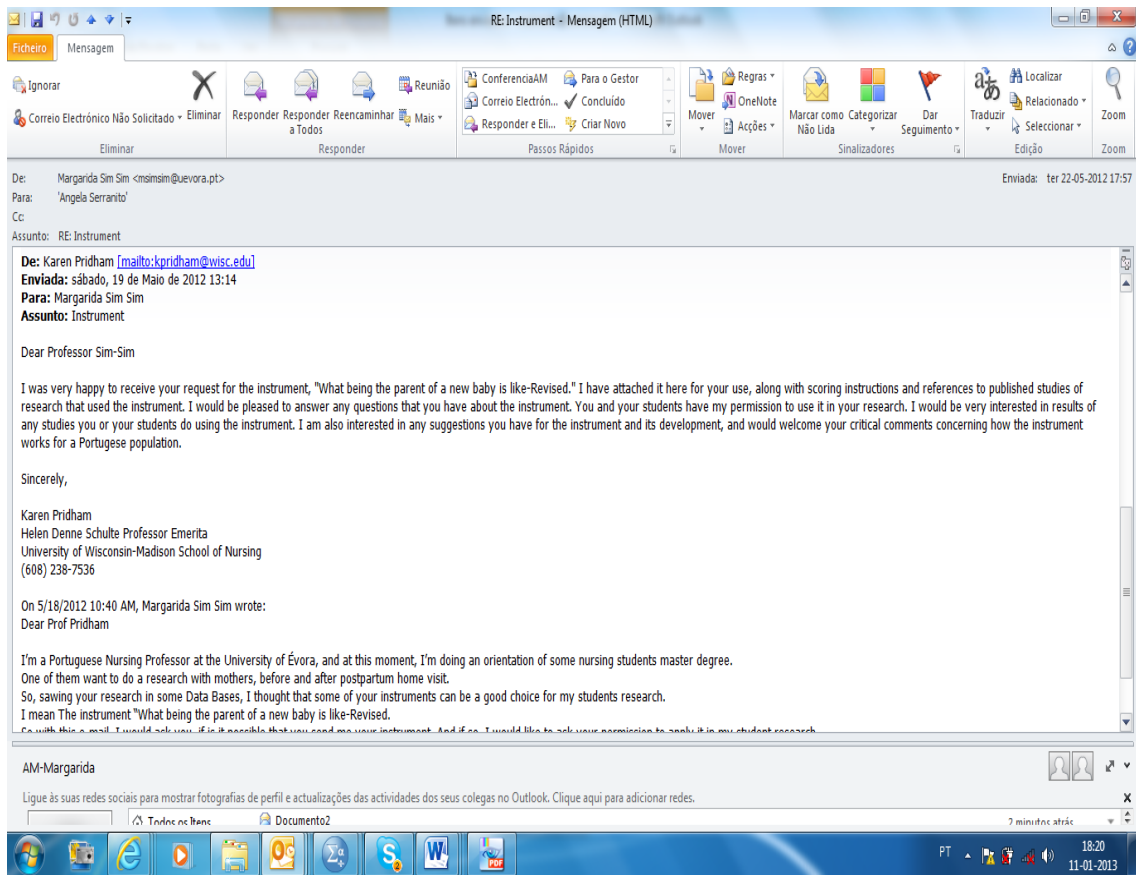
Internet

100%

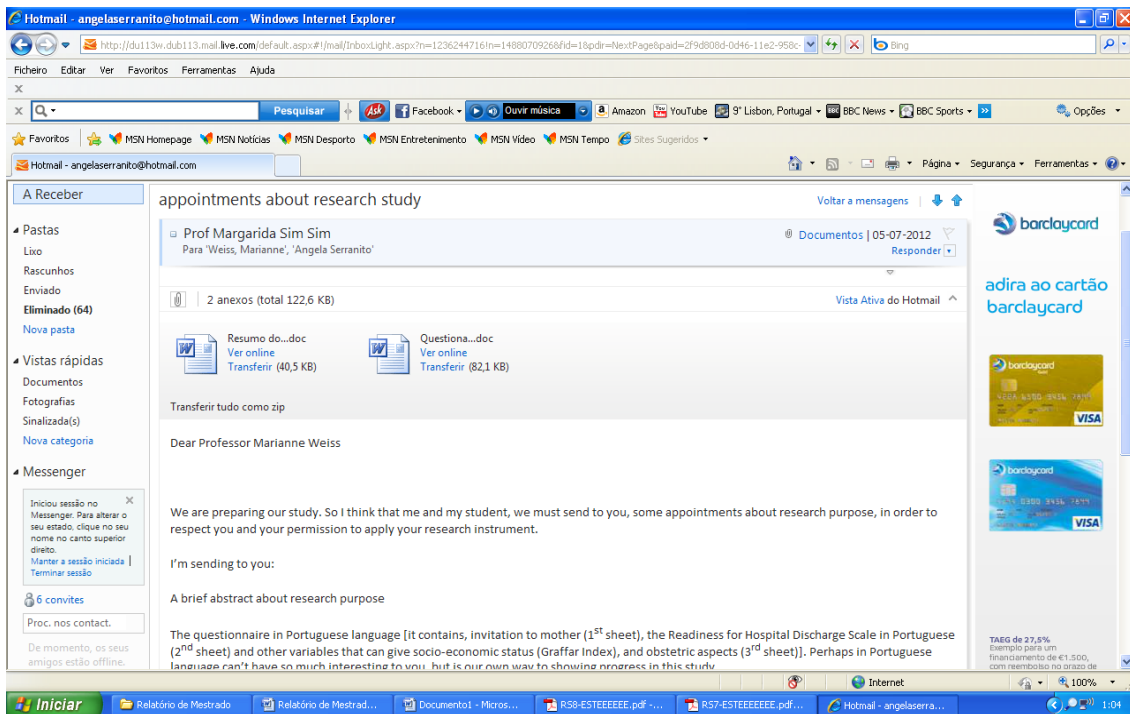
PT

9:19

Apêndice G: Pedido de Autorização para a aplicação da Escala “A experiência de tornar-se mãe de um bebê” (Pridham & Chang, 1989)



**Apêndice H: Resumo do Relatório de Mestrado enviado à autora da Escala
“Preparação que a mãe sente, antes de sair do hospital, para responder às
tarefas já em casa” (Weiss & Piacentine, 2006)**



Work Plan

Background

The parturition and puerperium process, though without health disorders, produces vulnerabilities in women and justifies the creation of a careful surrounding.

The majority of Portuguese women choose birth in a hospital since 1973, existing, however, in the district of Évora, some anticipation to 1972 (i.e. 1543 in hospital *versus* 1174 at home) according to National Statistic Portuguese Service (INE, 1972, 1973). In this district, the reference hospital is Hospital do Espírito Santo, E.P.E. (HESE - EPE), where the puerperal internment policies have been evolving for about 30 years. At that time, in the case of normal vaginal deliveries, on average, a woman would be hospitalized for 5 days. Since about 15 years ago, this model was reduced to 48 to 72 hours [i.e. normal delivery and caesarean respectively].

Évora registers the same panorama of the rest of Europe, where the policies determine short period internments (Kordish, Lynch & Williams In Rice, 2004). In fact, in Évora, the discharge from maternity is premature and in the day to day of the clinic, we observe some critical aspects: 1) Re-internment by maternal reasons of concern. (i.e. in 2010, 6.3% and until the 31st October 2011, 8,2%); 2: the health trainings are performed, but we don't know how the puerperal women feel ready to face the homecoming; 3) the information which is

delivered to puerperal women in internment period follow lines of guidance which can vary according to the professionals who perform them; 4) Some puerperium striking aspects (e.g. the increasing of milk; suture dehiscence; difficulties holding the newborn [RN]) happen during the 48 hours, which means during the discharge or already at home. These aspects take women to contact the hospital by telephone or in person, or to use the Emergency Services of HESE-EPE. So, in a perspective for better health care to the population, we suppose that it will be interesting to consider the extension of hospital care to the community through puerperal home visit.

The Puerperal Home Visit benefits are documented in the identification of musculoskeletal pelvic disorders (Dietz, 2004), in the interaction of mother-son dyad (Larson, 1980), in the identification of family physical and psychological adaptation problems with the new member (Bobak, Jensen & Lowdermilk, 1999), in the health care gap filling between the discharge and the home monitoring of the puerperal and the newborn (Kordish, Lynch & Williams In Rice, 2004).

Having the maternal health and midwifery specialist nurse the specific competences in the postpartum period, particularly the diagnosis and prevention of the puerperal and the newborn's health complications, as well as to provide them the care in situations that can negatively affect their health (Ordem dos Enfermeiros, 2010), it is of interest the creation of a pilot project which, extending hospital care to a dimension of community intervention, can improve the expanding family welfare.

Purpose

This study, is part of an academic pilot project of Puerperium Home Visit Program

The main purpose of this study is to explore how women face transition to puerperium time and, in a specific way, the relationship between their perception of being prepared and real motherhood caring.

The main research questions are:

- What are the perceptions of readiness at hospital discharge?
- What are the perceptions of coping at home?
- What are the relationships between readinesses at hospital discharge *versus* coping at home and *versus* to feel like a mother?

Method

We plan a descriptive and co relational design.

Since population of women in puerperium, living in Evora, is unknown, we will use a convenience sample about 40 cases¹. Selection criteria will be: 1) more than 18 years old²; 2) no twin newborns; 3) living in Évora or neighborhoods peripherals [no more than 10 Km].

Following of the University of Évora and Hospital do Espírito Santo EPE approvals, the data for this study will be collected over a period of two months. Women [resident in Évora³] on the postpartum period, who had delivered within 24 hours, will be invited to participate in this study, explaining that this include 2 approaches (or 3 in case of home visit). If we have verbal agreement, we will ask to complete the questionnaire (Weiss, & Piacentine, 2006⁴) before discharged. A package with second questionnaire will be present [with postage stamp], because the same subjects will complete another questionnaire, at home, about 10 days after childbirth (Pridham & Chang, 1989)⁵ [ask Professor Weiss in order to know if we may have her permission to apply also PDCDS⁶]. We will ask for a phone number, explaining that it is important, in order to remember 2nd questionnaire.

In the whole group, we will evaluate the readiness at hospital; in a short sample about 12 women, visited at home, we will evaluate the relationship between readiness at hospital, versus coping at home and versus to be a mother. We suppose that women visited at home will show better coping and satisfaction with nursing home visit.

¹ This size is, at this moment restricted, because academic time is short. We have only two months to apply the questionnaire.

² 18 years old is the majority in Portugal.

³ We have do not have the financial means to go outside the city of Évora.

⁴ Weiss, M.E. & Piacentine, L.B. (2006). Psychometric properties of the Readiness for Hospital Discharge Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 14 (3), 163-180. [author permission is given]

⁵ Pridham, K. F., & Chang, A. S. (1989). What being the parent of a new baby is like: Revision of an instrument. *Research in Nursing & Health*, 12, 323-329 [author permission is given]

⁶ Miller, J., Piacentine, L. & Weiss, M. (2008). Coping difficulties after hospitalization. *Clinical Nursing Research* 17(4)

**Apêndice I: Pedido de autorização para utilização da Escala de Graffar
(Amaro, 2001)**

Re: Permissão - Mensagem (Texto simples)

Ficheiro Mensagem

Ignorar
Correio Electrónico Não Solicitado
Eliminar
Responder
Responder a Todos
Reencaminhar
Mais
Reunião
Mover
OneNote
Acções
Regras
Marcar como Não Lida
Sinalizadores
Categorizar
Dar Seguimento
Traduzir
Localizar
Relacionado
Selecccionar
Zoom

Eliminar
Responder
Mover
Sinalizadores
Edição
Zoom

As quebras de linha adicionais desta mensagem foram removidas.

De: Fausto Amaro <famaro@iscsp.utl.pt> Enviada: dom 06-11-2011 18:34
Para: Maragarida Sim Sim
Cc:
Assunto: Re: Permissão

Cara Prof. Margarida Sim-Sim,
obrigado pelo seu interesse na Escala de Graffar a qual poderá utilizar na sua investigação que me parece muito interessante. Se necessitar qualquer outro esclarecimento fico ao seu dispor.
Cordiais cumprimentos
Fausto Amaro

Citando Maragarida Sim Sim <msimsim@uevora.pt>:

- > Sr. Professor Doutor Fausto Amaro
- >
- >
- >
- > Apresento-me como professora na Escola Superior de Enfermagem da
- > Universidade de Évora, encontrando-me a realizar com uma colega, a

**Apêndice J: Análise dos dados dos questionários aplicados às Puérperas à
data da Alta Hospitalar**

Caracterização da População-Alvo “Puérperas”

Caraterização Sociodemográfica

Idade		
N	Valid	70
	Missing	0
Mean		29,9714
Median		30,5000
Mode		32,00
Std. Deviation		5,98542
Minimum		17,00
Maximum		42,00

As participantes tinham entre 17 e 42 anos (M=29,97; DP=5,985) e moda 32 anos.

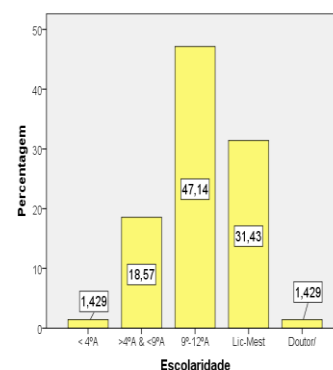
Estado Civil		
	Frequency	Valid Percent
Solteira	16	22,9
Casada-União Facto	53	75,7
Viúva	1	1,4
Total	70	100,0

A maioria das participantes é casada ou vive em união de fato (N=53; 75,7%).

Nacionalidade		
	Frequency	Valid Percent
Portuguesa	65	92,9
Estrangeira	5	7,1
Total	70	100,0

A maioria das participantes são de nacionalidade portuguesa (N=65), e cinco são estrangeiras (2 angolanas, 2 ucranianas e 1 moldava).

Escolaridade		
	Frequency	Valid Percent
< 4ºAno	1	1,4
>4ºAno & <9ºAno	13	18,6
9º até 12ºAno	33	47,1
Licenciatura-Mestrado	22	31,4
Doutoramento	1	1,4
Total	70	100,0



A maior parte das puérperas tem como habilitações entre o 9º e o 12º ano de escolaridade.

Tipo de Casa		
	Frequency	Valid Percent
Casa Imprópria	1	1,4
Casa Modesta	25	35,7
Casa Confortável	42	60,0
Casa de Luxo	2	2,9
Total	70	100,0

Mais de metade das participantes afirma viver em habitação confortável.

Rendimento		
	Frequency	Valid Percent
Assistência/Subsídios	11	15,7
Salário Mínimo/Menos	7	10,0
Vencimento Mensal	47	67,1
Herança-Lucros	5	7,1
Total	70	100,0

Mais de metade das participantes tem como rendimento principal o vencimento mensal.

Profissão		
	Frequency	Valid Percent
Assalariada	31	44,3
Semi-Qualificada	14	20,0
Quadro Médio	10	14,3
Quadro Técnico	12	17,1
Dirigente/Empresaria	3	4,3
Total	70	100,0

A categoria mais representativa no grupo de respondentes é “assalariada”, que no ficheiro de dados corresponde ao setor primário (N=31; 44,3%).

Emprego			
	Frequency	Percent	Valid Percent
Não	22	31,4	31,4
Sim	48	68,6	68,6
Total	70	100,0	100,0

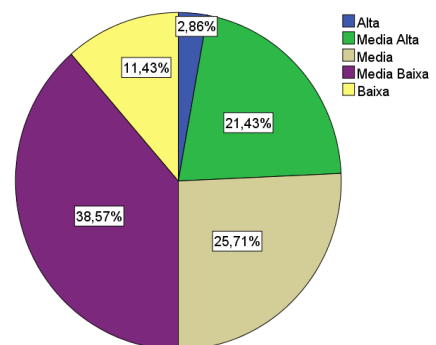
Verificamos que mais de metade das participantes tem emprego.

Coabitação	
	Frequency
2 Pessoas	1
Companheiro	15
Companheiro e Filhos	30
Companheiro e Sogros	6
Sozinha	1
Eu, marido, sogros e irmãos do marido	9
Filho	1
Mãe, Marido e Filha	5
Pais	2
Total	70

Verificamos que a maior parte das puérperas vive com o companheiro e filhos.

Índice de Graffar

Índice de Graffar			
	Frequency	Percent	Valid Percent
Alta	2	2,9	2,9
Média			
Alta	15	21,4	21,4
Média	18	25,7	25,7
Média			
Baixa	27	38,6	38,6
Baixa	8	11,4	11,4
Total	70	100,0	100,0



A maioria das puérperas pertence socialmente, na classificação referida ao Índice de Graffar, à Classe Media Baixa.

Dados Obstétricos

Número de Filhos			
	Frequency	Percent	Valid Percent
1	37	52,9	52,9
2	24	34,3	34,3
3	7	10,0	10,0
4	2	2,9	2,9
Total	70	100,0	100,0

Verificamos que para mais de metade das puérperas questionadas este era o seu primeiro filho.

Aborto			
	Frequency	Percent	Valid Percent
Sim	14	20,0	20,0
Não	56	80,0	80,0
Total	70	100,0	100,0

A maioria das participantes não teve nenhum aborto.

História da Gravidez, Parto e Puerpério Atual

Consultas na Gravidez	
Mean	7,50
Median	7,00
Mode	7
Std. Deviation	2,382
Minimum	3
Maximum	18

As participantes referem a vigilância em consulta de gravidez entre 3 a 18 episódios, sendo em média 7,5.

Preparação para o Parto			
	Frequency	Percent	Valid Percent
Sim	22	31,4	31,4
Não	48	68,6	68,6
Total	70	100,0	100,0

Mais de metade das puérperas não frequentaram nenhum Curso de Preparação para o Parto.

Tipo de Parto			
	Frequency	Percent	Valid Percent
Vaginal	34	48,6	48,6
Fórceps-Ventosa	7	10,0	10,0
Cesariana	29	41,4	41,4
Total	70	100,0	100,0

A maioria dos partos foram eutócicos. É de salientar que os partos distócicos por cesariana se apresentam também em grande número.

Semanas de gravidez			
	Frequency	Percent	Valid Percent
28	1	1,4	1,4
35	1	1,4	1,4
36	1	1,4	1,4
37	3	4,3	4,3
38	13	18,6	18,6
39	21	30,0	30,0
40	11	15,7	15,7
41	15	21,4	21,4
42	4	5,7	5,7
Total	70	100,0	100,0

A grande maioria das puérperas, à altura do parto, apresentava gravidez de termo sendo as 39 semanas a mais frequente.

Peso do RN	
Mean	3,30229
Median	3,31000
Mode	3,740
Std. Deviation	,444891
Minimum	2,170
Maximum	4,420

Os RN apresentavam pesos entre 2,170kg e 4,420kg (M=3,30; DP=0,444) e moda 3,740kg.

Condições para consultas			
	Frequency	Percent	Valid Percent
Nunca	5	7,1	10,4
Algumas Veze	7	10,0	14,6
Muitas Veze	36	51,4	75,0
Total	48	68,6	100,0
Missing System	22	31,4	
Total	70	100,0	

Mais de metade das participantes teve condições laborais para frequentar as consultas de vigilância da gravidez. As puérperas (N=22) que não responderam a esta pergunta não tinham emprego.

Visita Domiciliária

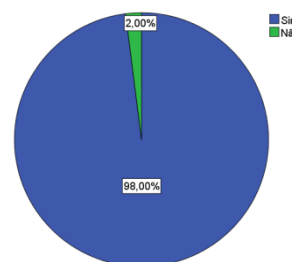
Participantes Visitadas

Importância da VDP			
	Frequency	Percent	Valid Percent
Sim	20	100,0	100,0

A totalidade das senhoras considera que a VDP de Enfermagem, à data da 1ª semana pós-parto, pode ser um bom apoio.
Todas as participantes que à data da alta foram contactadas no sentido de receber VD, concordaram em ser visitadas.

Participantes Não Visitadas

Importância da VDP			
	Frequency	Percent	Valid Percent
Sim	49	98,0	98,0
Não	1	2,0	2,0
Total	50	100,0	100,0



Todas as participantes, exceto uma, consideram que a VDP de Enfermagem, à data da 1ª semana pós-parto, pode ser um bom apoio.

Preparação para o regresso a casa (avaliado à data da alta hospitalar) – Análise realizada através da Escala de Weiss e Piacentine (2006)

	Global	Estado Pessoal	Conhecimento	Coping	Apoio
Mean	8,2545	7,9952	8,3310	8,6190	8,4500
N	70	70	70	70	70
Std. Deviation	1,16704	1,37006	1,43386	1,45605	1,93864

	Mean	DP	Std. Error Mean	Paired Differences		t	df	Sig. (2-tailed)
				95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
1° T1WeissEPessoal - PairT1WeissConhecimento	-,33571	1,17572	,14052	-,61605	-,05537	-2,389	69	,020
2° T1WeissEPessoal - PairT1WeissCoping	-,62381	1,04425	,12481	-,87280	-,37482	-4,998	69	,000
3° T1WeissEPessoal - PairT1WeissApoio	-,45476	2,19661	,26254	-,97852	,06900	-1,732	69	,088

Entre as dimensões da Escala de Prontidão para regressar a casa, observa-se, através de um teste t de amostras emparelhadas, diferenças significativas; assim o estado físico-emocional [i.e. dimensão estado pessoal] apresenta a média mais baixa, sugerindo sentimento/sensação de vulnerabilidade ao momento da alta hospitalar. Nas restantes dimensões as médias não possuem diferenças significativas entre si, sugerindo que à data da alta a puérpera considera que tem o conhecimento necessário para responder às exigências [i.e. dimensão conhecimento], tem competência para auto-gerir as suas necessidades de saúde [i.e. Coping] e considera disponível o apoio esperado no pós-parto [i.e. Apoio].

**Apêndice K: Análise dos dados dos questionários aplicados às Puérperas
que receberam a VDP à data da Alta Hospitalar**

Caracterização das Puérperas que receberam a VDP

Caracterização Sociodemográfica

Idade		
N	Valid	20
	Missing	0
Mean		30,3000
Median		32,0000
Mode		32,00 ^a
Std. Deviation		5,42023
Minimum		21,00
Maximum		42,00

No grupo das 20 mulheres sujeitas a VDP, a média de idades era de 30,3 anos (DP=5,42), e amplitude 21 a 42 anos; no grupo surgem duas modas aos 32 e 34 anos.

Estado Civil			
	Frequency	Percent	Valid Percent
Solteira	3	15,0	15,0
Casada-União de Facto	17	85,0	85,0
Total	20	100,0	100,0

A maioria das mulheres é casada ou vive em união de facto.

Nacionalidade			
	Frequency	Percent	Valid Percent
Portuguesa	16	80,0	80,0
Estrangeira	4	20,0	20,0
Total	20	100,0	100,0

A maioria das mulheres é portuguesa. De entre as estrangeiras três são da Europa de Leste e uma é angolana.

Escolaridade			
	Frequency	Percent	Valid Percent
< 4ºAno	1	5,0	5,0
9º até 12ºAno	10	50,0	50,0
Licenciatura-Mestrado	9	45,0	45,0
Total	20	100,0	100,0

Poderemos considerar que o grupo tem preparação académica elevada, já que 9 participantes (45%) têm formação superior.

Tipo de Casa			
	Frequency	Percent	Valid Percent
Casa Imprópria	1	5,0	5,0
Casa Modesta	8	40,0	40,0
Casa Confortável	10	50,0	50,0
Casa de Luxo	1	5,0	5,0
Total	20	100,0	

A maioria das participantes vive em habitações cómodas.

Rendimento			
	Frequency	Percent	Valid Percent
Assistência/Subsídios	4	20,0	20,0
Vencimento Mensal	14	70,0	70,0
Herança-Lucros	2	10,0	10,0
Total	20	100,0	100,0

A maioria vive dos seus próprios meios através de vencimento mensal.

Profissão			
	Frequency	Percent	Valid Percent
Assalariada	9	45,0	45,0
Semi-qualificada	3	15,0	15,0
Quadro Médio	2	10,0	10,0
Quadro Técnico	4	20,0	20,0
Dirigente/Empresaria	2	10,0	10,0
Total	20	100,0	100,0

A maior parte das mulheres é assalariada.

Profissão Atual			
	Frequency	Percent	Valid Percent
Professora de Ensino Básico	3	15,0	15,0
Empregada Fabril	3	15,0	15,0
Empregada Doméstica	2	10,0	10,0
Enfermeira	1	5,0	5,0
Técnica Administrativa	1	5,0	5,0
Empresária Agrícola	1	5,0	5,0
Vendedora Ambulante	1	5,0	5,0
Professora Universitária	1	5,0	5,0
Engenheira Alimentar	1	5,0	5,0
Estudante	1	5,0	5,0
Médica	1	5,0	5,0
Militar	1	5,0	5,0
Empregada de Balcão	1	5,0	5,0
Empregada Agrícola	1	5,0	5,0
Professora do Ensino Secundário	1	5,0	5,0
Total	20	100,0	100,0

Emprego			
	Frequency	Percent	Valid Percent
Não	4	20,0	20,0
Sim	16	80,0	80,0
Total	20	100,0	100,0

A maioria das participantes encontra-se empregada.

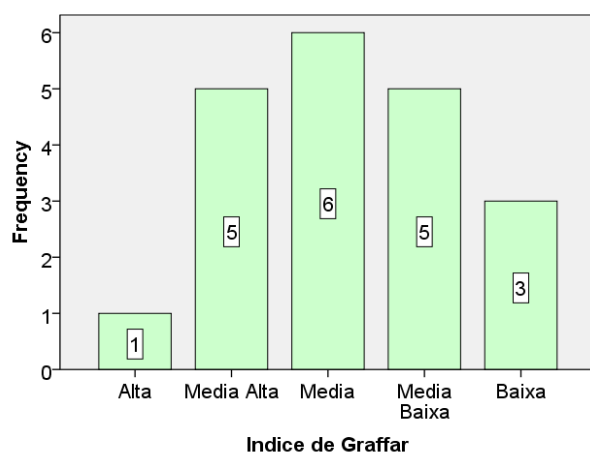
Condições para Consultas			
	Frequency	Percent	Valid Percent
Nunca	2	10,0	12,5
Algumas Vezes	3	15,0	18,8
Muitas Vezes	11	55,0	68,8
Total	16	80,0	100,0
MissingSystem	4	20,0	
Total	20	100,0	

Retirando-se da amostra as 4 mulheres desempregadas, a maioria teve condições no emprego para frequentar as consultas de vigilância da gravidez

Coabitação			
	Frequency	Percent	Valid Percent
Companheiro e Filhos	9	45,0	45,0
Companheiro	7	35,0	35,0
Companheiro e sogros	2	10,0	10,0
Companheiro e Pais	1	5,0	5,0
Sozinha	1	5,0	5,0
Total	20	100,0	100,0

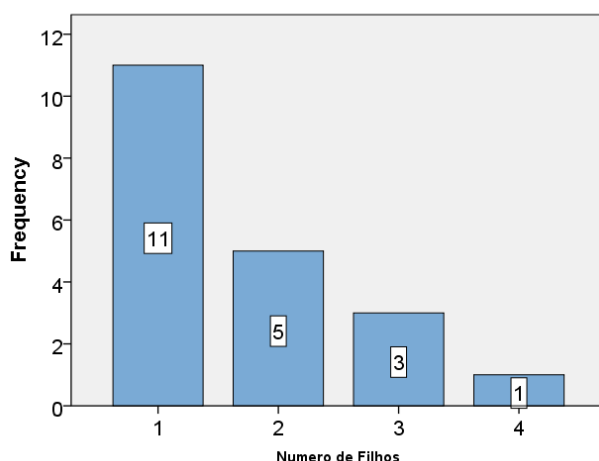
Verificamos que a maior parte das puérperas vive com o companheiro e filhos.

Índice de Graffar



A maior parte das mulheres que foi visitada pertence, na classificação de Graffar, à classe média.

Dados Obstétricos

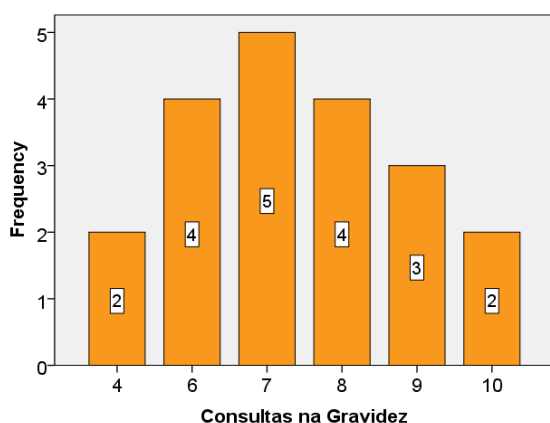


O número de filhos à data da alta hospitalar variava entre um e quatro filhos, sendo o filho único o mais representativo (N=11).

Aborto			
	Frequency	Percent	Valid Percent
Sim	5	25,0	25,0
Não	15	75,0	75,0
Total	20	100,0	100,0

Cinco mulheres referem história de aborto anterior.

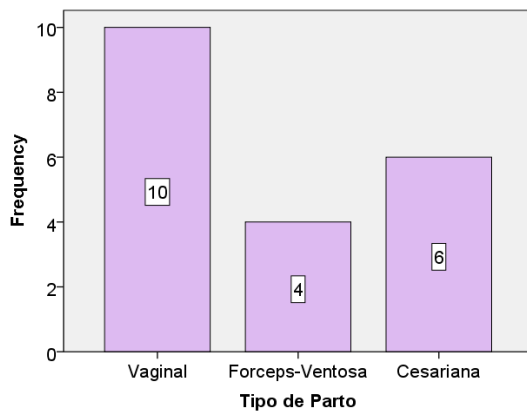
História da Gravidez, Parto e Puerpério Atual



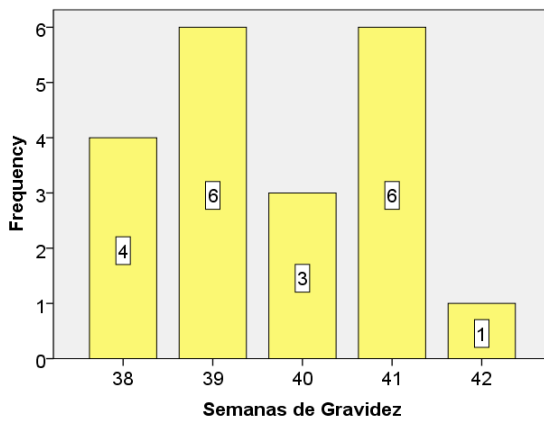
O número de consultas de gravidez variou entre 4 e 10 consultas, sendo que o mais representativo no grupo são 7 consultas referidas por cinco mulheres.

Preparação para o Parto			
	Frequency	Percent	Valid Percent
Sim	9	45,0	45,0
Não	11	55,0	55,0
Total	20	100,0	100,0

Observa-se que a frequência de Curso de Preparação para o Parto é aproximada em ambos os grupos.



Relativamente ao tipo de parto maioria foi via vaginal não instrumentalizado; repare-se contudo a representação percentual das cesarianas que é elevada no grupo (30%).



A gestação das mães variou entre as 38 e as 42 semanas. Apresenta duas modas às 39 e às 41 semanas.

Peso do RN	
N Valid	20
N Missing	0
Mean	3,32900
Median	3,18500
Mode	2,740 ^a
Std. Deviation	,495633
Minimum	2,170
Maximum	4,120

O peso dos RN variou entre 2,170 e 4,120 Kg. O peso médio dos RN foi de 3,3290 KG (DP=0,495).

**Apêndice L: Análise dos dados dos questionários aplicados às Puérperas no
seu domicílio**

Análise dos dados dos questionários aplicados às puérperas no seu domicílio

Consistência Interna da escala de Pridham & Chang (1989) “Experiência de tornar-se mãe de um bebê”

Sub-Escala “Satisfação”

Sub-Escala “Satisfação”				
	Scale Mean if Deleted	Scale Variance if Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
T2Pridham1	77,76	28,013	,159	,573
T2Pridham5	78,30	24,561	,471	,517
T2Pridham7	78,50	23,935	,287	,543
T2Pridham8	78,81	23,864	,269	,548
T2Pridham13	79,54	23,179	,442	,507
T2Pridhma14	80,11	26,016	-,060	,700
T2Pridham17	79,00	24,261	,474	,513
T2Pridham18	78,36	25,247	,367	,535
T2Pridham19	78,47	27,412	,016	,606
T2Pridham20	78,46	24,571	,423	,522
T2Pridham23	78,40	22,939	,504	,495

Cronbach's Alpha	N of Items
,576	11

Face ao baixo valor de alfa de Cronbach, optou-se por retirar o Item 14, tendo melhorado o valor do alfa, conforme abaixo.

Sub-Escala “Satisfação”				
	Scale Mean if Deleted	Scale Variance if Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
T2Pridham1	71,30	25,228	,141	,704
T2Pridham5	71,84	21,410	,538	,653
T2Pridham7	72,04	20,158	,393	,672
T2Pridham8	72,36	22,349	,164	,724
T2Pridham13	73,09	20,717	,423	,665
T2Pridham17	72,54	20,976	,560	,647
T2Pridham18	71,90	21,917	,450	,665
T2Pridham19	72,01	23,406	,118	,725
T2Pridham20	72,00	21,710	,445	,665
T2Pridham23	71,94	19,881	,559	,639

Cronbach's Alpha	N of Items
,700	10

Sub-Escala “Centralidade”

Face às considerações da autora, que sugere a retirada dos itens 16 e 22 caso o valor do Alfa de Cronbach seja baixo, optou-se por retirar o item 16. O valor do alfa é baixo, mas ainda sustentável para um estudo de caráter acadêmico.

Sub-Escala “Centralidade”					Cronbach's Alpha	N of Items
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted		
T2Pridham3	39,6286	36,353	,770	,443	,617	7
T2Pridham4_r	43,5429	77,237	-,680	,890		
T2Pridham6	39,9143	36,543	,704	,457		
T2Pridham12	39,5286	36,427	,725	,452		
T2Pridham15	39,6429	35,450	,741	,440		
T2Pridham25	39,4143	35,695	,754	,439		
T2Pridham22_r	41,8714	40,085	,328	,582		

Sub-Escala “Mudança de Vida”

A consistência interna da Sub-Escala “Mudança de Vida” é moderada.

Sub-Escala “Mudança de Vida”					Cronbach's Alpha	N of Items
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted		
T2Pridham2	21,97	47,246	,416	,715	,734	6
T2Pridham9	26,73	48,404	,501	,689		
T2Pridham10	25,17	45,593	,590	,663		
T2Pridham11	24,53	43,731	,398	,735		
T2Pridham21	26,54	47,585	,604	,665		
T2Pridham24	21,06	53,823	,407	,716		

Escala Total

A consistência interna da Escala Total é moderada.

Escala Total				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
T2Pridham2	149,3429	159,852	,298	,684
T2Pridham9	154,1000	164,207	,290	,684
T2Pridham10	152,5429	160,368	,353	,677
T2Pridham11	151,9000	148,526	,397	,672
T2Pridham21	153,9143	161,935	,380	,675
T2Pridham24	148,4286	152,335	,725	,647
T2Pridham1	147,7571	181,665	,010	,699
T2Pridham5	148,3000	178,619	,127	,696
T2Pridham3	148,9429	149,272	,742	,641
T2Pridham6	149,2286	147,628	,738	,639
T2Pridham7	148,5000	181,529	-,033	,707
T2Pridham8	148,8143	169,603	,318	,683
T2Pridham12	148,8429	148,772	,721	,642
T2Pridham13	149,5429	182,629	-,063	,707
T2Pridham15	148,9571	146,621	,742	,637
T2Pridham17	149,0000	178,261	,132	,696
T2Pridham18	148,3571	181,102	,009	,701
T2Pridham19	148,4714	188,514	-,250	,718
T2Pridham20	148,4571	179,527	,073	,698
T2Pridham23	148,4000	178,186	,100	,697
T2Pridham25	148,7286	150,433	,667	,647
T2Pridham22_r	151,1857	163,864	,228	,692
T2Pridham4_r	152,8571	228,298	-,722	,796

Cronbach's Alpha	N of Items
,697	23

	PridhamTotalPridhamSatisfação	PridhamCentralidade	PridhamMudaVida
Mean	6,7739	8,0114	7,0082
N	70	70	70
Std. Deviation	,54272	,51006	1,20236

	VDPuerp	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	P
PridhamTotal	Sim		206,2848	,56907	,12725	.000
	Não		506,9696	,39049	,05522	
PridhamSatisfação	Sim		208,0450	,68324	,15278	.777
	Não		507,9980	,42976	,06078	
PridhamCentralidade	Sim		205,7500	1,40650	,31450	
	Não		507,5114	,60340	,08533	.000
PridhamMudaVida	Sim		203,4083	1,16664	,26087	
	Não		505,4500	,89989	,12726	.000

Escala de “Experiência de tornar-se mãe de um bebê” (Pridham e Chang, 1989) revelou que, no global provoca modificações significativamente mais elevadas no grupo das mulheres que não foi sujeito a VD. O mesmo se verifica relativamente às dimensões “Centralidade” e “Mudança de Vida”. Embora sem diferenças significativas, as puérperas sujeitas a VDP, manifestam maior satisfação.

Escala de Miller, Piacentine & Weiss (2008): “Preparação que a mãe sente, já em casa, para responder às tarefas necessárias”

1. Qual o nível de *stress* que tem sentido atualmente na sua vida?

	Frequency	Percent	Valid Percent
Nenhum	1	1,4	1,4
1	2	2,9	2,9
2	8	11,4	11,4
3	9	12,9	12,9
4	9	12,9	12,9
5	11	15,7	15,7
6	14	20,0	20,0
7	7	10,0	10,0
8	8	11,4	11,4
9	1	1,4	1,4
Total	70	100,0	100,0

2. Que nível de dificuldade tem sentido na sua recuperação após o parto?

	Frequency	Percent	Valid Percent
Nenhum	1	1,4	1,4
1	3	4,3	4,3
2	4	5,7	5,7
3	7	10,0	10,0
4	15	21,4	21,4
5	8	11,4	11,4
6	19	27,1	27,1
7	7	10,0	10,0
8	5	7,1	7,1
9	1	1,4	1,4
Total	70	100,0	100,0

3. Que nível de dificuldade tem sentido para cuidar de si mesma?

	Frequency	Percent	Valid Percent
Nenhum	4	5,7	5,7
2	3	4,3	4,3
3	10	14,3	14,3
4	7	10,0	10,0
5	5	7,1	7,1
6	6	8,6	8,6
7	3	4,3	4,3
8	24	34,3	34,3
9	7	10,0	10,0
Totalmente	1	1,4	1,4
Total	70	100,0	100,0

4. Que nível de dificuldade tem sentido para lidar com os aspetos da sua saúde?

	Frequency	Percent	Valid Percent
Nenhum	4	5,7	5,7
1	2	2,9	2,9
2	9	12,9	12,9
3	8	11,4	11,4
4	3	4,3	4,3
5	15	21,4	21,4
6	5	7,1	7,1
7	6	8,6	8,6
8	11	15,7	15,7
9	7	10,0	10,0
Total	70	100,0	100,0

5. Que nível de dificuldade tem existido nestes dias pós-parto para as pessoas da sua família ou amigos chegados?

	Frequency	Percent	Valid Percent
Nenhum	16	22,9	22,9
1	6	8,6	8,6
2	9	12,9	12,9
3	16	22,9	22,9
4	12	17,1	17,1
5	7	10,0	10,0
6	2	2,9	2,9
7	1	1,4	1,4
9	1	1,4	1,4
Total	70	100,0	100,0

6. Que nível de ajuda de outras pessoas tem necessitado, para cuidar de si mesma?

	Frequency	Percent	Valid Percent
Nenhum	3	4,3	4,3
2	6	8,6	8,6
3	14	20,0	20,0
4	10	14,3	14,3
5	16	22,9	22,9
6	4	5,7	5,7
7	12	17,1	17,1
8	4	5,7	5,7
9	1	1,4	1,4
Total	70	100,0	100,0

7. Que nível de apoio emocional tem precisado?

	Frequency	Percent	Valid Percent
Nenhum	13	18,6	18,6
2	6	8,6	8,6
3	13	18,6	18,6
4	12	17,1	17,1
5	5	7,1	7,1
6	6	8,6	8,6
7	4	5,7	5,7
8	10	14,3	14,3
9	1	1,4	1,4
Total	70	100,0	100,0

8. Que confiança tem sentido na sua capacidade de cuidar das suas próprias necessidades?

	Frequency	Percent	Valid Percent
3	1	1,4	1,4
4	3	4,3	4,3
5	20	28,6	28,6
6	5	7,1	7,1
7	12	17,1	17,1
8	15	21,4	21,4
9	2	2,9	2,9
Totalmente	12	17,1	17,1
Total	70	100,0	100,0

9. Tem sido capaz de cuidar das suas necessidades de saúde, tais como medicamentos a tomar ou cuidados relacionados com o pós-parto?

	Frequency	Percent	Valid Percent
3	1	1,4	1,4
5	3	4,3	4,3
6	1	1,4	1,4
7	6	8,6	8,6
8	15	21,4	21,4
9	13	18,6	18,6
Totalmente	31	44,3	44,3
Total	70	100,0	100,0

10. Como se tem adaptado ao regresso a casa, desde que saiu do hospital?

	Frequency	Percent	Valid Percent
6	3	4,3	4,3
7	8	11,4	11,4
8	14	20,0	20,0
9	21	30,0	30,0
Totalmente	24	34,3	34,3
Total	70	100,0	100,0

Escala Total

A consistência interna da Escala Total é moderada.

Escala Total				
	Scale Mean if Deleted	Scale Variance if Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Deleted
T2Miller8_r	34,3714	118,005	,492	,731
T2Miller9_r	36,1714	129,188	,319	,752
T2Miller10_r	36,2000	138,626	,091	,770
T2Miller1	32,5286	117,325	,457	,734
T2Miller2	32,5000	113,355	,614	,714
T2Miller3	31,5429	109,643	,460	,735
T2Miller4	32,3571	107,016	,516	,725
T2Miller5	34,8000	118,916	,448	,736
T2Miller6	32,8000	118,133	,454	,735
T2Miller7	33,4571	114,745	,358	,753

Cronbach's Alpha	N of Items
,759	10

Miller TOTAL	
N Valid	70
N Missing	0
Mean	3,7414
Median	3,9000
Mode	3,90 ^a
Std. Deviation	1,19364
Minimum	1,10
Maximum	6,50

As dificuldades das 70 participantes não são elevadas [M=3,74; DP=1,19], registando-se um mínimo de 1,10 e um máximo de 6,5 pontos.

VDPuerp	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Sim	20	2,4900	,95029	,21249
Não	50	4,2420	,87250	,12339

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Equal variances assumed	1,022	,316	7,399	68	,000	-1,75200	,23677	-2,22447	-1,27953
Equal variances not assumed			7,130	32,539	,000	-1,75200	,24572	-2,25219	-1,25181

As mulheres sujeitas a VDP referem em média dificuldades no regresso a casa significativamente mais baixas ($p=.000$) comparativamente aquelas que não foram sujeitas a este serviço/atividade de enfermagem ($M=2,49$; $DP=.950$ versus $M=4,24$; $DP=.872$).

Dificuldades das puérperas que receberam VDP

1º Nível - Problemas das Puérperas que receberam VDP			
	Frequency	Percent	Valid Percent
Amamentação	13	65,0	65,0
Cansaço	2	10,0	10,0
Banho do bebé	1	5,0	5,0
Cólicas do bebé	1	5,0	5,0
Conciliar as tarefas domésticas com os cuidados ao bebé	1	5,0	5,0
Dar tenção ao outro filho	1	5,0	5,0
Choro do bebé	1	5,0	5,0
Total	20	100,0	100,0

2º Nível - Problemas das Puérperas que receberam VDP			
	Frequency	Percent	Valid Percent
Cansaço	8	40,0	40,0
Adaptação à nova família	4	20,0	20,0
Banho do bebé	2	10,0	10,0
Choro do bebé	2	10,0	10,0
Regresso às tarefas domésticas	2	10,0	10,0
Amamentação	1	5,0	5,0
Dor nos pontos	1	5,0	5,0
Total	20	100,0	100,0

3º Nível - Problemas das Puérperas que receberam VDP			
	Frequency	Percent	Valid Percent
Dar atenção à família	4	20,0	20,0
Regresso às tarefas domésticas	4	20,0	20,0
Amamentação	3	15,0	15,0
Cansaço	3	15,0	15,0
Choro do bebé	2	10,0	10,0
Cuidados de higiene ao bebé	1	5,0	5,0
Fissuras nos mamilos	1	5,0	5,0
Adaptação ao bebé	1	5,0	5,0
Dor na sutura perineal	1	5,0	5,0
Total	20	100,0	100,0

Dificuldades das puérperas que não receberam VDP

1º Nível - Problemas das Puérperas que não receberam VDP			
	Frequency	Percent	Valid Percent
Amamentação	11	22,0	22,0
Dores	9	18,0	18,0
Cansaço	7	14,0	14,0
Despesa com o bebé	6	12,0	12,0
Dar atenção à família	4	8,0	8,0
Perceber as necessidades do bebé	3	6,0	6,0
Adaptação ao bebé	2	4,0	4,0
Cuidados ao bebé	2	4,0	4,0
Entrar na rotina diária	2	4,0	4,0
Falta de apoio especializado (Enfermagem)	2	4,0	4,0
Cólicas do bebé	1	2,0	2,0
Voltar a ser mãe passados 16 anos	1	2,0	2,0
Total	50	100,0	100,0

2º Nível - Problemas das Puérperas que não receberam VDP			
	Frequency	Percent	Valid Percent
Amamentação	13	26,0	26,0
Dificuldade em realizar as tarefas domésticas	6	12,0	12,0
Adaptação ao bebé	6	12,0	12,0
Cansaço	5	10,0	10,0
Cuidados ao bebé	5	10,0	10,0
Dores	4	8,0	8,0
Perceber as necessidades do RN	3	6,0	6,0
Choro do bebé	2	4,0	4,0
Dar atenção à família	2	4,0	4,0
Falta de apoio	1	2,0	2,0
Preocupação com os pontos	1	2,0	2,0
Despesas com o bebé	1	2,0	2,0
Choro do bebé	1	2,0	2,0
Total	50	100,0	100,0

3º Nível - Problemas das Puérperas que não receberam VDP			
	Frequency	Percent	Valid Percent
Choro do bebé	10	20,0	20,0
Amamentação	8	16,0	16,0
Dores	6	12,0	12,0
Cansaço	5	10,0	10,0
Tarefas domésticas	5	10,0	10,0
Cuidados a ter na recuperação pós-parto	3	6,0	6,0
Falta de apoio familiar	3	6,0	6,0
Estado emocional	3	6,0	6,0
Cólicas do bebé	2	4,0	4,0
Dar atenção à família	2	4,0	4,0
Banho do bebé	2	4,0	4,0
Falta de apoio médico/enfermagem	1	2,0	2,0
Total	50	100,0	100,0

Respostas à pergunta “O que é para si ser mãe de uma criança que nasceu há poucos dias?”

	Frequency	Valid Percent
Ser mãe é a melhor coisa do mundo.	9	12,6
É muito bom ser mãe!	9	12,6
Não há palavras para descrever o que sinto por ser mãe.	6	8,4
Ser mãe é deixarmos de pensar em nós próprias para dar lugar ao bebé. Já não nos interessam as coisas que interessavam antes do nascimento do bebé. Ao que dava importância antes, agora é superficial. Hoje as preocupações são muito diferentes.	4	5,6
É muito bom ser mãe, mas ao mesmo tempo sinto-me muito insegura neste papel.	2	2,8
É a coisa mais gratificante do mundo.	2	2,8
É muito bom ser mãe. Ter dois filhos é complicado devido à falta de tempo, mas é a melhor coisa do mundo.	2	2,8
É um sonho realizado.	2	2,8
É uma enorme responsabilidade, mas é algo maravilhoso e muito compensador. Ser mãe é a melhor coisa do mundo.	2	2,8
É uma coisa maravilhosa. Hoje em dia fico muitas vezes muito ansiosa porque é tudo novo para mim e para o meu marido.	1	1,4
É muito agradável termos a noção que aquela criança depende de nós mas ao mesmo tempo nós também dependemos dela. Ser mãe é a melhor coisa do mundo!	1	1,4
É muito bom ser mãe. Apesar de todas as responsabilidades que agora tenho, é muito recompensador olhar para o meu filho e ver que é a pessoa mais importante do mundo para mim.	1	1,4
Tem sido difícil desempenhar o papel de mãe, mas com a ajuda da minha família tenho conseguido superar todas as dificuldades.	1	1,4
É a melhor sensação do mundo.	1	1,4
Apesar de o nascimento do bebé vir mudar muitas coisas na minha vida, é a melhor coisa do mundo.	1	1,4
É muito especial ter este papel tão importante. Os meus filhos são a minha luz.	1	1,4
É algo que é impossível explicar, é uma "experiência" que tem/deve ser vivida.	1	1,4
É muito stressante, mas ao mesmo tempo é muito bom.	1	1,4

Trata-se de um sentimento único, mágico e maravilhoso. Descobrir cada nova evolução do bebê, assim como aprender com ele a ser mãe é único. Contudo, também o medo, a angústia e ansiedade estão presentes sempre que chora sem saber o motivo, sempre que não sei se está satisfeito.	1	1,4
Tive muito medo de cuidar do bebê nos primeiros dias sozinha, mas agora já me sinto mais segura. Posso dizer que me sinto muito bem neste papel da minha vida.	1	1,4
Tem sido a melhor experiência do mundo.	1	1,4
É muito bom ser mãe, á a melhor sensação do mundo.	1	1,4
Sinto-me uma pessoa mais realizada e mais responsável e é um grande orgulho ser mãe.	1	1,4
É viver para os filhos a tempo inteiro. É único ser mãe.	1	1,4
Não consigo explicar, mas é o melhor do Mundo. Muda a forma de estar, pensar, as nossas prioridades e objetivos.	1	1,4
Ser mãe, para mim, é a realização de um sonho, um objetivo alcançado e muito desejado.	1	1,4
Ser mãe é ser uma mulher completamente realizada. Felicidade total.	1	1,4
Ser mãe pela 2ª vez é uma sensação indescritível visto ter sido mãe muito nova (16 anos), não soube aproveitar nem disfrutar de tal. É viver para ambos os filhos a tempo inteiro, não há palavras para dizer o que é ser mãe, é único.	1	1,4
No início foi um pouco complicado tentar perceber o RN. Não sabia o que ele queria ou sentia cada vez que ele chorava. Tinha medo de lhe dar banho, mas hoje já me sinto muito mais segura em tudo e estou muito feliz.	1	1,4
Requer muito tempo disponível, muita atenção e cuidado e toda a dedicação do mundo.	1	1,4
Ser mãe é muito bom, mas ao mesmo tempo é ter uma grande responsabilidade para o resto da vida.	1	1,4
Ser mãe de dois filhos é muito inspirador.	1	1,4
Ser mãe é uma experiência única.	1	1,4
Ser mãe é a melhor coisa do mundo. O fato de ter poucos dias não influencia muito para quem já tem outra filha. O que tem sido difícil e determinante é conseguir dar atenção a essa outra filha.	1	1,4
Ser mãe é a melhor sensação do mundo. É muito bom vermos aqueles olhinhos pequeninos a olhar para nós.	1	1,4
Ser mãe é darmos carinho, amor e muita atenção. Eu sei que não é fácil conjugar tudo mas vamos conseguir dar atenção ao nosso filho e fazermos as restantes coisas.	1	1,4
Ser mãe é sentirmos que estamos completas.	1	1,4
Ser mãe é muito bom. Tenho quatro filhos mas se pudesse ainda tinha mais.	1	1,4
Ser mãe é muito bom. Os meus filhos são as pessoas mais importantes do mundo para mim.	1	1,4
Ser mãe é muito bom, mas ao mesmo tempo é uma grande responsabilidade. Mas apesar de isso ser mãe supera todas as adversidades do mundo.	1	1,4
Ser mãe é muito bom. A partir do momento em que fiquei grávida deixei de pensar só em mim e comecei a pensar no meu filho.	1	1,4
Ser mãe é muito bom. Era uma coisa que eu queria muito.	1	1,4
Total	70	100,0

Resposta à pergunta “Acha que os hospitais deveriam ter VDP?”

	Frequency	Percent	Valid Percent
Sim	70	100,0	100,0

Puérperas que não receberam VDP – Resposta à pergunta: “Depois do parto, foi visitada por alguma enfermeira do Centro de Saúde ou Hospital, no sentido de apoiar no Pós-parto?”

	Frequency	Percent	Valid Percent
Não	46	92,0	92,0
Sim	4	8,0	8,0
Total	50	100,0	100,0

Utilidade da VDP – Puérperas que não receberam VDP

Cuidados com a amamentação			
	Frequency	Percent	Valid Percent
60	1	2,0	2,2
75	3	6,0	6,5
80	5	10,0	10,9
85	2	4,0	4,3
90	9	18,0	19,6
95	6	12,0	13,0
100	20	40,0	43,5
Total	46	92,0	100,0
Missing System	4	8,0	
Total	50	100,0	

Segurança relativamente aos cuidados de higiene pós-parto à puérpera			
	Frequency	Percent	Valid Percent
30	2	4,0	4,3
40	2	4,0	4,3
50	3	6,0	6,5
60	1	2,0	2,2
65	1	2,0	2,2
75	3	6,0	6,5
80	7	14,0	15,2
85	1	2,0	2,2
90	5	10,0	10,9
95	6	12,0	13,0
100	15	30,0	32,6
Total	46	92,0	100,0
Missing System	4	8,0	
Total	50	100,0	

Segurança relativamente aos cuidados de higiene do bebé

	Frequency	Percent	Valid Percent
35	1	2,0	2,2
55	1	2,0	2,2
70	2	4,0	4,3
75	3	6,0	6,5
80	5	10,0	10,9
85	3	6,0	6,5
90	9	18,0	19,6
95	5	10,0	10,9
100	17	34,0	37,0
Total	46	92,0	100,0
Missing System	4	8,0	
Total	50	100,0	

Segurança relativamente ao choro do bebé

	Frequency	Percent	Valid Percent
55	1	2,0	2,2
70	1	2,0	2,2
75	1	2,0	2,2
80	5	10,0	10,9
85	2	4,0	4,3
90	10	20,0	21,7
95	5	10,0	10,9
100	21	42,0	45,7
Total	46	92,0	100,0
Missing System	4	8,0	
Total	50	100,0	

Utilidade Global

	Frequency	Percent	Valid Percent
70	1	2,0	2,2
75	1	2,0	2,2
80	2	4,0	4,3
85	3	6,0	6,5
90	7	14,0	15,2
95	8	16,0	17,4
100	24	48,0	52,2
Total	46	92,0	100,0
Missing System	4	8,0	
Total	50	100,0	

	VDP Amamentação	VDP Higiene Mulher	VDP Higiene do RN	VDP Choro do RN	VDP Utilidade Global
Valid	46	46	46	46	46
Missing	0	0	0	0	0
Mean	92,07	82,72	89,02	92,28	94,57
Median	95,00	90,00	90,00	95,00	100,00
Std. Deviation	9,521	20,621	13,401	9,872	7,515
Minimum	60	30	35	55	70
Maximum	100	100	100	100	100

As puérperas referem que a utilidade da VDP é elevada no que respeita à Amamentação (M=92,07; DP=9,52).

Consideram que a VDP lhes poderia dar um nível elevado de segurança no âmbito dos Cuidados de higiene pós-parto (M=82,72; DP=20,62).

Relativamente ao nível de segurança que a VDP lhes poderia conferir no que respeita aos Cuidados de higiene ao RN, a pontuação média também é elevada (M=89,02; DP=13,40).

Quanto ao nível de segurança que a VDP lhes poderia dar relativamente ao Choro do bebé a média de pontuação é elevada (M=92,28; DP=9,87).

Entendem as puérperas que a utilidade de um Programa de VDP criado pelo HESE-EPE, teria em média uma utilidade elevada para as mesmas (M=94,57; DP=7,51).

Utilidade da VDP – Puérperas que receberam VDP do CS

Cuidados com a amamentação			
	Frequency	Percent	Valid Percent
75	1	2,0	25,0
90	1	2,0	25,0
95	1	2,0	25,0
100	1	2,0	25,0
Total	4	8,0	100,0
Missing System	46	92,0	
Total	50	100,0	

Segurança relativamente aos cuidados de higiene pós-parto à puérpera			
	Frequency	Percent	Valid Percent
25	1	2,0	25,0
90	1	2,0	25,0
95	1	2,0	25,0
100	1	2,0	25,0
Total	4	8,0	100,0
Missing System	46	92,0	
Total	50	100,0	

Segurança relativamente aos cuidados de higiene do bebé				
	Frequency	Percent	Valid Percent	
	25	1	2,0	25,0
	90	1	2,0	25,0
	95	1	2,0	25,0
	100	1	2,0	25,0
	Total	4	8,0	100,0
Missing System		46	92,0	
Total		50	100,0	

Segurança relativamente ao choro do bebé				
	Frequency	Percent	Valid Percent	
	25	1	2,0	25,0
	90	1	2,0	25,0
	95	1	2,0	25,0
	100	1	2,0	25,0
	Total	4	8,0	100,0
Missing System		46	92,0	
Total		50	100,0	

Utilidade Global				
	Frequency	Percent	Valid Percent	
	40	1	2,0	25,0
	95	1	2,0	25,0
	100	2	4,0	50,0
	Total	4	8,0	100,0
Missing System		46	92,0	
Total		50	100,0	

	VDP Amamentação	VDP Higiene Mulher	VDP Higiene do RN	VDP Choro do RN	VDP Utilidade Global
Valid	4	4	4	4	4
Missing	0	0	0	0	0
Mean	90,00	77,50	77,50	77,50	83,75
Median	92,50	92,50	92,50	92,50	97,50
Std. Deviation	10,801	35,237	35,237	35,237	29,262
Minimum	75	25	25	25	40
Maximum	100	100	100	100	100

As puérperas referem que a utilidade da VDP é elevada no que respeita à amamentação (M=90,00; DP=10,80).

Consideram que a VDP lhes deu um nível elevado de segurança no âmbito dos cuidados de higiene pós-parto (M=77,50; DP=35,23).

Relativamente ao nível de segurança que a VDP lhes deu no que respeita aos cuidados de higiene ao RN, a pontuação média também é elevada (M=77,50; DP=35,23).

Quanto ao nível de segurança que a VDP lhes deu relativamente ao choro do bebé a média de pontuação é elevada (M=77,50; DP=35,23).

Entendem as puérperas que a utilidade de um Programa de VDP tem em média uma utilidade elevada para as mesmas (M=83,75; DP=29,26).

Utilidade da VDP – Puérperas que receberam VDP realizada por nós

Cuidados com a amamentação			
	Frequency	Percent	Valid Percent
90	1	5,0	5,0
95	2	10,0	10,0
100	17	85,0	85,0
Total	20	100,0	100,0

Segurança relativamente aos cuidados de higiene pós-parto à puérpera			
	Frequency	Percent	Valid Percent
55	1	5,0	5,0
65	1	5,0	5,0
70	1	5,0	5,0
75	1	5,0	5,0
80	3	15,0	15,0
85	2	10,0	10,0
95	1	5,0	5,0
100	10	50,0	50,0
Total	20	100,0	100,0

Segurança relativamente aos cuidados de higiene do bebé			
	Frequency	Percent	Valid Percent
50	1	5,0	5,0
55	2	10,0	10,0
75	1	5,0	5,0
80	2	10,0	10,0
85	3	15,0	15,0
95	1	5,0	5,0
100	10	50,0	50,0
Total	20	100,0	100,0

Segurança relativamente ao choro do bebé			
	Frequency	Percent	Valid Percent
85	1	5,0	5,0
90	1	5,0	5,0
95	1	5,0	5,0
100	17	85,0	85,0
Total	20	100,0	100,0

Utilidade Global			
	Frequency	Percent	Valid Percent
80	2	10,0	10,0
90	1	5,0	5,0
95	3	15,0	15,0
100	14	70,0	70,0
Total	20	100,0	100,0

	VDP Amamentação	VDP Higiene Mulher	VDP Higiene do RN	VDP Choro do RN	VDP Utilidade Global
Valid	20	20	20	20	20
Missing	0	0	0	0	0
Mean	99,00	88,50	87,25	98,50	96,75
Median	100,00	97,50	97,50	100,00	100,00
Std. Deviation	2,616	14,151	16,896	4,007	6,340
Minimum	90	55	50	85	80
Maximum	100	100	100	100	100

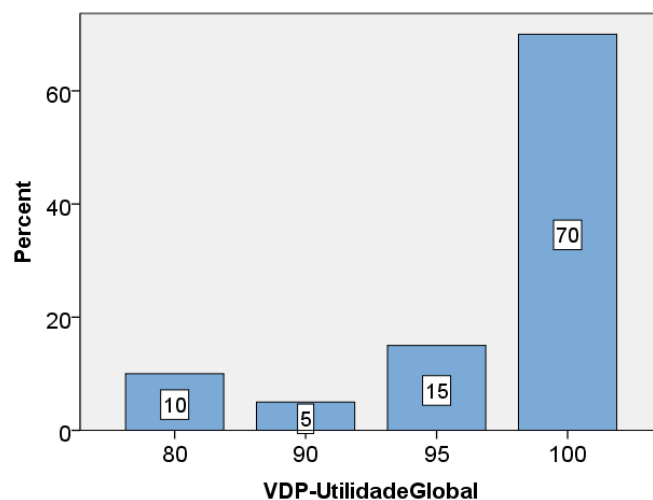
As puérperas referem que a utilidade da VDP é muito elevada no que respeita à amamentação (M=99; DP=2,61).

Consideram que a VDP lhes deu um nível elevado de segurança no âmbito dos cuidados de higiene pós-parto (M=88,50; DP=14,15).

Relativamente ao nível de segurança que a VDP lhes conferiu no que respeita aos cuidados de higiene ao RN, a pontuação média também é elevada (M=87,25; DP=16,89).

Quanto ao nível de segurança que a VDP lhes deu relativamente ao choro do bebé a média de pontuação é muito elevada (M=98,50; DP=4,00).

Entendem as puérperas que a utilidade de um Programa de VDP tem em média uma utilidade muito elevada para as mesmas (M=96,75; DP=6,34).



**Apêndice M: Análise dos dados dos questionários aplicados às Enfermeiras
do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE**

Análise dos dados dos questionários aplicados às Enfermeiras

Idade	
N	25
Mean	41,9600
Mode	51,00
Std. Deviation	9,08974
Minimum	26,00
Maximum	58,00

Participaram 25 enfermeiras, com idades compreendidas entre os 26 e os 58 anos, (M=41,96; DP=9,08).

Tempo como Enfermeiro		
N	Valid	25
	Missing	0
Mean		18,6400
Mode		17,00
Std. Deviation		7,86808
Minimum		5,00
Maximum		34,00

Os elementos do grupo exercem como enfermeiros em média desde há 18,64 anos (DP=7,86), com expressão mínima desde há 5 anos e máxima desde há 34 anos.

Tempo como EESMO		
N	Valid	21
	Missing	4
Mean		6,6905
Mode		4,00
Std. Deviation		5,34667
Minimum		,50
Maximum		15,00

Como especialistas SMO, exercem 21 enfermeiros em média desde há 6,69 anos (DP=5,34 anos), com um mínimo de 6 meses e um máximo de 15 anos.

Prestação de Cuidados em CSP		
	Frequency	Valid Percent
Sim	1	4,0
Não	24	96,0
Total	25	100,0

Dos 25 enfermeiros, apenas um tem experiência de Cuidados de Saúde Primários, tendo aí exercido 17 anos.

Estado Civil		
	Frequency	Valid Percent
Solteira	3	12,0
Casada/União de Fato	20	80,0
Divorciada	2	8,0
Total	25	100,0

Na amostra, a maioria das enfermeiras é casada (N=20), três são solteiras e duas divorciadas.

Habilitações Literárias		
	Frequency	Valid Percent
Bacharelato	1	4,0
Licenciatura	22	88,0
Mestrado	2	8,0
Total	25	100,0

No grupo de enfermeiros a maioria é licenciada (N=22), duas são mestres e uma tem como habilitações o bacharelato em Enfermagem.

VDP do Hospital	
	Frequency
Sim	23
Não	2
Total	25

Filhos			
	Frequency	Percent	Valid Percent
Sim	20	80,0	80,0
Não	5	20,0	20,0
Total	25	100,0	100,0

Número de Filhos				
		Frequency	Percent	Valid Percent
	1,00	6	24,0	
	2,00	11	44,0	30,0
	3,00	3	12,0	55,0
	Total	20	80,0	15,0
Missing	System	5	20,0	100,0
Total		25	100,0	

Problemas no Puerpério				
		Frequency	Percent	Valid Percent
	Sim	11	44,0	
	Não	9	36,0	55,0
	Total	20	80,0	45,0
Missing	System	5	20,0	100,0
Total		25	100,0	

Problemas no Puerpério – Quais?	
	Frequency
Amamentação	2
Ansiedade	1
Depressão Pós-Parto	1
Falta de descanso	1
Hipertermia e ingurgitamento mamário	4
Mastite	2
Total	25

Recurso a Serviços de Saúde	
	Frequency
Sim	3
Não	17
Total	20
Missing System	5
Total	25

**Apêndice N: Questionário aplicado às Enfermeiras do Serviço de
Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE**

Questionário: Enfermeiras

Apresentação

Ex^a Senhora Enfermeira:

Convido-a a responder a este questionário que tem como objetivo recolher a sua opinião sobre as necessidades das mulheres nas duas primeiras semanas puerperais, já no seu domicílio.

O questionário está integrado num projeto académico que me encontro a realizar na qualidade de Mestranda em Saúde Materna e Obstetrícia, sob orientação de docente da Universidade de Évora.

Leva aproximadamente 10 minutos a responder. Depois de responder coloque-o na caixa que se encontra no Gabinete de Enfermagem.

Os dados dos questionários são guardados por mim, garantindo que a sua identidade não será revelada.

Muito obrigada pela sua participação,

O meu telemóvel caso tenha dúvidas: 968430592

Por favor, dê o seu Consentimento, assinalando um X neste retângulo, se concorda com a frase seguinte:

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

Data de preenchimento deste questionário

____/____/____

Seção 1: Caracterização dos Participantes

Por favor assinale com um X ou escreva a resposta às seguintes questões.

1. Idade: _____ anos

2. Tempo de Exercício Profissional como Enfermeira: _____ anos

3. É Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia? **1. Sim** _____ **2. Não** _____ (Se sim, responda à pergunta 4; se não, passe para a pergunta 5)

4. Tempo de Exercício Profissional como Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia: _____ anos

5. Locais de Exercício Profissional:

5.1. Cuidados de Saúde Primários? **1. Sim** _____ **2. Não** _____ Local: _____

Tempo nesse local: _____ anos

5.2. Cuidados Hospitalares? **1.Sim** _____ **2.Não** _____ Local: _____ Serviço:

_____ Tempo nesse local: _____ anos

6. Estado Civil	
<input type="checkbox"/>	0. Solteira
<input type="checkbox"/>	1. Casada ou união de facto
<input type="checkbox"/>	2. Divorciada
<input type="checkbox"/>	3. Viúva

7. Habilitações Literárias	
<input type="checkbox"/>	0. Bacharelato
<input type="checkbox"/>	1. Licenciatura
<input type="checkbox"/>	2. Mestrado
<input type="checkbox"/>	3. Doutoramento

Seção 2: Opinião que tem, como Enfermeira, sobre as necessidades das puérperas, já em casa, nas primeiras 2 semanas pós-parto

Por favor coloque um círculo à volta da sua resposta. As respostas encontram-se numa escala de 0 a 10. As palavras abaixo do número indicam o que 0 ou 10 querem dizer.

1. Qual o nível de <i>stress</i> que considera que as mulheres sentem nas primeiras duas semanas pós-parto?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sem stress Totalmente em stress
2. Que nível de dificuldades considera que as puérperas têm para cuidar do bebé nas primeiras duas semanas pós-parto?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nenhuma Extremas dificuldades
3. Que nível de dificuldades considera que as puerperas têm para cuidar de si mesmas nas primeiras duas semanas pós-parto?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nenhuma Extremas dificuldade
4. Que nível de apoio/cuidados de Enfermagem considera que as puérperas necessitam nas primeiras duas semanas pós-parto?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nenhum Muitíssimo apoio
5. Que nível de apoio emocional familiar, considera que as puérperas necessitam nas primeiras duas semanas pós-parto?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nenhum Muitíssimo apoio

8. Diga-nos os três principais problemas que supõe serem os mais importantes para as puérperas nas duas primeiras semanas pós-parto.

8.1 _____

8.2 _____

8.3 _____

Seção 3:

9. Acha que o seu Hospital deveria ter um programa de Visita de Enfermagem a casa das senhoras, na 1ª semana depois do parto? 1. Sim _____ 2. Não _____

10. Pense na possibilidade de visita domiciliária puerperal realizada por Enfermeiras da Maternidade do seu Hospital e diga numa escala de 0 a 100.

10.1. Que utilidade considera que pode ter a Visita Domiciliária relativamente aos <u>cuidados com a amamentação</u> ? Marque um X na reta abaixo.	
0 _____ Nenhuma utilidade	100 Muitíssima utilidade
10.2. Que nível de segurança a Visita Domiciliária pode dar às puérperas nos cuidados de <u>higiene pós-parto</u> ? Marque um X na reta abaixo.	
0 _____ Nenhuma segurança	100 Muitíssima segurança
10.3. Que nível de segurança a Visita Domiciliária pode dar às puérperas nos <u>cuidados de higiene ao bebé</u> [ex: banho, mudança de fraldas, cuidados com o umbigo, eritema tóxico do bebé]? Marque um X na reta abaixo.	
0 _____ Nenhuma segurança	100 Muitíssima segurança
10.4. Que nível de segurança a Visita Domiciliária pode dar às puérperas relativamente ao <u>choro do bebé</u> ? Marque um X na reta abaixo.	
0 _____ Nenhuma segurança	100 Muitíssima segurança
10.5. De maneira global, que utilidade acha que pode ter um Programa de Visitas Domiciliárias a puérperas criado pelo seu Hospital? Marque um X na reta abaixo.	
0 _____ Nenhuma utilidade	100 Muitíssima utilidade

Seção 4:

11. Tem filhos: **1. Sim** _____ **2. Não** _____

11.1. Se sim, quantos? _____

12. Se teve filhos, teve problemas no puerpério [considere o período das 6 semanas pós-parto]?

1. Sim _____ **2. Não** _____

12.1. Se sim, quais foram?

13. Nas suas duas primeiras semanas pós-parto teve necessidade de recorrer a algum serviço de saúde por problema urgente [não considere aqui as consultas de rotina] **1. Sim** _____ **2. Não** _____

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

Agradecemos muito ter-nos dado o seu tempo para responder a este questionário.

Muito obrigada!

**Apêndice O: Quadro-resumo das ideias principais da pesquisa
bibliográfica efetuada acerca da VDP**

Autor e Título do trabalho	Objetivos	Resultados
<p>Belo (2006)</p> <p>“Auto-Percepção Materna das Competências no Cuidar do Recém-Nascido de Termo”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar a percepção das puérperas relativamente às suas competências para prestar cuidados ao bebê durante o internamento hospitalar. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Puérperas têm noção das suas necessidades e competências. ○ Puérperas mais novas têm mais dificuldades. ○ Puérperas mais calmas têm melhor percepção das suas competências.
<p>Cunha <i>et al.</i> (2008)</p> <p>“Recém-nascidos na Urgência Pediátrica Hospitalar”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuir o número de episódios na Urgência de Pediatria. • Adequar a prestação de cuidados às necessidades dos utentes. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mais de metade dos episódios de urgência não se justificavam.
<p>Martins e Martins (2008)</p> <p>“Assistência de Enfermagem Domiciliar no Puerpério para Garantir Sucesso no Aleitamento Materno: Relato de Caso”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Descrever os contributos da prestação de cuidados de Enfermagem no domicílio relativamente à amamentação na 1ª semana pós parto 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Correção dos erros quando a puérpera amamentava ○ Continuação da amamentação
<p>Paterna, Cámara, Ruiz, Julve e Lamas (2011)</p> <p>“Estudio comparativo y aleatorizado de la visita puerperal en el domicilio de la madre y en el centro de salud”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a satisfação da puérpera relativamente à VD e à consulta de Enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> ○ VD apontada como o único fator de impedimento do abandono precoce da amamentação ○ Puérperas que receberam a VD mostraram-se mais satisfeitas com o acompanhamento ○ 88% das puérperas apontaram o domicílio como local de eleição para a 1ª consulta após a alta hospitalar ○ 2ª consulta ao 10º dia

		pós-parto com o objetivo de continuidade da amamentação
Pereira, Cardoso, Miranda e Mendes (2005) “Visita Domiciliária à Puerpera e Recém Nascido: Balanço de um ano de trabalho”	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilização dos pares para a importância do acompanhamento domiciliário pós-parto 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Falta de recursos humanos apresentada como dificuldade.
Rodrigues, Fernandes, Silva e Rodrigues (2006) “O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: binômio mãe-filho”	<ul style="list-style-type: none"> • Perceber qual a imagem que as puérperas têm dos cuidados e ensinamentos realizados nesta fase 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Puérperas referem que a VD é uma boa fonte de apoio. ○ Através da VD as puérperas sentem-se mais seguras dos seus atos. ○ Consideram que a VD deveria existir em todos os estabelecimentos de saúde.
Teixeira <i>et al.</i> (2009) “Visita domiciliar puerperal”	<ul style="list-style-type: none"> • Perceber como funcionavam as VD's • Descrever quais as dificuldades encontradas na realização da VD 	<ul style="list-style-type: none"> ○ A VD tem um papel muito importante não só no apoio mas também na detecção de desvios de saúde. ○ Diminuição dos custos hospitalares se esta for realizada o mais precocemente possível após o parto.
Zagonel <i>et al.</i> (2003) “Práticas utilizadas pelas puérperas para a resolução dos problemas mamários no domicílio”	<ul style="list-style-type: none"> • Perceber como é que as puérperas vivenciam a transição ao papel materno durante o internamento hospitalar. • Criar metodologias de apoio às puérperas a serem implementadas pelos profissionais de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Idade materna interfere na transição ao novo papel. ○ Puérperas referem carências no apoio emocional familiar. ○ Dificuldades financeiras, emocionais e sociais interferem com a transição ao novo papel materno.

**Apêndice P: Documento “O que Levar nas Malas para o Serviço de
Obstetrícia do HESE-EPE”**

O QUE DEVE LEVAR NAS MALAS PARA O SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA DO HESE-EPE

DOCUMENTOS

- * Documentos Pessoais;
- * Todos os Exames efetuados durante a gravidez;
- * Boletim da Grávida.

MALA DO BEBÉ

Primeira Roupa do Bebé

A primeira roupa do bebé deverá ser confortável e simples de vestir, e **deve ficar no topo da mala num saco separada das outras roupas**. Deve ser constituída por:

- * 1 Body;
- * 1 Calças com pé;
- * 1 Babygrow;
- * 1 Par de meias ou botinhas;
- * 1 Gorro;
- * 1 Manta.

Restante Roupa do Bebé

- * 2 a 5 Babygrows;
- * 2 a 5 Bodies;
- * 2 a 5 Calças de pé;
- * 2 Pares de meias ou botinhas;
- * 1 Manta;
- * 1 Gorro;
- * 3 Fraldas de pano;
- * 1 Pacote de toalhitas húmidas.

Nota: O Serviço de Obstetrícia dispõe de fraldas descartáveis e produtos de higiene para o banho do bebé.

MALA DA MÃE

- * 2 a 3 Camisas de Dormir/Pijamas (abertos à frente);
- * 2 Soutiens de Amamentação;
- * 6 Discos mamários absorventes.
- * Produtos de Higiene Pessoal (champô, gel de banho, escova e pasta de dentes);
- * 1 Par de chinelos de quarto e de banho;
- * 1 Faixa Pós-Parto;
- * 6 Pares de cuecas confortáveis (de algodão ou descartáveis);
- * 1 Garrafa de Água;
- * 1 Elástico para o cabelo (no caso de ter o cabelo comprido);
- * 1 Báton hidratante para os lábios.

Nota: O Serviço de Obstetrícia dispõe de absorventes higiénicos para a mãe [pensos].

Só deve trazer o ovo de transporte do bebé no dia da alta!

Se tiver qualquer dúvida contacte o Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE.

Mestranda Ângela Serranito

Apêndice Q: Consentimento Informado



CONSENTIMENTO INFORMADO

Visita Domiciliária no Puerpério

Eu, sendo responsável por mim e pelo meu bebé, nascido no Serviço de Obstetrícia do Hospital do Espírito Santo de Évora – EPE, concordo com a Visita Domiciliária que me foi proposta e permito que uma enfermeira deste serviço vá a minha casa no dia ____ de _____ de 20____, às ____ horas, conforme combinado hoje, dia ____ de _____ de 20____.

O meu telemóvel

A puérpera,

Telemóvel da Enfermeira

A enfermeira,

**Apêndice R: Sessão de Formação para apresentação do Projeto de
Intervenção à Equipa de Enfermagem do Serviço de
Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE**



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de
Évora

Apresentação de Projeto de Intervenção

Maria Ângela Baleizão Serranito, aluna n.º 7474



VISITA DOMICILIÁRIA NO PUERPÉRIO

Objectivos da Sessão

- ❖ Dar a conhecer aos profissionais de saúde do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE-EPE o Projecto de Intervenção do 1.º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

Projeto de Intervenção do 1.º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Puerpério

Existem três fases no Puerpério:

- ❖ Imediato - primeiras 6h pós-parto;
- ❖ Precoce - primeira semana pós-parto;
- ❖ Tardio - até 6 a 8 semanas pós-parto.

(Nomenclatura utilizada nos serviços)

↓
Área de actuação

Projeto de Intervenção do 1.º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Vísita Domiciliária no Puerpério

É importante a existência de uma ligação entre o internamento e o domicílio, especialmente no decorrer do primeiro trimestre uma vez que é nesta altura que podem ocorrer mudanças psíquicas e físicas repentinas nas mulheres.

(Bobak, Jensen & Lowdermilk, 1999)



Surge a necessidade da existência da Vísita Domiciliária no Puerpério uma vez que permite à enfermeira conhecer a mulher e a sua família no seu contexto socioeconómico e cultural, bem como permite educar a mesma.

(Teixeira et al., 2009)

Projeto de Intervenção do 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Vísita Domiciliária no Puerpério (cont.)

A Vísita Domiciliária no Puerpério é vista como uma continuidade dos cuidados prestados na maternidade, mas também como um conjunto de acções que têm como objectivo assistir e educar as puerperas e as suas famílias neste momento de "crise" que é voltar para o domicílio.

(Teixeira et al., 2009)

Projeto de Intervenção do 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Vísita Domiciliária no Puerpério - Estudos

Rodrigues, Fernandes, Silva & Rodrigues (2006)

Objectivo: Analisar as representações sociais de 7 puerperas sobre os cuidados e ensinamentos realizados pelas enfermeiras relativamente ao puerpério e cuidados com o recém-nascido

- ❖ As visitas foram muito importantes uma vez que através delas puderam esclarecer dúvidas que tinham sobre a maternidade;
- ❖ As visitas Domiciliárias que acontecem no puerpério deveriam ser realizadas sempre, uma vez que através delas há um aumento da segurança e auto-confiança nesta fase;
- ❖ Os sentimentos revelados foram de satisfação e gratidão pelos ensinamentos obtidos;
- ❖ Foi considerada um suporte muito importante devendo ser implementada em todos os estabelecimentos de saúde.

Projeto de Intervenção do 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria

Vísita Domiciliária no Puerpério - Estudos (cont.)

Teixeira et al. (2009)

Objectivo: analisar como é que as equipas de Saúde da Família (seis médicos e nove enfermeiros) realizavam a visita Domiciliária no Puerpério e quais eram as dificuldades/facilidades que encontravam.

- ❖ É extremamente importante;
- ❖ Serve para detectar desvios de saúde, condições socioeconómicas, bem como condições habitacionais das famílias;
- ❖ Pode-se orientar a puérpera relativamente à amamentação, a sinais de infeção e a cuidados a ter com o RN;
- ❖ É realizada por toda a equipa multidisciplinar (médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) de modo a que haja uma troca de ideias sobre como actuar em determinada família;
- ❖ Com uma boa visita Domiciliária no Puerpério, realizada o mais precocemente após o parto, podemos reduzir os custos hospitalares e temos a oportunidade de educar não só a puérpera mas também a sua família.

Projeto de Intervenção do 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria

Vísita Domiciliária no Puerpério - Estudos (cont.)

Paterna, Cámara, Ruíz, Julve & Lamas (2011)

Objectivo: avaliar/comparar qual a satisfação materna no puerpério relativamente à visita domiciliária e à consulta realizada no Centro de Saúde.

- ❖ 93% das puerperas quiseram amamentar, contudo ao longo do estudo 42 abandonaram a amamentação e as restantes (140) encontravam-se satisfeitas pelo facto de amamentarem, sendo a visita domiciliária o único factor que não desencadeou o abandono precoce da amamentação;
- ❖ As puerperas que receberam a visita domiciliária ficaram mais satisfeitas com os esclarecimentos obtidos acerca das relações sexuais, bem como dos métodos contraceptivos a utilizar após o parto;
- ❖ Cerca de 97% das puerperas revelaram-se muito satisfeitas com a visita domiciliária.
- ❖ Domicílio como local de eleição para a primeira consulta pós-parto.

Projeto de Intervenção do 1.º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria

Vísita Domiciliária no Puerpério - Estudos (cont.)

Martins & Martins (2008)

Objectivo: descrever as possíveis contribuições da assistência de enfermagem no domicílio da puérpera relativamente ao aleitamento materno na primeira semana pós-parto

- ❖ No primeiro contacto com a puérpera esta amamentava o RN numa posição incorrecta e o RN tinha dificuldade em pegar na mama direita e na mama esquerda pegava mas de uma forma incorrecta apresentando ruído nasal e choro com irritação, voltando a dormir posteriormente. Após a realização das várias visitas domiciliárias, a puérpera encontrava-se confiante, posicionando-se e posicionando o RN de forma correcta, e o RN fazia uma pega correcta sem demora.
- ❖ Outro dos problemas identificado durante as visitas domiciliárias foi o ingurgitamento mamário, contudo no final do estudo constatou-se que a puérpera realizava o esvaziamento parcial da mama antes da mamada, e após a mesma havia um esvaziamento total drenando também os canais ingurgitados.

Projeto de Intervenção do 1.º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria

Objectivos do Projecto de Intervenção

Objectivo Geral:

- ❖ Criar um programa de apoio pós-parto à puérpera e recém-nascido no domicílio

Projeto de Intervenção do 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Objectivos do Projecto de Intervenção (cont.)

Objectivos Específicos:

- ❖ Realizar o diagnóstico de situação das puérperas utentes do HESE-EPE;
- ❖ Sensibilizar as enfermeiras do Serviço de Obstetrícia do HESE-EPE relativamente à importância da Visita Domiciliária no Puerpério;
- ❖ Planear a Visita Domiciliária no Puerpério;
- ❖ Realizar a Visita Domiciliária no Puerpério;
- ❖ Definir procedimentos institucionais relativos à Visita Domiciliária no Puerpério;
- ❖ Verificar a opinião das puérperas relativamente à importância da Visita Domiciliária no Puerpério.

Projeto de Intervenção do 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia



Vísita Domiciliária no Puerpério

Realização: Pela aluna de Enfermagem e pela sua preetora

Número de Puérperas: 5 a 10

Número de visitas a realizar a cada puérpera: 2 (primeira 2 a 3 dias após a alta hospitalar, e a segunda de acordo com as necessidades identificadas na puérpera)

Instrumentos de pesquisa utilizados: Guião para visita domiciliária e questionário de avaliação

Procedimento Institucional: Norma de atuação

Projecto de Intervenção do 1º Mestrado em
Enfermagem de Saúde Materna e
Obstetrícia



FIM

Projecto de Intervenção do 1º Mestrado em
Enfermagem de Saúde Materna e
Obstetrícia

Apêndice S: *Check List* sobre a Alta Hospitalar



CHECK LIST – ALTA HOSPITALAR

Alta em: ___/___/_____

Tornar-se mãe é uma experiência desafiadora. Contudo a falta de informação e curta estadia no hospital são fatores que podem influenciar o desempenho da maternidade/paternidade. É da responsabilidade dos Enfermeiros interagir com os novos pais, dando apoio e informações que sejam uteis para o regresso a casa. Por favor use esta *Check-List* para confirmar que à data da alta estão garantidos os conhecimentos da mãe nas temáticas

Na seguinte tabela marque com X os conhecimentos que a puérpera revela

PUÉRPERA		RECÉM-NASCIDO	
	Cuidados a ter com a sutura perineal/abdominal		Cuidados de Higiene
	Lóquios		Cuidados ao coto umbilical
	Cuidados a ter com as mamas e mamilos		Aleitamento Materno e/ou Aleitamento Artificial
	Alimentação Adequada		Eliminação Intestinal e Vesical
	Exercícios Pós-Parto		Sono
	Retorno da Menstruação		Motivos do Choro
	Planeamento Familiar		Sinais de Alarme
	Relações Sexuais		Plano Nacional de Vacinação
	Uso de cinta/faixa Pós-Parto		Teste do Pezinho
	Sinais de Alarme Pós-Parto		Segurança/Transporte
	Consulta de Revisão Pós-Parto		Consulta no Pediatra
	Recursos de Saúde existentes na Comunidade		Engasgamento
	Outros:		Outros:

Caso identifique aspetos problemáticos que justifiquem a manutenção do internamento hospitalar refira-o:

ANEXO I – APRECIÇÃO DE ENFERMAGEM

Alta em ____/____/____

Identificação da mãe

Colar aqui a vinheta

1. Estado Civil _____ 2. Vive com _____
 3. Gravidez vigiada Sim Não 4. Vigilância Privado Centro Saúde
 5. Data do Parto ____/____/____ 6. Tipo de Parto _____

Identificação do RN

Colar aqui a vinheta

7. Peso nascimento _____ gr; 8. Peso na alta _____ gr; 9. APGAR ____/____

10. Bebê Internado na Sim Não
 Neonatologia?

Observação da Enfermeira

Questões sobre a Puérpera		
A puérpera apresenta dificuldades na amamentação?	Sim	Não
Se sim, quais os indicadores identificados?		
A puérpera apresenta mamilos macerados?	Sim	Não
Se sim, quais os indicadores identificados?		
A puérpera apresenta labilidade emocional, sinais de depressão/tristeza?	Sim	Não
Se sim, quais os indicadores identificados?		
A puérpera apresenta cuidados de higiene adequados?	Sim	Não
Se não, quais os indicadores identificados?		
A puérpera apresenta episiorrafia/sutura abdominal com boa evolução cicatricial?	Sim	Não
Se não, quais os indicadores identificados?		
A puérpera apresenta alguns sinais de complicação pós-parto (ex. lóquios, involução uterina...)?	Sim	Não
Se sim, quais?		

11. Aparência da
Relação Mãe/RN

Normal

Problemático

Observações:

12. Outras
observações

13. Avaliação
Global da
Puérpera

Questões sobre o Recém-Nascido		
O RN faz uma pega correta?	Sim	Não
Se não, quais os indicadores identificados/corrigidos?		
O RN mama leite materno em exclusivo?	Sim	Não
Se não, quais as possibilidades de retorno à amamentação exclusiva?		
O RN faz suplemento depois das mamadas?	Sim	Não
Se sim, quais as razões e correções introduzidas?		
O RN apresenta sinais de icterícia?	Sim	Não
Se sim, quais as orientações introduzidas?		
O RN usa vestuário adequado à estação do ano?	Sim	Não
Se não, quais as orientações introduzidas?		
O RN apresenta cuidados de higiene adequados?	Sim	Não
Se não, quais as orientações introduzidas?		
O RN tem micções e dejeções em padrão regular?	Sim	Não
Se não, quais as orientações introduzidas?		

14. Outras
observações

15. Avaliação
Global do RN

16. Avaliação
Global da
Família

0
Transição
Disfuncional

100
Transição
Funcional

Ensino e Registo realizado pela Enfermeira:

ANEXO II – OBSERVAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO

Sinais de aleitamento sem dificuldades	Sinais de possíveis dificuldades
Mãe	
Mãe parece saudável <input type="checkbox"/>	Mãe parece doente ou depressiva <input type="checkbox"/>
Mãe relaxada e confortável <input type="checkbox"/>	Mãe parece tensa e desconfortável <input type="checkbox"/>
Sinais de vinculação entre mãe e RN <input type="checkbox"/>	Sem contacto visual entre mãe e bebé <input type="checkbox"/>
Criança	
Criança parece saudável <input type="checkbox"/>	Criança parece doente ou sonolenta <input type="checkbox"/>
Criança calma e relaxada <input type="checkbox"/>	Criança está agitada ou chora <input type="checkbox"/>
Criança roda e procura a mama se tem fome <input type="checkbox"/>	Criança não roda nem procura a mama <input type="checkbox"/>
Anatomia da mama	
Mamas aparentemente sãs <input type="checkbox"/>	Mama ruborizada, cheia ou inflamada <input type="checkbox"/>
Nenhuma dor ou desconforto <input type="checkbox"/>	Mamas ou mamilos dolorosos <input type="checkbox"/>
Mama apoiada com os dedos longe do mamilo <input type="checkbox"/>	Mama apoiada com os dedos sobre a aréola <input type="checkbox"/>
Posição da Criança	
Cabeça e corpo da criança em linha <input type="checkbox"/>	Cabeça e corpo da criança rodados <input type="checkbox"/>
Criança junto do corpo da mãe <input type="checkbox"/>	Criança afastada do corpo da mãe <input type="checkbox"/>
Todo o corpo da criança apoiado <input type="checkbox"/>	Criança apoiada apenas pela cabeça e pescoço <input type="checkbox"/>
Criança à mama com o nariz frente ao mamilo <input type="checkbox"/>	Criança à mama, com lábio inferior/mento frente ao mamilo <input type="checkbox"/>
Pega da Criança	
Mais aréola visível acima do lábio superior <input type="checkbox"/>	Mais aréola visível abaixo do lábio inferior <input type="checkbox"/>
Boca bem aberta <input type="checkbox"/>	Boca da criança pouco aberta <input type="checkbox"/>
Lábio inferior virado para fora <input type="checkbox"/>	Lábio inferior virado para dentro <input type="checkbox"/>
Mento da criança toca a mama <input type="checkbox"/>	Mento da criança não toca a mama <input type="checkbox"/>
Sucção	
Sucção lenta e profunda, com pausa <input type="checkbox"/>	Sucção rápida e superficial <input type="checkbox"/>
Zonas bucinadoras arredondadas quando mama <input type="checkbox"/>	Zonas bucinadoras côncavas quando mama <input type="checkbox"/>
Criança afasta-se da mama quando termina <input type="checkbox"/>	Mãe tira a criança da mama <input type="checkbox"/>
Mãe com sinais de reflexo de oxitocina <input type="checkbox"/>	Mãe sem sinais de reflexo de oxitocina <input type="checkbox"/>

Apêndice T: Norma de Procedimento de Enfermagem sobre a VDP

 <p>Elaborado por: Mestranda Ângela Serranito</p>		<p>PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM SOBRE A: Visita Domiciliária no Puerpério</p>
<p>Aprovada em: ___/___/_____ Revista em: ___/___/_____ Páginas (7)</p>		<p>O Diretor de Serviço _____ A Enfermeira Responsável _____</p>

I – DEFINIÇÃO

O puerpério constitui o período pós-parto que tendo duração variável de acordo com a recuperação singular de cada mulher, se estima com um padrão que o delimita até às seis a oito semanas (Franco, 2004⁷; Montenegro & Rezende Filho, 2011⁸). Nesta fase de transição, verificam-se importantes alterações bio-psico-sociais na mulher, mas também implicações na família nuclear e alargada, dado que a chegada do(s) novo(s) membro(s) envolve a aquisição e reajustamento a novos papéis (Crum, 2008⁹). As vincadas modificações corporais que resultam de fenómenos hormonais, psíquicos, metabólicos (Franco, 2004), nomeadamente na 1ª semana puerperal, justificam o apoio de enfermagem pós-alta, no domicílio.

A Visita Domiciliária no Puerpério [VDP], consiste na continuidade dos cuidados puerperais transportados para o espaço vivencial da díade mãe/filho e tem como objetivo assistir e educar as puérperas e as suas famílias no momento da crise de desenvolvimento

⁷ Franco, M. (2004). Estudo Clínico e Assistência no Puerpério. In C. Hermógenes Netto, M. Franco, R. Sá & R. Bornia (Eds.), *Obstetrícia Básica*, (pp. 761-780). São Paulo: Atheneu.

⁸ Montenegro, C. A. & Rezende Filho, J. (2011). O Puerpério. In C. Montenegro & J. Rezende Filho, *Rezende Obstetrícia* (11ª Ed.), (pp. 291-295). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

⁹ Crum, K. (2008). Cuidados de Enfermagem no Quarto Trimestre. In D. Lowdermilk & S. Perry (Eds.), *Enfermagem na Maternidade*, (pp.490-520). Loures: Lusodidacta.

(Teixeira et al., 2009¹⁰). Mostra a evidência, que as políticas de alta precoce em mães saudáveis e bebês de termo não parecem ter efeitos adversos no Aleitamento Materno [AM] ou Depressão Pós-Parto [DPP] quando acompanhadas de gestão de cuidados que oferecem pelo menos uma VDP realizada por Enfermeira/Parteira (Brown, Small, Argus, Davis & Krastev, 2009¹¹). Por outro lado estudos secundários confirmam que programas de VDP que incluem mais que um episódio, estão associadas a aumento da qualidade do ambiente sociofamiliar e a da capacitação parental (Kendrick et al., 2000¹²). Outros estudos ainda identificam benefícios se a primeira visita puerperal ocorrer na primeira semana, diminuindo os resultados benéficos se for posterior. De acordo com Mannan *et al*¹³ (2008) se há indicadores de problemas no aleitamento devem ser realizadas até ao 3º dia pós-parto.

II – OBJETIVOS

- Definir procedimentos para a Equipa de Enfermagem;
- Uniformizar procedimentos relativamente à informação a dar à puérpera;
- Contribuir para a saúde e bem-estar da mulher/família;
- Adaptar os cuidados padrão às necessidades particulares das puérperas;
- Contribuir para os padrões de qualidade da instituição.

III – INFORMAÇÕES GERAIS

A. Quem executa

- O enfermeiro.

B. Frequência

- Nos primeiros 2/3 dias após alta da maternidade;
- Horário de acordo com a preferência da utente;
- Episódios subsequentes de VDP de acordo com as necessidades identificadas na utente.

¹⁰ Teixeira, J. C., Soares, L. S., França, L. F., Santos, M. L., Brito, M. A. & Rocha, S. S. (2009). Visita domiciliar puerperal. *Saúde Coletiva*, 28 (06), 47-53. Acesso em 11 de Novembro, 2011, em <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/842/84202804.pdf>.

¹¹ Brown, S., Small, R., Argus, B., Davis P. & Krastev, A. (2009). Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants (Review). *The Cochrane Collaboration*. John Wiley & Sons, Ltd.

¹² Kendrick, D., Elkan, R., Hewitt, M., Dewey, M., Blair, M., Robinson, J., Williams, D. & Brummell, K. (2000). Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta analysis. *Archives of Disease in Childhood*, 82, 443-451.

¹³ Mannan, I., Rahman, S. M., Sania, A., Seraji, H. R., Arifeen, S. E., Winch, P. J., Darmstadt, G. L., Baqui, A., (2008, Setembro). Can early postpartum home visits by trained community health workers improve breastfeeding of newborns?. *Journal of Perinatology*, 9 (28), 632-640.

C. Orientações quanto à execução

- Consulta do processo clínico para individualizar, planejar cuidados e avaliar resultados;
- No dia da alta hospitalar saber junto da puérpera qual o dia e a hora mais conveniente para realizar a VDP;
- Obter a concordância e consentimento da puérpera;
- Consulta da *Check List* realizada à puérpera aquando da alta hospitalar;
- Telefonar antecipadamente à puérpera para confirmar a realização da Visita Domiciliária.

IV – RECURSOS/MATERIAL E EQUIPAMENTOS

- Mala equipada com material necessário à Visita Domiciliária:
 - Esfigmomanómetro; Termómetro; máquina para pesquisa de glicémia capilar; compressas esterilizadas; álcool a 70°; Soro Fisiológico; pinça de Michel; bisturi; pensos protetores para sutura abdominal; adesivo; material de apoio à amamentação.

V – PROCEDIMENTOS

ATIVIDADE DE VIDA HIGIENE PESSOAL E VESTIR-SE		
AÇÕES DE ENFERMAGEM		JUSTIFICAÇÃO
MÃE	1. Orientar para a higiene corporal diária;	1. Promoção do conforto e segurança da puérpera;
	2. Orientar para higiene perineal sempre que necessário: a) Indicadores de higiene deficiente;	
	1. Orientar para o tipo de vestuário: a) Adequado à estação do ano; b) Adequado à amamentação; c) Sem adereços;	1. Garantia de conforto: a) Conforme ambiente envolvente; b) Facilitação da amamentação; c) Diminuição do risco de lesão no RN;
CRIANÇA	1. Orientar para os cuidados no banho do RN e cuidados ao coto umbilical: a) Esclarecer dúvidas [altura da água na banheira, temperatura]; b) Exemplificar em caso de insegurança; c) Interpretar alterações cutâneas;	1. Promoção de competências maternas no conforto ao RN: a) Procedimentos prévios aos cuidados; b) Segurança no banho e cuidados ao coto; c) Prevenção do eritema da fralda e infeções;

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientar para o tipo de vestuário: <ol style="list-style-type: none"> a) Adequado à estação do ano e ambiente; b) De substituição fácil; c) Sem ornamentos contundentes, ou risco de trauma ou asfixia (alfinetes, fitas); 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promoção do conforto e segurança da criança: <ol style="list-style-type: none"> a) Diminuição do risco de arrefecimento/sobreaquecimento; b) Garantia da higiene; c) Diminuição do risco de lesão do RN;
--	---	---

ATIVIDADE DE VIDA COMER E BEBER

AÇÕES DE ENFERMAGEM		JUSTIFICAÇÃO
MÃE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientar para a importância de uma alimentação equilibrada; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Garantia do estado nutricional 2. Manutenção da Lactação e AM;
CRIANÇA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Esclarecer sobre a alimentação do RN; 2. Promover o AM: <ol style="list-style-type: none"> a) Exclusivo & Misto <ul style="list-style-type: none"> ○ A livre pedido; b) Fórmula <ul style="list-style-type: none"> ○ Higiene na preparação [Esterilização/desinfecção do material] ○ Volume [30cc água fervida + uma medida de leite rasa] ○ Temperatura ○ Horário não superior a 3h; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Otimização do desenvolvimento da criança/díade; <ol style="list-style-type: none"> a) Manutenção do aporte nutricional do RN; 2. Informação conforme tipo de alimentação da criança;

ATIVIDADE DE VIDA COMUNICAR

AÇÕES DE ENFERMAGEM		JUSTIFICAÇÃO
CRIANÇA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientar a puérpera relativamente ao choro do RN: <ol style="list-style-type: none"> a) Identificar causa de choro; b) Alimentação do RN; c) Eliminação vesical, intestinal [mudar fralda]; d) Interação mãe/criança de proximidade [posicionamento de proteção e conforto, tom de voz, segurança tangível]; e) Massagem de conforto; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promoção de respostas ao comportamento do RN;

ATIVIDADE DE VIDA ELIMINAR		
AÇÕES DE ENFERMAGEM		JUSTIFICAÇÃO
CRIANÇA	1. Informar da possibilidade de surgirem: a) Manchas alaranjadas na fralda do RN;	1. Esclarecimento acerca da normalidade desta situação, uma vez que esta diz respeito à eliminação de cristais de ácido úrico que dão cor à urina;
	1. Esclarecer que, se o RN estiver mais de 24H sem evacuar, deve proceder à realização de massagem abdominal e, no caso de esta não ser eficaz, deve aplicar bebé gel;	1. Promoção de um bom funcionamento intestinal; 2. Diminuição do desconforto abdominal;
MÃE	1. Informar se os absorventes perineais ficarem muito saturados de sangue (mudança de penso de 1/1H), e se o mesmo for sangue vivo, deve contactar o médico;	1. Prevenção de hemorragia; 2. Esclarecimento acerca da mudança das características dos lóquios (3º/4º dia até 9º dia-lóquios vermelhos menos vivo e em menor quantidade; do 9º dia até 2 a 6 semanas-lóquios amarelados e em pequena quantidade);

ATIVIDADE DE VIDA MANTER AMBIENTE SEGURO		
AÇÕES DE ENFERMAGEM		JUSTIFICAÇÃO
MÃE	1. Informar que se possuir sutura abdominal deve proceder à remoção dos agrafes conforme indicação médica (normalmente entre o 8º e o 10º dia após o parto); 2. Informar que se possuir sutura perineal, os pontos são absorvidos pela mucosa vaginal;	1. Prevenção de infeção;
	1. Orientar a puérpera para usar a cinta pelo menos durante um mês;	1. Promoção de uma boa involução uterina;
	1. Esclarecer que se as mamas ficarem tensas ou duras deve: a) Molhar abundantemente com o chuveiro com água morna, seguidamente massajá-las com movimentos circulares e realizar o seu esvaziamento manual; b) Esvaziar após as mamadas, com massagem manual ou com bomba manual/elétrica;	1. Prevenção e/ou resolução do ingurgitamento mamário;
	1. Esclarecer que se os mamilos	1. Favorecimento da cicatrização da

	gretarem deve aplicar colostro no mamilo e deixar secar, antes de colocar o soutien de amamentação, e deve ter em atenção a pega do RN;	greta ou fissura;
	1. Informar a puérpera que o reinício da atividade sexual é uma decisão da díade;	1. Prevenção de complicações; 2. Prevenção de gravidez indesejada;
	1. Evitar situações comprometedoras da recuperação/cicatrização do trato genital/cicatriz por cesariana;	1. Prevenção de complicações; 2. Prevenção de gravidez indesejada;
	1. Informar a puérpera relativamente a sinais de alarme da própria e de recurso a Serviços de Saúde, tais como: a) Febre > 38°C; b) Náuseas e/ou vómitos; c) Ardor e dor ao urinar; d) Hemorragia vaginal em quantidade superior ao fluxo menstrual; e) Mamas vermelhas, quentes e dolorosas; f) Agravamento da dor entre a vagina e o reto;	1. Prevenção de complicações;
	1. Informar a puérpera acerca dos recursos de saúde da comunidade, tais como o Centro de Saúde [CS] e Organizações Não Governamentais [ONG] existentes na cidade (APF);	1. Prevenção de complicações;
CRIANÇA	1. Orientar a puérpera relativamente ao Plano Nacional de Vacinação ¹⁴ e respetivo cumprimento em espaço hospitalar; 2. Informar a puérpera sobre medidas de alívio por efeitos associados à vacinação: a) Vacina contra a tuberculose (BCG) administrada no deltoide do braço esquerdo; explicar presença pápula que entre 1-3 semanas eclode, sucedendo-se pequena ferida que cicatriza em	1. Diminuição do risco de doenças; 2. Cumprimento do calendário de vacinação: a) Informação acerca dos efeitos associados à imunização do RN; b) Alívio dos desconfortos associados aos procedimentos de vacinação;

¹⁴ Direcção-Geral da Saúde (2011). *Programa Nacional de Vacinação*. Norma nº. 040. Acesso em 10 de Junho, 2012, em <http://www.dgs.pt/?cr=21507>.

	<p>cerca de 3 meses;</p> <p>b) Vacina contra a hepatite B (Engerix B) administrada no vasto externo coxa direita; na presença de indicadores de dor e edema aplicar gelo no local para alívio do sintoma;</p>	
CRIANÇA	1. Informar que se o RN não realizou colheita de sangue para TSH e PKU, deve realizá-la entre o 3º e o 7º dia de vida no CS;	1. Despiste das doenças genéticas: Fenilcetonúria e Hipotiroidismo;
	1. Informar a puérpera acerca da segurança do RN: <ul style="list-style-type: none"> a) Transporte Automóvel: <ul style="list-style-type: none"> o Em cadeira própria: aplicação de cintos de segurança próprios das cadeirinhas bem ajustados; cadeira voltada para a retaguarda em sentido inverso à marcha do veículo (lugar sem <i>airbag</i> frontal)¹⁵; o Em alfofa: deve ser rígida e aplicada no banco traseiro do carro; aplicação do cinto de segurança do carro e arnês; cabeça da criança para o lado interior do carro e deitada em decúbito dorsal¹⁶; b) Cama com grades <ul style="list-style-type: none"> o As grades devem ter no mínimo 60cm de altura e 6cm de intervalo entre cada uma delas¹⁷; 	1. Prevenção de quedas e traumatismos;
	1. Informar a puérpera relativamente à consulta do RN no pediatra (aos 15 dias de vida);	1. Prevenção de problemas inerentes ao RN; 2. Promoção do normal desenvolvimento do RN;
	1. Informar a puérpera relativamente a	1. Prevenção de complicações;

¹⁵ Direcção-Geral da Saúde (2010). *Transporte de Crianças em Automóvel desde a alta da Maternidade*. Orientação n.º. 001 de 16 de Setembro. Acesso em 10 de Junho, 2012, em <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/9D2AF255-8B5C-4839-894F-635DB14A91DD/0/i013375.pdf>.

¹⁶ Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes (2005). *Saúde Infantil e Juvenil Programa-tipo de Actuação*. Acesso em 26 de Setembro, 2012, em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008188.pdf>.

¹⁷ Instituto do Consumidor (2004). *Artigos de Puericultura, Guia para uma utilização segura*. Acesso em 14 de Junho, 2012, em <http://www.consumidor.pt/ms/1/pagina.aspx?codigoms=5001&back=1&codigono=0024AAAAAAAAAAAAA>.

	<p>sinais de alarme do RN e de recurso a Serviços de Saúde, tais como:</p> <ol style="list-style-type: none"> Gemido persistente; Choro persistente e inconsolável; Apneia acompanhada por cianose; Dificuldade respiratória; Cianose; Hipertermia ou hipotermia; Dificuldade em mamar, sucção débil ou vômitos; Hipotonia acentuada ou sonolência persistente; Cheiro fétido ou rubor peri-umbilical; Diarreia; Ausência de dejeções durante um período superior a três dias; Dor à mobilização; Convulsão; 	2. Promoção do normal desenvolvimento do RN;
--	---	--

ATIVIDADE DE VIDA RESPIRAR		
AÇÕES DE ENFERMAGEM		JUSTIFICAÇÃO
CRIANÇA	1. Informar a puérpera que quando o bebé se engasgar deve realizar a Manobra de Heimlich;	1. Manutenção das vias aéreas permeáveis, facilitando a respiração;

ATIVIDADE DE VIDA EXPRESSAR-SE SEXUALMENTE		
AÇÕES DE ENFERMAGEM		JUSTIFICAÇÃO
MÃE	<ol style="list-style-type: none"> Informar sobre modificações no desejo; Informar sobre regresso à atividade coital de acordo com vontade explícita da mulher no casal e enquadramento na nova rotina dia-noite; Informar sobre contraceção¹⁸: <ol style="list-style-type: none"> Método da Amenorreia Lactacional <ul style="list-style-type: none"> 10 a 12 mamadas/dia nas primeiras semanas pós- 	<ol style="list-style-type: none"> Ambiente Hormonal no Puerpério: <ol style="list-style-type: none"> Queda de Estrogénios e Progesterona; Efeito da Prolactina na libido; Cansaço e ansiedade frequentes; Recomendação padrão após a consulta de revisão puerperal, mas possível variação individualizada;

¹⁸ Lopez, L. M., Hiller, J. E., Grimes, D. A. & Chen, M. (2012). Education for contraceptive use by women after childbirth (Review). *The Cochrane Collaboration*. John Wiley & Sons, Ltd.

	<p>parto, e posteriormente 8 a 10 mamadas/dia;</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mamadas diurnas \leq 4h de intervalo; ○ Mamadas noturnas \leq 6h de intervalo; <p>b) Hormonal com Progestagénios; c) DIU não hormonal; d) Métodos barreira; e) Esclarecer não recomendação de Contraceção Oral Combinada;</p>	<p>a) RSH pode ser ou não satisfatória</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Congestão vascular lenta; ○ Distensão e despregueamento do canal vaginal; ○ Constrição muscular diminuída ○ Secura vaginal; <p>3. Oferta de possibilidades de escolha da mulher/casal;</p>
CRIANÇA	<p>1. Informar sobre possíveis manifestações no RN:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Descida testicular e hipertrofia da genitália nas meninas; b) Manchas avermelhadas na fralda das meninas [Pseudo-menstruação]; c) Secreção mamilar no RN ["Leite das Bruxas" 4º-5º dia ambos os sexos]; 	<p>1. Queda de Estrogénios maternos e efeitos hormonais fisiológicos no RN;</p>

ATIVIDADE DE VIDA SONO E REPOUSO

AÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
CRIANÇA	<p>1. Diminuição da ansiedade;</p>
<p>1. Esclarecer sobre o padrão de sono da criança:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) RN: 16-20h/dia; b) 3 Semanas: 16-18h/dia; c) 6 Semanas: 15-16h/dia; 	
<p>1. Orientar para que o RN seja deitado em decúbito dorsal¹⁹;</p>	<p>1. Promoção de segurança:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Prevenção de morte súbita e engasgamento.
<p>1. Informar a puérpera que pode realizar passeios diários com o RN ao ar livre:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) A partir das duas Semanas Pós-parto; b) Hora do dia e temperatura de conforto ambiente não poluído. 	<p>1. Promoção do desenvolvimento, socialização e integração dos papéis parentais.</p>

¹⁹ Sociedade Portuguesa de Pediatria (s.d.). *Prevenção da Morte Súbita*. Acesso em 10 de Julho, 2012, em <http://www.spp.pt/conteudos/default.asp?ID=33>.

**Apêndice U: Informação e Registo de Enfermagem Inter-Institucional
sobre a VDP**



Visita Domiciliária no Puerpério

Informação & Registo de Enfermagem Inter-Institucional

Centro de Saúde de Referência _____; VDP em ____/____/____ [____ H]

Identificação da mãe

Colar aqui a vinheta

1.Estado Civil _____ 2.Vive com _____
3.Gravidez vigiada Sim Não 4.Vigilancia Privado Centro Saúde
5.Data do Parto ____/____/____ 6.Tipo de Parto _____

Identificação do RN

Colar aqui a vinheta

7.Peso nascimento _____ gr; 8.Peso atual _____ gr; 9.APGAR ____ 1°; ____ 5°

10.Esteve Internado na Neonatologia? Sim Não 11.Marcou Consulta Pediatria? Sim Não (lembrar)

Observação da Enfermeira

Questões sobre a Puérpera		
A puérpera apresenta dificuldades na amamentação?	Sim	Não
Se sim, quais os indicadores identificados?		
A puérpera apresenta fissuras nos mamilos?	Sim	Não
Se sim, quais os indicadores identificados?		
A puérpera apresenta labilidade emocional, sinais de depressão/tristeza?	Sim	Não
Se sim, quais os indicadores identificados?		
A puérpera apresenta cuidados de higiene adequados?	Sim	Não
Se não, quais os indicadores identificados?		

A puérpera apresenta episiorrafia/sutura abdominal com boa evolução cicatricial?	Sim	Não
Se não, quais os indicadores identificados?		
A puérpera apresenta alguns sinais de complicação pós-parto (ex. lóquios, involução uterina...)?	Sim	Não
Se sim, quais?		

12. Aparência da Relação Mãe/RN

Normal	Problemático
--------	--------------

Observações _____

13. Outras observações _____

14. Avaliação Global da Puérpera _____

Questões sobre o Recém-Nascido		
O RN faz uma pega correta?	Sim	Não
Se não, quais os indicadores identificados/corrigidos?		
O RN mama leite materno em exclusivo?	Sim	Não
Se não, quais as possibilidades de retorno à amamentação exclusiva?		
O RN faz suplemento depois das mamadas?	Sim	Não
Se sim, quais as razões e correções introduzidas?		
O RN apresenta sinais de icterícia em agravamento?	Sim	Não
Se sim, quais as orientações introduzidas?		
O RN usa vestuário adequado à estação do ano?	Sim	Não
Se não, quais as orientações introduzidas?		
O RN apresenta cuidados de higiene adequados?	Sim	Não
Se não, quais as orientações introduzidas?		
O RN tem micções e dejeções em padrão regular	Sim	Não

17. Avaliação Global da Família _____

0
 Transição
 Disfuncional

100
 Transição
 Funcional

VDP realizada pela Enfermeira:

**Apêndice V: Aula dada aos Estudantes da Licenciatura em Enfermagem da
ESESJD-UÉ sobre “Visita Domiciliária no Puerpério”**

Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica I

3º Ano - 1º Semestre

Curso de Licenciatura em Enfermagem

Visita Domiciliária no Puerpério

Enfª Ângela Serranito [Mestranda SMO]
Profª Margarida Sim-Sim [PhD]

21 Dezembro 2012

1

Visita Domiciliária - Conceito

“ (...) a visita domiciliar, entendida como método, técnica e instrumento, constitui-se como um momento rico, no qual se estabelece o movimento das relações, ou seja, a escuta qualificada, o vínculo e o acolhimento, favorecendo que os grupos familiares ou comunidades tenham melhores condições de se tornarem mais independentes na sua própria produção de saúde.”

(Lopes, Massaroli & Saupe, 2008, p. 242)

21 Dezembro 2012

2

Visita Domiciliária - Conceito

“Consulta”

(CIPE, 2011, p. 104)

“(...) importante estratégia de cuidado, que mobiliza a participação da família e gera avanço do conhecimento.”

(Lopes, Massaroli & Saupe, 2008, p. 242)

21 Dezembro 2012

3

Cuidado no Domicilio - Conceito

“Cuidado holístico prestado ao cliente no seu próprio ambiente; para diversos ambientes de saúde; utilizando uma abordagem multidisciplinar que envolve o doente, a família e os prestadores de cuidados, transferindo aptidões para maximizar aquilo que as pessoas podem fazer por si próprias mas proporcionando aconselhamento, monitorização e apoio ao cliente e aos prestadores de cuidados.”

(CIPE, 2011, p. 139)

21 Dezembro 2012

4

Visita Domiciliária

Primórdios da Visita Domiciliária no Mundo



Preocupação centrada em evitar doenças e minimizar a dor dos doentes



Menor preocupação sobre promoção da saúde, valorização do contexto social e qualidade de vida dos doentes

21 Dezembro 2012

5

Visita Domiciliária

Verificação de resultados positivos da VD



Dirigentes dos Distritos Sanitários



VD realizadas por mulheres com educação superior (médicas, enfermeiras e parteiras diplomadas) para otimizar a assistência aos pobres e prevenir doenças

21 Dezembro 2012

6

Visita Domiciliária

Médicos
(443 a. C.)

- Percorriam as cidades para assistir famílias;
- Orientação relativamente à melhoria do ambiente físico, provisão de água, alimentos puros e alívio da incapacidade;

Visitadoras
Sanitárias
(1854/1856)

- Mulheres da comunidade sem instrução ;
- Recebiam salário do Estado;
- Educação das famílias carentes sobre Cuidados de Saúde;

21 Dezembro 2012

7

Visita Domiciliária

Século XX



Enfermagem inserida em todas
as instâncias responsáveis pela
Saúde Pública

21 Dezembro 2012

8

Visita Domiciliária



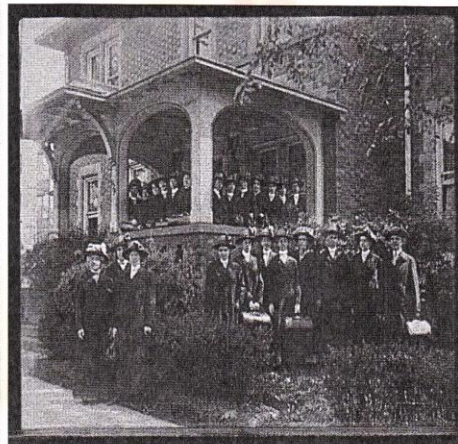
21 Dezembro 2012

9

Saúde Pública – Virar Século XIX - XX



Garde-malade - França

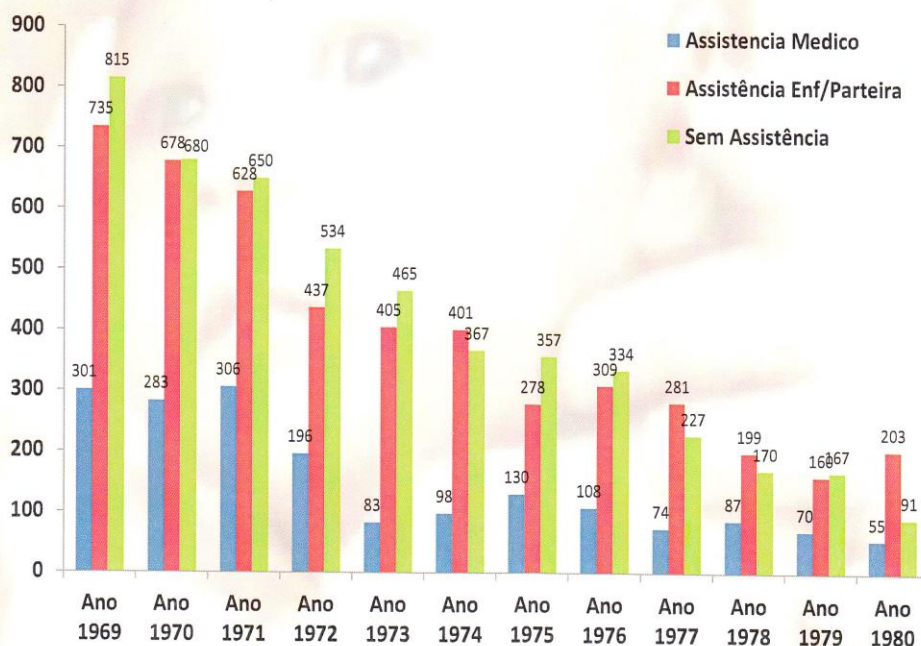


Enfermeiras visitadoras - Detroit (1905-1910)

21 Dezembro 2012

10

Assistência aos Partos no Distrito de Évora 1969-1980



21 Dezembro 2012

11

Os Cuidados à Puérpera - Testemunhos

“Lavava-se tudo depois... dantes não havia cá essas coisas... à mulher depois punha-lhe um lenço na cabeça, um xalinho se estava frio, se não estava bastava um casaquinho e depois andavam resguardadas, sempre...nunca estavam a *hastear* por aí...” [IG]

“Ia até ao fim de um mês, uma coisa assim, se a mãe estivesse *rija*, pronto... depois *aquilo* acabava (lóquios), a mãe começava já a fazer o serviço dela e eu só ia já assim quando calhava.” [CB]

21 Dezembro 2012

12

Os Cuidados à Puérpera - Testemunhos

“A gente dantes não molhava muito, era assim com um pano muito espremido, retirando só o sangue, depois já se não lavava muito, ia-se limpando... dantes as pessoas não se molhavam, nem os pés molhavam depois do parto... A roupa lavava eu a quase todas, só se tinha alguma irmã ou mãe ou assim... se não tinha irmãs, tinha eu que a lavar...” [CB]

21 Dezembro 2012

13

Os Cuidados à Puérpera - Testemunhos

“Até diziam que a melhor coisa para não encaroçar era lavar o peito na 1ª água de lavar a criança.... Lavavam o peito e não chegava a encaroçar... graças a Deus não me lembro de nenhuma encaroçar.” [CB]

21 Dezembro 2012

14

Os Cuidados à Puérpera - Testemunhos

“Então a mulher era lavada depois era limpa e depois era posta em enxuto.... lavava-as com sabão azul e branco... não podia ser muita água que eu é que a carregava às costas (risos) e tem uma chapada valente pois (risos)... depois... chamava-lhe a gente o “meio ramo” que era um bocado de pano cortado ao meio, depois fazia-se uma costura e depois punha-se além na barriga traçávamos aquilo ... untávamos com um bocadinho de azeite... puxava-se as tripas assim para cima... que eu fazia duas vezes no dia de manhã e à tarde.” [IG]

“Depois punha-se-lhe um apertilho... era uma ligadura grande, larga, punha-se o apertilho ali onde a criança se gera... agora mais tarde já se usava mais a cinta... quem não tinha isso era uma toalha... uma toalha grande, segurava-se com uns alfinetes para estar apertada... nessa altura untava-se com azeite, quando a gente a ia vestir... Todos os dias a gente tinha que de as vestir por causa de as lavar.” [CB]

21 Dezembro 2012

15

Os Cuidados ao Recém-nascido - Testemunhos

“A *gemelhinha* é um bocadinho de pano de linho, assim um quadradinho de pano de linho, à *conta* do umbigo... untava com azeite, punha-se ali de maneira a *amanhar a tripinha*, punha-se a ligadura por cima por *mom* dele, quando chorasse nunca lhe fazer mal ali, estava apertado... podia *aventar* ali, podia quebrar no umbigo, podia haver qualquer coisa... punha-se-lhe os cueirinhos, pronto... embrulhava-se num *xalinho*.” [CB]

21 Dezembro 2012

16

Os Cuidados ao Recém-nascido -

Testemunhos

“Punha-se um *gravinho*... Tinha umas pontas aqui grandes para se espetarem aqui (aponta o peito) para a cabecinha não fazer assim (abana a sua cabeça)... podia haver qualquer que apanhasse o pequenino e podia *dar cabo* do pescoço... punham-lhe ali o *gravinho*... davam um nozinho... torcia, torcia aquelas pontas e prendia aqui com um alfinete (aponta o peito) e a cabecinha já não desandava... estava presa naquele *gravinho*.” [CB]

21 Dezembro 2012

17

A Remuneração - Testemunhos

“Ninguém podia pagar, nem a gente levava nada a ninguém... esta minha comadre... ainda ontem estive a comer numa travessinha que ela me deu... e disse assim para mim “esta travessinha foi quando o meu afilhado JM”, depois mais tarde deu-me uma blusinha... e ficou assim tudo amigo, elas não podiam, a gente não levava nada a ninguém...” [CB]

21 Dezembro 2012

18

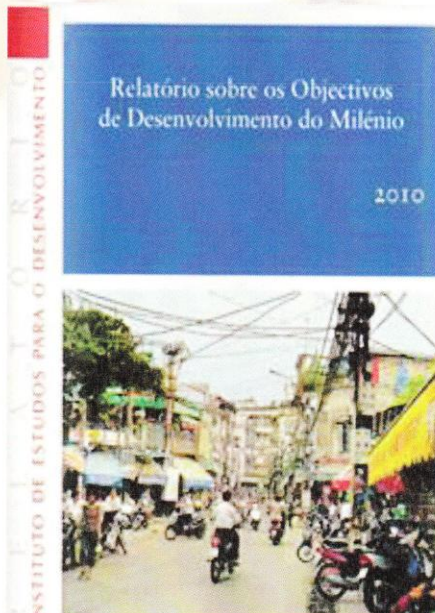
O Reconhecimento Social e o Parentesco - Testemunhos

“Levava à pia do batismo, dantes era assim... e ficava afilhado, era o afilhado de águas-bentas... Tratavam-me por madrinha... Noutro tempo beijavam a mão... agora hoje já se não usa nada disso ... noutro tempo dava-se a bênção... eu até gostava que me pedissem a bênção...” [CB]

21 Dezembro 2012

19

Objetivos Milénio : até 2015



Objectivo 5
Melhorar
a saúde
materna

Objectivo 3
Promover
a igualdade
de género e o
empoderamento
das mulheres

21 Dezembro 2012

20

Brasil – Estratégia de Saúde da Família [ESF]



URUÇUCA: USF 03: ACS E COORDENADORA EM VISITA DOMICILIAR

Modelo de Organização dos Cuidados de Saúde Primários:

- Equipes multiprofissionais:
 - Fortalecimento da família;
 - Apoio ao desempenho de responsabilidades;
 - Novas práticas de saúde.

21 Dezembro 2012

21

Revisão Integrativa - VDP

- Protocolo de Pesquisa

	Crítérios de Inclusão
Participantes	Mulheres em fase puerperal
Intervenção	Ocorrência de Visita Domiciliária realizada por Enfermeiros
Comparações	Entre estudos que utilizam vários e/ou diferentes protocolos de Visita Domiciliária
Resultados	Percepção das mães sobre os efeitos da VD nos seus comportamentos maternos
Desenho	Estudos empíricos transversais e longitudinais, experimentais, quasi-experimentais ou não experimentais, quantitativos, realizados entre Janeiro de 2002 e Março de 2012, publicados em literatura branca, nos idiomas inglês, português, espanhol

21 Dezembro 2012

22

Exemplo - PubMed

The screenshot shows the PubMed interface for the article: "Effect of postnatal home visits on maternal/infant outcomes in Syria: a randomized controlled trial." The article is from Public Health Nurs, 2008 Mar-Apr;25(2):115-25. The abstract describes a randomized controlled trial in Damascus, Syria, comparing four groups of new mothers: Group A (one home visit), Group B (no visits), Group C (no visits), and Group D (one home visit). The results show that Groups A and B had significantly higher rates of exclusive breastfeeding (28.5% and 30% respectively) compared to Group C (20%). The study concludes that postnatal home visits significantly increased exclusive breastfeeding, but other outcomes did not change, and further studies are needed in a nonbiomedical context.

Abstract
OBJECTIVE: Early postpartum home visiting is universal in many Western countries. Studies from developing countries on the effects of home visits are rare. In Syria, where the postpartum period is rather ignored, this study aimed to assess whether a community-based intervention of postnatal home visits has an effect on maternal postpartum morbidities, infant morbidity, uptake of postpartum care, use of contraceptive methods, and on selected neonatal health practices.
DESIGN: A randomized controlled trial was carried out in Damascus. Three groups of new mothers were randomly allocated to receive either 4 postnatal home visits (A), one visit (B), or no visit (C).
SAMPLE: A total of 876 women were allocated and followed up.
INTERVENTION: Registered midwives with special training made a one or a series of home visits providing information, educating, and supporting women.
RESULTS: A significantly higher proportion of mothers in Groups A and B reported exclusively breastfeeding their infants (28.5% and 30%, respectively) as compared with Group C (20%), who received no visits. There were no reported differences between groups in other outcomes.
CONCLUSIONS: While postpartum home visits significantly increased exclusive breastfeeding, other outcomes did not change. Further studies framed in a nonbiomedical context are needed. Other innovative approaches to improve postnatal care in Syria are needed.

PfMD: 10294100 (Published - indexed for MEDLINE)
Publication Types, MeSH Terms, Grant Support
LinkOut - more resources

21 Dezembro 2012

Temas Emergentes

- Melhoria no Aleitamento Materno;
- Relacionamentos de conjugalidade equilibrados;
- Satisfação com Parentalidade;
- Desenvolvimento das crianças a longo prazo;
- Baixa na Morbilidade;
- Controlo da gravidez subsequente;
- VD como fonte de recurso.

Recomendações

- Primeira Visita Domiciliar a ocorrer na 1ª semana pós-alta hospitalar:
 - Visita tardia decresce nos efeitos benéficos;
- Políticas de Saúde que melhorem a acessibilidade de mulheres de baixa renda a VD;
- Contacto telefónico perde potencial;
- Apoio por visitantes voluntários não tem impacto na melhoria da DPP.

21 Dezembro 2012

Protocolo de VD 25

VD Puerperal



Unidade de Saúde
Familiar
Serra da Lousã

OBJECTIVO 6

Obter uma percentagem de visitas domiciliárias a puérperas vigiadas na USF durante a gravidez de 60%.

Estratégia – Preparação da grávida, durante as consultas de vigilância, no último trimestre de gravidez, para a necessidade da visita domiciliária após o parto. Entrega de panfleto informativo e consentimento informado à grávida.

Actividade 7

Descrição	Realização de visitas domiciliárias a puérperas vigiadas na USF durante a gravidez
Quem	Enfermeiros,
Como	Marcação antecipada da visita domiciliária
Onde	Domicílio,
Quando	Todo o ano, permitindo flexibilidade.
Avaliação	Nº de vistas domiciliárias de enfermagem a puérperas / Nº de grávidas vigiada na USF.

21 Dezembro 2012

26



INDICADORES DE EXECUÇÃO E METAS	2008	2009	2010	2011
	(Histórico da USF)			
Número médio de consultas de enfermagem por grávida vigiada na USF	(sem dados)	6	6	6
Número médio de consultas médicas por grávida vigiada na USF	4,3	6	6	6
% de grávidas vigiadas na USF com a primeira consulta de saúde materna realizada no 1º trimestre	55,6%	80%	80%	82%
% de grávidas vigiadas na USF com revisão de puerpério efectuada	(sem dados)	90%	92%	95%
% de visitas domiciliárias de enfermagem realizadas a puérperas e recém-nascidos vigiadas na USF durante a gravidez	6,2%	70%	80%	90%

21 Dezembro 2012

27



Durante o ano de 2011 tivemos 71 grávidas vigiadas, das quais realizamos visita domiciliária puerperal a 58. Dez visitas domiciliárias não foram realizadas pelos profissionais de saúde por recusa da puérpera. Temos ainda três casos em que os recém-nascidos estiveram internados no Hospital por um período superior a 15 dias e não foi possível realizar a visitação domiciliária.

Indicadores	2009	2010	Metas USF	2011
Taxa de Cobertura de Saúde Materna (Nº de grávidas)	65,93% 60	90,29% 93	85%	86,6% 71
Taxa de 1ª consultas realizadas no 1º T (Nº de grávidas e/ 1ª cons no 1º T)	94,92% 87	94,62% 88	85%	91,46% 75
Nº médio de consultas de enfermagem de Saúde Materna, por grávida	9,33	11,54	8	10,05
Taxa de grávidas vigiadas com parto no ano, com pelo menos 6 consultas (Nº de grávidas)	71,67% 43	98,31% 58	85%	96,15% 68
Taxa de grávidas vigiadas com RP (Nº de grávidas)	86,67% 52	85,71% 48	90%	97,18% 69
Taxa de visitas domiciliárias realizadas a puérperas vigiadas na USF Famílias (Nº de visitas a puérperas)	75% 45	85,71% 45	90%	81,69% 58
Nº de acções de Educação p/ a Saúde	3	6	4	6

Quadro XVII – Indicadores do Programa de Saúde Materna

21 Dezembro 2012

28

Visita Domiciliária no Puerpério - Conceito

Simbolicamente é a representação do novo estatuto social da mulher, que se torna mãe, Reconhecendo-se-lhe fragilidade, necessidade de apoio, mas também responsabilidade pelo filho.

Kitzinger (1996)

21 Dezembro 2012

29

Visita Domiciliária no Puerpério - Conceito

Continuidade dos cuidados prestados na maternidade, mas também como um conjunto de ações que têm como objetivo assistir e educar as puerperas e as suas famílias neste momento de «crise» que é voltar para o domicílio.

(Teixeira *et al.*, 2009)

21 Dezembro 2012

30

Visita Domiciliária no Puerpério



21 Dezembro 2012

31

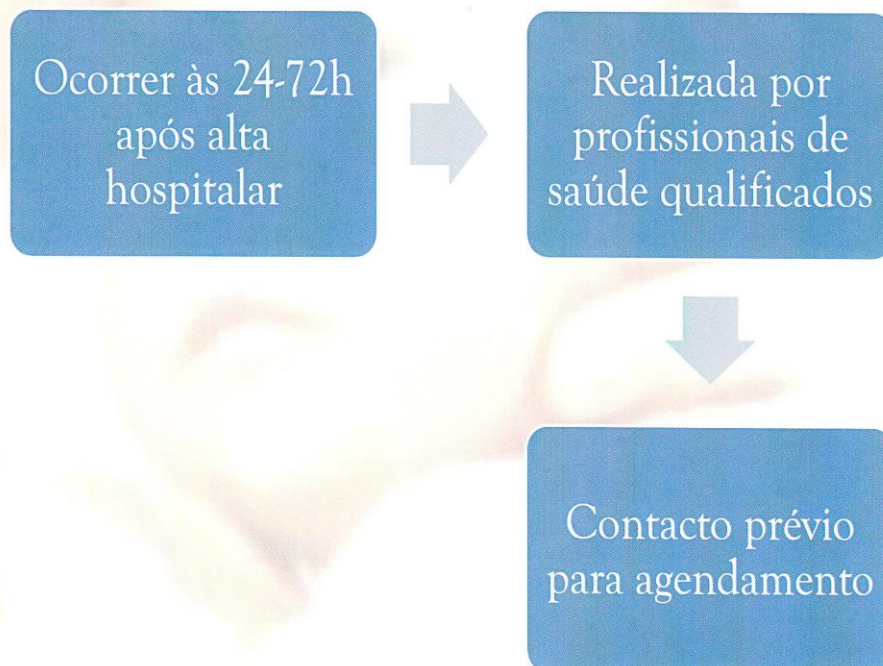
Visita Domiciliária no Puerpério - Alta Precoce



21 Dezembro 2012

32

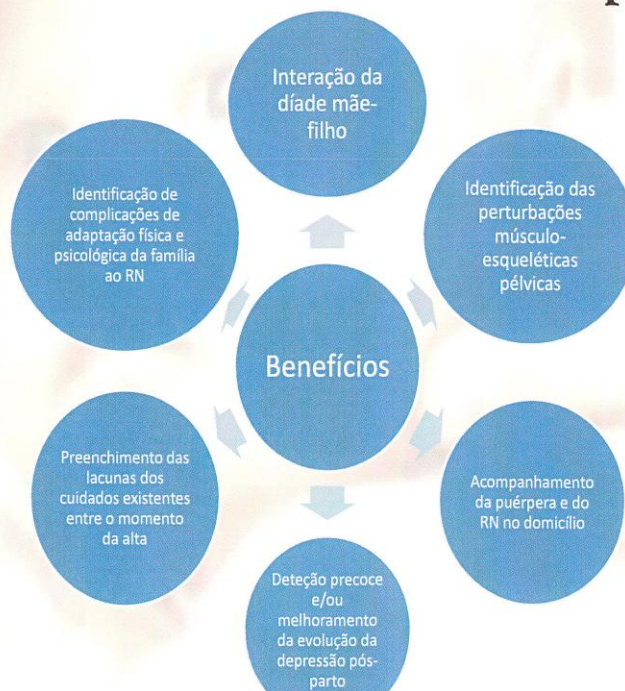
Visita Domiciliária no Puerpério



21 Dezembro 2012

33

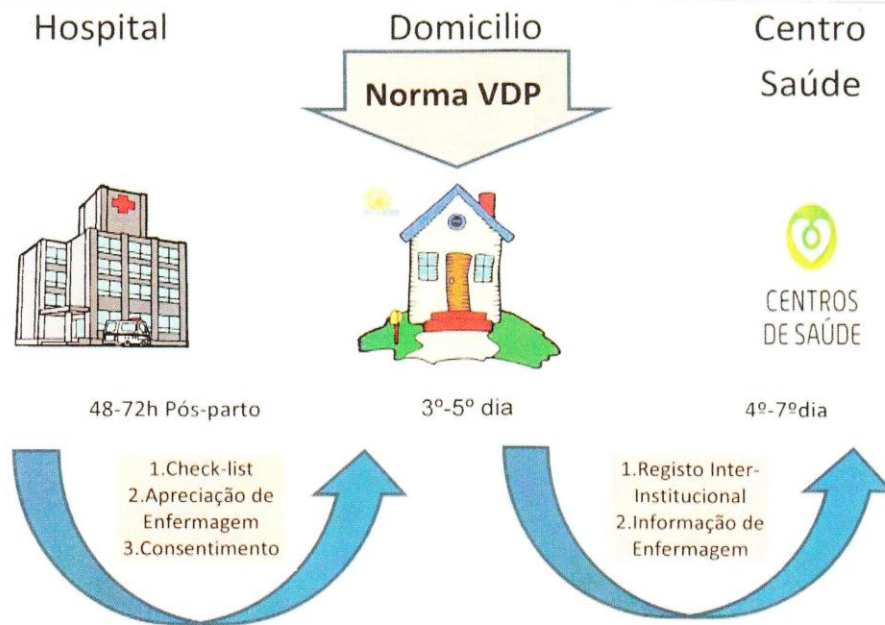
Visita Domiciliária no Puerpério



21 Dezembro 2012

34

Visita Domiciliária no Puerpério - Documentos



21 Dezembro 2012

35

Visita Domiciliária no Puerpério Consentimento Informado



CONSENTIMENTO INFORMADO

Visita Domiciliária no Puerpério

Eu, sendo responsável por mim e pelo meu bebé, nascido no Serviço de Obstetria do Hospital do Espírito Santo de Évora - EPE, concordo com a Visita Domiciliária que me foi proposta e permito que uma enfermeira deste serviço vá a minha casa no dia ___ de _____ de 20___, às ___ horas, conforme combinado hoje, dia ___ de _____ de 20___.

O meu telemóvel

A puérpera,

Telemóvel da Enfermeira

A enfermeira,

21 Dezembro 2012

36

Visita Domiciliária no Puerpério Norma de Procedimento (3)

secar antes de colocar o sutiã de amamentação, e deve ter em atenção a pega do RN;	
1. Informar a puérpera que o resumo da atividade sexual é uma decisão da diade;	1. Prevenção de complicações;
1. Evitar situações comprometedoras da recuperação/cicatrização do tratamento clínico por coarctação;	2. Prevenção de gravidez indesejada;
1. Informar a puérpera relativamente a sinais de alarme da própria e de recurso a Serviços de Saúde, tais como:	1. Prevenção de complicações;
a) Febre >38°C;	
b) Náuseas e/vómitos;	
c) Ador e dor ao urinar;	
d) Hemorragia vaginal em quantidade superior ao fluxo menstrual;	
e) Mamas vermelhas, quentes e dolorosas;	
f) Agravamento da dor entre a vagina e o ânus;	
1. Informar a puérpera acerca dos recursos de saúde da comunidade, tais como o Centro de Saúde, Organizações Não Governamentais (ONG) existentes na cidade (API);	1. Prevenção de complicações;
1. Orientar a puérpera relativamente ao Plano Nacional de Vacinação e respetivo cumprimento em espaço hospitalar;	1. Diminuição do risco de doença;
2. Informar a puérpera sobre medidas de apoio por efeitos associados à vacinação:	2. Cumprimento do calendário de vacinação;
a) Vacina contra a tuberculose (BCG) administrada no deltoide do braço esquerdo explicar presença papula que entre 1-2 semanas cede, sucedendo-se pequena ferida que cicatriza em cerca de 3 meses;	a) Informação acerca dos efeitos associados à manutenção do RN;
b) Vacina contra a hepatite B (Egates B) administrada no vasto externo cessa dor na presença de indicadores de dor e cada um aplicar gelo no local para alívio do sintoma;	b) Alívio dos desconfortos associados aos procedimentos de vacinação;
1. Informar que se o RN não realizou coleta de sangue para TSH e PK1, deve realiza-la entre o 3º e o 7º dia de vida no Centro de Saúde;	1. Detecção das doenças genéticas: Fenilcetonúria e Hipotireoidismo;
1. Informar a puérpera acerca da segurança do RN:	1. Prevenção de quedas e traumatismos;
a) Transporte Automóvel:	
o Em cada um própria aplicação de cintos de segurança próprios das	

¹ Programa Nacional de Vacinação 2012, Norma da DGS nº 640/2011

5

colocadas bem ajustadas; calção voltado para a retaguarda em sentido inverso à marcha do veículo; cadeira no banco traseiro, em caso de 2 lugares airbag desativado ¹ ;	
o Em autocar, deve ser rígida e aplicada no banco traseiro do carro; aplicação do cinto de segurança do carro e amarrar cabeça da criança para o lado interior do carro e deitada em decúbito dorsal ² ;	
b) Cama com grades:	
o As grades devem ter no mínimo 60cm de altura e 6cm de intervalo entre cada uma delas ³ ;	
1. Informar a puérpera relativamente à consulta do RN no pediatra (aos 15 dias de vida);	1. Evitar problemas tecnicos ao RN;
1. Informar a puérpera relativamente a sinais de alarme do RN e de recurso a Serviços de Saúde, tais como:	2. Assegurar o normal desenvolvimento do RN;
a) Gemido persistente;	1. Prevenção de complicações;
b) Choro persistente e inconsolável;	4. Assegurar o normal desenvolvimento do RN;
c) Apneia acompanhada por cianose;	
d) Dificuldade respiratória;	
e) Cianose;	
f) Hipertemia ou hipotermia;	
g) Dificuldade em mamar, sucção débil ou vomitos;	
h) Hipotonia acentuada ou sonoletícia persistente;	
i) Choro fletido ou rubor peri-umbilical;	
j) Diarreia;	
k) Ausência de defeções durante um período superior a três dias;	
l) Dor à mobilização;	
m) Convulsão;	
ATIVIDADE DE VIDA RESPIRAR	
ACÇÕES DE ENFERMAGEM	
1. Informar a puérpera que quando o bebé se engarugar deve realizar a Manobra de Heimlich;	1. Manutenção das vias aéreas permeáveis, facilitando a respiração;
ATIVIDADE DE VIDA EXPRESSAR-SE SEXUALMENTE	
ACÇÕES DE ENFERMAGEM	
JUSTIFICAÇÃO	

¹ Artigo 55 Decreto-Lei 44/2005, Orientação nº 003/2005 de 16/09/2005, Transporte de crianças em automóvel desde a maternidade

² Transporte de recém-nascido no automóvel

³ Instituto de Comunidade (2004). Artigo de Puernério. Guia para uma utilização segura

6

21 Dezembro 2012

39

Visita Domiciliária no Puerpério Norma de Procedimento (4)

1. Informar sobre modificações no desejo;	1. Ambiente Hormonal no Puerpério:
2. Informar sobre regresso à atividade sexual de acordo com vontade explícita da mulher no casal e enquadramento na nova rotina dia-noite;	a) Queda de Estrogénios e Progesterona;
3. Informar sobre contraceção:	b) Efeito da Prolactina na libido;
a) Método da Amamentação Lactacional:	c) Cansaço e ansiedade frequentes;
o 10 a 12 mamadas/dia nas primeiras semanas pós-parto, depois 8 a 10 mamadas;	2. Recomendação padrão após a consulta de revisão puerperal, mas possível variação individualizada:
o Mamadas diurnas < 4h; noturnas < 6h de intervalo;	a) RSH pode ser ou não satisfatória
b) Hormonal com Progestagénios;	o Congestão vascular lútea;
c) DIU não hormonal;	o Distensão e despregamento do canal vaginal;
d) Métodos barrreira;	o Contração muscular diminuída;
e) Esclarecer não recomendação de Contraceção Oral Combinada;	o Secura vaginal;
1. Informar sobre possíveis manifestações no RN:	3. Oferta de possibilidades de escolha da mulher canal;
a) Descida testicular e hipertrofia da genitalia nas meninas;	1. Queda de Estrogénios maternos e efeitos hormonais fisiológicos no RN;
b) Manchas avermelhadas na fralda das meninas (Pseudo-menstruação);	
c) Secção mamilar no RN ("Leite das Brucos": 4-5º dia ambos os sexos);	
ATIVIDADE DE VIDA SONO E REPOUSO	
ACÇÕES DE ENFERMAGEM	
JUSTIFICAÇÃO	
1. Esclarecer sobre o padrão de sono da criança:	1. Diminuição da ansiedade;
a) RN: 16-20h/dia;	
b) 3 Semanas: 16-18h/dia;	
c) 6 Semanas: 15-16h/dia;	
1. Orientar para que o RN seja deitado em decúbito dorsal ¹ ;	1. Promoção de segurança
1. Informar a puérpera que pode realizar passeios diários com o RN ao ar livre:	a) Prevenção de morte súbita e engasgamento;
a) A partir dos dois Semanas Pós-parto;	1. Promoção do desenvolvimento, socialização e integração dos papéis parentais;
b) Hora do dia e temperatura de conforto ambiente não poluído;	

¹ Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2003, 2009

21 Dezembro 2012

40

Visita Domiciliária no Puerpério - Check List (1)



CHECK LIST - ALTA HOSPITALAR

Alta em: ___/___/___

A in experiência, a falta de informação e a curta estadia no hospital após o parto são fatores que podem influenciar o desempenho eficaz da maternidade/paternidade. De forma a contrariar este ciclo deve existir por parte da equipa de enfermagem o cuidado de integrar com os novos pais dando-lhes apoio e informações necessárias acerca desta nova fase das suas vidas (Barros, Freitas & Gerik, 2000).

PUÉRPERA	RECÉM-NASCIDO
Cuidados a ter com a sutura perineal/abdominal	Cuidados de Higiene
Lóquios	Cuidados ao coto umbilical
Cuidados a ter com as mamas e mamilos	Alimentação Materno e/ou Aleitamento Artificial
Alimentação Adequada	Eliminação Intestinal e Vesical
Exercícios Pós-Parto	Sono
Retorno da Menstruação	Motivos do Choro
Planeamento Familiar	Sinais de Alarme
Relações Sexuais	Plano Nacional de Vacinação
Uso de cinta fixa Pós-Parto	Teste do Pezinho
Sinais de Alarme Pós-Parto	Segurança/Transporte
Consulta de Revisão Pós-Parto	Consulta no Pediatra
Recursos de Saúde existentes na Comunidade	Engasgamento
Outros:	Outros:

ANEXO I - APRECIÇÃO DE ENFERMAGEM

Alta em: ___/___/___

Identificação da mãe
 Colar aqui a virbeta

1. Estado Civil: _____ 2. Vive com: _____

3. Gravidez vigiada: Sim Não 4. Vigilância: Privado Centro Saúde

5. Data do Parto: ___/___/___ 6. Tipo de Parto: _____

Identificação do RN
 Colar aqui a virbeta

7. Peso nascimento: _____ gr; 8. Peso na alta: _____ gr; 9. APGAR: ___/___

10. Bebê Internado na Neonatologia? Sim Não

Observação da Enfermeira

Questões sobre a Puérpera

A puérpera apresenta dificuldades na amamentação? Sim Não
 Se sim, quais os indicadores identificados? _____

A puérpera apresenta mamilos macerados? Sim Não
 Se sim, quais os indicadores identificados? _____

A puérpera apresenta labilidade emocional, sinais de depressão/tristeza? Sim Não
 Se sim, quais os indicadores identificados? _____

A puérpera apresenta cuidados de higiene adequados? Sim Não
 Se não, quais os indicadores identificados? _____

A puérpera apresenta episiorrafia/sutura abdominal com boa evolução cicatricial? Sim Não
 Se não, quais os indicadores identificados? _____

A puérpera apresenta alguns sinais de complicação pós-parto (ex. lóquios, involução uterina...)? Sim Não
 Se sim, quais? _____

21 Dezembro 2012

41

Visita Domiciliária no Puerpério - Check List (2)



11. Aparência da Relação Mãe-RN: Normal Problemático Observações: _____

12. Outras observações: _____

13. Avaliação Global da Puérpera: _____

Questões sobre o Recém-Nascido

O RN faz uma pegn correta? Sim Não
 Se não, quais os indicadores identificados/corrigidos? _____

O RN mama leite materno em exclusivo? Sim Não
 Se não, quais as possibilidades de retorno à amamentação exclusiva? _____

O RN faz suplemento depois das mamadas? Sim Não
 Se sim, quais as razões e correções introduzidas? _____

O RN apresenta sinais de icterícia? Sim Não
 Se sim, quais as orientações introduzidas? _____

O RN usa vestuário adequado à estação do ano? Sim Não
 Se não, quais as orientações introduzidas? _____

O RN apresenta cuidados de higiene adequados? Sim Não
 Se não, quais as orientações introduzidas? _____

O RN tem micções e deposições em padrão regular? Sim Não
 Se não, quais as orientações introduzidas? _____

14. Outras observações: _____

15. Avaliação Global do RN: _____

16. Avaliação Global da Família: _____

0 Transição (Difícil) 100 Transição (Fácil)

Ensino e Registo realizado pela Enfermeira: _____

ANEXO II - OBSERVAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO¹

Sinais de aleitamento sem dificuldades	Sinais de possíveis dificuldades
Mãe	
Mãe parece saudável <input type="checkbox"/>	Mãe parece doente ou depressiva <input type="checkbox"/>
Mãe relaxada e confortável <input type="checkbox"/>	Mãe parece tensa e desconfortável <input type="checkbox"/>
Sinais de vinculação entre mãe e RN <input type="checkbox"/>	Sem contacto visual entre mãe e bebé <input type="checkbox"/>
Criança	
Criança parece saudável <input type="checkbox"/>	Criança parece doente ou sonolenta <input type="checkbox"/>
Criança calma e relaxada <input type="checkbox"/>	Criança está agitada ou chora <input type="checkbox"/>
Criança roda e procura a mama se tem fome <input type="checkbox"/>	Criança não roda nem procura a mama <input type="checkbox"/>
Anatomia da mama	
Mamas aparentemente sãs <input type="checkbox"/>	Mama ruborizada, cheia ou inflamada <input type="checkbox"/>
Nenhuma dor ou desconforto <input type="checkbox"/>	Mamas ou mamilos dolorosos <input type="checkbox"/>
Mama apoiada com os dedos longe do mamilo <input type="checkbox"/>	Mama apoiada com os dedos sobre a aréola <input type="checkbox"/>
Posição da Criança	
Cabeça e corpo da criança em linha <input type="checkbox"/>	Cabeça e corpo da criança rodados <input type="checkbox"/>
Criança junto do corpo da mãe <input type="checkbox"/>	Criança afastada do corpo da mãe <input type="checkbox"/>
Todo o corpo da criança apoiado <input type="checkbox"/>	Criança apoiada apenas pela cabeça e pescoço <input type="checkbox"/>
Criança à mama com o nariz frente ao mamilo <input type="checkbox"/>	Criança à mama, com lábio inferior/mento frente ao mamilo <input type="checkbox"/>
Pega da Criança	
Mais aréola visível acima do lábio superior <input type="checkbox"/>	Mais aréola visível abaixo do lábio inferior <input type="checkbox"/>
Boca bem aberta <input type="checkbox"/>	Boca da criança pouco aberta <input type="checkbox"/>
Lábio inferior virado para fora <input type="checkbox"/>	Lábio inferior virado para dentro <input type="checkbox"/>
Mento da criança toca a mama <input type="checkbox"/>	Mento da criança não toca a mama <input type="checkbox"/>
Sucção	
Sucção lenta e profunda, com pausa <input type="checkbox"/>	Sucção rápida e superficial <input type="checkbox"/>
Zonas bucinadoras arredondadas quando mama <input type="checkbox"/>	Zonas bucinadoras côncavas quando mama <input type="checkbox"/>
Criança afasta-se da mama quando termina <input type="checkbox"/>	Mãe tira a criança da mama <input type="checkbox"/>
Mãe com sinais de reflexo de oxitocina <input type="checkbox"/>	Mãe sem sinais de reflexo de oxitocina <input type="checkbox"/>

21 Dezembro 2012

42

Visita Domiciliária no Puerpério Registo Inter-Institucional

Visita Domiciliária no Puerpério
Registo & Informação de Enfermagem Inter-Institucional

Centro de Saúde de Referência: _____ VDP em: ____/____/____ (____ III)

Identificação da mãe
Colar aqui a víncula

1 Estado Civil _____ 2 Vive com _____
3 Gravidez seguida Sim Não 4 Vigilância Público Limite Saúde

5 Data do Parto: ____/____/____ 6 Tipo de Parto: _____

Identificação do RN
Colar aqui a víncula

7 Peso nascimento _____ gr. 8 Peso atual _____ gr. 9 APGAR 1º _____ 5º _____
10 Escore Intelectual na Neonatologia? Sim Não 11 Marcou Consulta Pediátrica? Sim Não

Observação da Enfermeira
Questões sobre a Puerpera

A puerpera apresenta dificuldades na amamentação? Se sim, quais os indicadores identificados?	Sim	Não
A puerpera apresenta fadiga nos mamilos? Se sim, quais os indicadores identificados?	Sim	Não
A puerpera apresenta libidinal emocional, sinais de depressão/ansiedade? Se sim, quais os indicadores identificados?	Sim	Não
A puerpera apresenta cuidados de higiene adequados? Se não, quais os indicadores identificados?	Sim	Não
A puerpera apresenta epuorrafia subcutânea abdominal com boa evolução cicatricial? Se não, quais os indicadores identificados?	Sim	Não
A puerpera apresenta alguns sinais de complicações pós-parto (ex. febre, inchaço uretra...)? Se sim, quais?	Sim	Não

21 Dezembro 2012

12. Anúncio da Relação Mãe-RN Sim Preferência Observações: _____

13 Outras observações: _____

14 Avaliação Global da Puerpera: _____

Questões sobre o Recém-Nascido

O RN faz uma pega correta Se não, quais os indicadores identificados/complicados?	Sim	Não
O RN mama leite materno em exclusivo Se não, quais as possibilidades de retorno à amamentação exclusiva?	Sim	Não
O RN faz espregueço depois das mamadas Se sim, quais as razões e correções introduzidas?	Sim	Não
O RN apresenta sinais de hiperkúria em agravamento Se sim, quais as orientações introduzidas?	Sim	Não
O RN usa vestuário adequado à estação do ano Se não, quais as orientações introduzidas?	Sim	Não
O RN apresenta cuidados de higiene adequados Se não, quais as orientações introduzidas?	Sim	Não
O RN tem mágicas e deteções em padrão regular Se não, quais as orientações introduzidas?	Sim	Não

15 Outras observações: _____

16 Avaliação do RN: _____

17 Avaliação Global da Família: _____

VDP realizada pela Enfermeira: _____

43

Visita Domiciliária no Puerpério - Material

- Esfigmomanómetro;
- Termómetro;
- Máquina para pesquisa de glicémia capilar;
- Compressas esterilizadas;
- Álcool a 70°;
- Soro Fisiológico;
- Pinça de Michel;
- Bisturi;
- Pensos protetores para sutura abdominal;
- Adesivo;
- Material de apoio à amamentação.

21 Dezembro 2012

44



Questões ?

Fim

21 Dezembro 2012

45

**Apêndice W: Fotografias da aula dada aos Alunos de Enfermagem da
ESESJD-UE**





Apêndice X: Comprovativo da aula dada na ESESJD-UE

Declaração

Para os devidos efeitos e a pedido da interessada se declara que a Senhora Enfermeira **Maria Ângela Baleizão Serranito**, colaborou na formação dos alunos do 3º Ano, 1º Semestre, co-leccionando com a sua orientadora de Relatório de Mestrado, uma aula sobre Visita Domiciliária Puerperal no âmbito da UC Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia I, na Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus da Universidade de Évora, no dia 21 de Dezembro de 2012, das 9 às 11h.

Évora, 21 de Dezembro de 2012


(Registo da UC Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia I)

**Apêndice Y: Autorização do estágio no Serviço de Obstetrícia/Ginecologia
do HESE-EPE**

1) Para a total profissional
 Luzia Ambrósio analisar a
 sustentabilidade do e o futuro do
 Projecto
 2) Deve informar o Director de Serviço

Autorizado
 Filomena Mendes
 José Chora
 Enfermeiro Director
 3.5.2012

À Exma. Sr.ª Presidente do Conselho de Administração
 José Chora,
 2012/04/24

Filomena Mendes
 27.04.2012
 José Chora
 Enfermeiro Director

Exma. Sr.ª Presidente do Conselho de Administração
 do Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E.,
 Maria Filomena Mendes
 Presidente do Conselho de Administração

Tomei conhecimento do documento, após análise, parece exequível e pertinente para a dinâmica do serviço.
 Luzia Ambrósio
 3-5-12

Maria Ângela Baleizão Serranito, Enfermeira neste hospital, com o n.º mecanográfico 2930, a exercer funções no serviço de Obstetrícia/Ginecologia, encontra-se a frequentar o 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus. No âmbito deste mestrado, foi proposta a elaboração de um projecto de estágio para o Estágio Final, que será realizado no Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE (HESE, EPE) no serviço de Obstetrícia/Ginecologia, entre Fevereiro e Julho de 2012. De acordo com as necessidades do serviço e após contacto com a Enfermeira Chefe do serviço de Obstetrícia/Ginecologia, optou-se por elaborar um projecto de **criação de um programa de Visita Domiciliária no Puerpério**. A proposta é criar um programa de Visita Domiciliária no Puerpério para as puerperas do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE, EPE.

Neste contexto foram já estabelecidos contactos prévios com o Director do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia, o Enfermeiro Director e a Enfermeira Chefe do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia, com vista às condições de operacionalização do programa.

Solicita-se **autorização para a realização do programa de Visita Domiciliária no Puerpério às puerperas do Serviço de Obstetrícia/Ginecologia do HESE, EPE**, que correspondam aos critérios necessários para a realização do presente trabalho.

Pede deferimento,

com conhecimento. Ângela Serranito
 Maria Ângela Baleizão Serranito

(Ângela Serranito)

Évora, 20 de Abril de 2012

3/5/2012
 Serviço de Ginecologia e Obstetrícia
 Director do Serviço
 DR. VITOR CASIRO

HESE - EPE	
RECEBIDO	EM N.º 2008/12
	N.º 985
RESPONSÍVEL	EM N.º

Apêndice Z: Cronograma do Projeto

Cronograma do Projeto

ACÇÕES	2011		2012									
	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	
Diagnóstico de Situação												
Elaboração do Projeto												
Realização de Reuniões												
Preparação dos Instrumentos												
Formação												
Execução das Atividades												
Elaboração do Relatório												
Pesquisa Bibliográfica												