



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

Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório Estágio

Gabinete de Apoio à Parentalidade: Esclarecer para melhor
cuidar

Ana Sofia Mourato

Orientador:
Professora Doutora Ana Maria Aguiar Frias

Relatório Estágio

Gabinete de Apoio à Parentalidade: Esclarecer para melhor cuidar

Ana Sofia Mourato

Orientador:

Professora Doutora Ana Maria Aguiar Frias

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

2013

Como não poderia deixar de ser, dedico este trabalho àquela que fez de mim quem sou e aquilo que sou e que merece todo o meu amor e dedicação: a minha mãe.

À minha Peke pelo apoio durante o tempo de estágio, e ao meu Joãozinho.

Ao Nuno por todo o carinho e apoio, que espero ter o prazer de retribuir na mesmíssima moeda!

À orientadora Professora Doutora Ana Frias pelo apoio e orientação do trabalho.

Às minhas colegas de curso, nomeadamente, à Raposo, à Mily e à Cláudia.

E a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização deste Mestrado e deste relatório.

A todos bem hajam!

RESUMO

O presente relatório apresenta a intervenção realizada durante o curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, referente à criação de um gabinete de apoio à parentalidade que pudesse ser um espaço aberto no esclarecimento e à realização de sessões de esclarecimento em grupo quando detetada essa necessidade. O projeto foi desenvolvido no serviço de Obstetrícia do Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE). As dúvidas decorrentes da gravidez devem ser esclarecidas e orientadas, promovendo-se a educação para a saúde na gravidez, parto e pós-parto. Devendo o período pré-natal ser encarado como privilegiado para o profissional de saúde pela sua vertente de prevenção e promoção da saúde. A população-alvo, as Grávidas e Puérperas/casal, caracterizam-se frequentemente pela dúvida e ansiedade em relação ao futuro membro da família. Este projeto surge com vista a promover a qualidade dos cuidados prestados na área de saúde materna e obstetrícia, procurando de alguma forma reduzir o número de recorrência à urgência por falta de esclarecimento e insegurança, e na procura de permitir à grávida/puérpera experienciar toda a magia desta fase de forma mais serena e tranquila.

Palavras-chave: Gabinete; grávidas; puérperas; dúvidas.

ABSTRACT

SUPPORT OFFICE TO PARENTHOOD-CLARIFY TO BETTER CARE

The present report shows the intervention which was realized during the Mastered in Obstetric and mother health Nursing, reporting the creation of a support parenting office, that could be an open space to clarify the doubts prevenient of pregnancy as well the realization of group sessions, when that need was detected. The current project was developed in Obstetrician Service in “Hospital do Espírito Santo de Évora, HESE”. The doubts prevenient of pregnancy, should be clarified and guyed, promoting the education to a health pregnancy, birth and after-birth. So the pre natal period must be seeing, as the highest period to the professional, because of it prevent and health promoting side. The target population, pregant and pospartum woman, is frequent characterized by the doubt and nervousness, relative to the future family member. This project emerge with the objective to increase the quality of the health cares in the maternal/obstetric area, looking for somehow reduce the urgencies service dislocations by the future fathers with doubts. So that can allowed to the Pregnancy experimenter all the magic that this faze proportion in the most calm way.

Key-words: Office; pregnant, postpartum; doubt.

Índice

1. INTRODUÇÃO	8
2. ANÁLISE DO CONTEXTO	10
2.1. Caracterização do ambiente de realização do Estágio Final	10
2.2. Caracterização dos recursos materiais e humanos	12
2.3. Descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências	13
3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES	15
3.1. Caracterização geral da população/utentes	15
3.2. Cuidados e necessidades específicas da população-alvo	19
3.3. Estudos sobre programas de intervenção com população-alvo.....	20
3.4. Recrutamento da população-alvo.....	24
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS	25
4.1. Objetivos da intervenção profissional.....	25
4.2. Objetivos a atingir com a população-alvo.....	26
5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES	28
5.1. Fundamentação das intervenções.....	29
5.2. Metodologias.....	29
5.3. Análise reflexiva sobre estratégias acionadas	30
5.4. Recursos materiais e humanos envolvidos.....	31
5.5. Contatos desenvolvidos e entidades envolvidas	32
5.6. Cumprimento do Cronograma	32
6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO	33
6.1. Avaliação dos objetivos	33
6.2. Avaliação da implementação do programa.....	34
6.3. Descrição dos momentos de avaliação intermédia e medidas corretivas introduzidas	35
7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS	36
8. CONCLUSÃO	37
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39
ANEXOS	44
Anexo A - Projeto de Intervenção.....	45
Anexo B – Sessões de Educação para a Saúde	50

Anexo C – Folheto do GAP	82
Anexo D – Pedido do LCD	85
Anexo E – Ficha de Encaminhamento	87
Anexo F - Ficha de Família.....	89
Anexo G – Folheto da Mala da Maternidade	92
Anexo H - Plano de Educação para a Saúde Pré-Natal.....	95
Anexo I – Autorização do Conselho de Administração.....	98
Anexo k – Cartão de visita do GAP	100
Anexo L – Apresentação do Projeto no Serviço	102
Anexo M – Questionário de Satisfação aplicado à Amostra.....	106
Anexo N – Questionário para aplicação futura no GAP e respetiva autorização	108

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (SMO), é um dos requisitos para a obtenção do grau de mestre após discussão pública e aprovação. A intervenção descrita refere-se ao processo desenvolvido para a criação de um Gabinete de Apoio à Parentalidade (GAP).

A gravidez funciona para a mulher como um “marco” na sua vida, implicando algumas alterações para receber o bebé. Corresponde a um período que reúne deslumbramento, dúvidas, ansiedade e desconfortos (Lamare & Colovsky, 2005). Segundo Spallicci, Costa e Melleiro (2002), nada se compara ao milagre e à magia que ocorre na gravidez, e como profissionais de saúde temos a possibilidade de integrar este processo de vida. Neste sentido, a educação para a saúde (materna) reveste-se de extrema importância na relação que se efetiva entre os profissionais de saúde, casal e família. Na perspetiva dos autores supracitados, o profissional de saúde pode representar um apoio para ultrapassar a ansiedade motivada pelo medo do desconhecido, da insegurança e das alterações que ocorrem na mulher. Deve ser dado à mulher espaço para dúvidas, queixas, dificuldades ou fantasias, sendo este processo de diálogo que vai efetivar esta relação de promoção da saúde.

As dúvidas decorrentes da gravidez devem ser esclarecidas e orientadas, promovendo-se a educação para a saúde na gravidez, parto e pós-parto. Devendo o período pré-natal ser encarado como privilegiado para o profissional de saúde pela sua vertente de prevenção e promoção da saúde (Frias, 2009). Segundo a mesma autora, a maternidade é assumida como um desafio, devido ao papel preponderante que tem na sociedade: corresponde a uma fase de modificações, dúvidas e receios que carecem de intervenção do profissional de saúde de forma a todo o processo ser experienciado na sua essência e plenitude (Frias, 2011).

Decorrente do descrito surge o projeto de intervenção, cujo objetivo é a criação de um Gabinete da Apoio à Parentalidade, no serviço de Obstetrícia do Hospital de Espírito Santo de Évora (HESE), que possa ser um espaço aberto ao esclarecimento de dúvidas e à realização de sessões de esclarecimento em grupo

quando detetada essa necessidade. Além de uma forma de apoio à mulher/casal tendo em conta promoção de saúde familiar, o gabinete será também uma inovação na instituição.

Segundo Moura-Ramos & Canavarro (2007), o nascimento de um filho, apesar de constituir um acontecimento padrão da vida, pode constituir um foco de *stress*, na medida em que requer uma reorganização de papéis a diversos níveis (individual, conjugal, social e profissional), contudo pode também ser gerador de satisfação e realização pessoal. Desta forma, segundo o mesmo autor, o nascimento representa grandes mudanças em todos os elementos familiares.

A transição para a parentalidade corresponde a um período de desorganização e desequilíbrio mas, em simultâneo de satisfação para o casal. A parentalidade corresponde a um processo de aquisição e transição de papéis iniciado na gestação. A transição termina quando se desenvolvem sentimentos de conforto e confiança (Edwards, 2002 citado por Zagonel, Martins, Pereira & Athayde, 2003).

No que se refere à estrutura do relatório, tem início com a presente introdução, uma análise do contexto onde decorreu a intervenção, seguindo-se a metodologia utilizada para realização do projeto (Anexo A) e a avaliação do mesmo, terminando com as considerações finais. Este está elaborado de acordo com as normas da American Psychological Association (APA) e o novo acordo ortográfico, teve ainda em conta o regulamento de Estágio de Natureza Profissional Relatório Final do Mestrado em Enfermagem (ordem de serviço nº18/2010).

2. ANÁLISE DO CONTEXTO

O HESE existe há mais de quinhentos anos e dá resposta ao Distrito de Évora, num total de 14 concelhos. No serviço de Obstetrícia, em 2011, ocorreram 1379 partos no serviço, sendo 39,3% de cesarianas, 47,8 % de eutócicos, 10,8% de ventosas e 2,1% de fórceps. Em 2012 houve 1300 partos, sendo 37,5% cesarianas, 49,2% partos eutócicos, 11,5% de ventosas e 1,8% de fórceps (dados cedidos pelo diretor do serviço). Este decréscimo verifica-se a nível nacional decorrente de motivos como a atual situação económica e social.

2.1. Caracterização do ambiente de realização do Estágio Final

Este relatório reporta-se ao estágio final que decorreu no Serviço de Obstetrícia/Ginecologia-Sala de Partos e Puerpério, do HESE, o projeto que se desenvolveu e que agora aqui se descreve foi a implementação de um Gabinete de Apoio à Parentalidade (GAP), cujo objetivo reside no esclarecimento de dúvidas e apoio à grávida e puérpera/casal, pretendendo ser um espaço aberto ao esclarecimento de dúvidas e à realização de sessões de esclarecimento em grupo. O interesse na criação deste gabinete surge da prática clínica diária, da constatação de dúvidas e anseios constantes na gravidez e puerpério, da necessidade de cuidados desta população-alvo e com vista à melhoria dos recursos existentes no serviço e dos cuidados nele prestados. Apesar da extensa população que o HESE abrange, apenas dispõe de serviço de internamento e consulta externa (que ocorre em outro edifício do hospital, nomeado de hospital do Patrocínio), este distanciamento foi um dos motivos que levou à criação deste gabinete como estrutura de apoio à sua população. Para as grávidas, revela-se extremamente pertinente este tipo de recurso, visto ser uma fase da vida em que a mulher carece de informação e se encontra aberta e disponível ao esclarecimento e fundamentação das suas dúvidas. No puerpério, apesar de ser um período em que também reside a dúvida é mais frequente que só ocorra necessidade de esclarecimento no momento em que esta surge, visto existir

um decréscimo da atenção e disponibilidade por sobrelotação de ocupações e afazeres com o recém-nascido. Este facto foi possível de comprovar na prática clínica, nomeadamente, na aplicação das sessões de educação para a saúde realizadas às mulheres internadas no serviço, constatando-se mais casos de indisponibilidade nas puérperas relativamente às grávidas quando informadas da sua realização.

O serviço de Obstetrícia situa-se no 3º piso e é constituído pela Sala de Partos, Enfermaria de Obstetrícia e Ginecologia. Na ala direita encontra-se parte do internamento de puérperas, grávidas patológicas e ginecologia. A ala esquerda é constituída por a restante parte de internamento de puérperas, sala de partos e bloco operatório materno-infantil (BOMI).

O internamento de puérperas tem, oito quartos, dispondo de um total de vinte camas para puérperas. O internamento de grávidas patológicas, possui um total de três a seis camas distribuídas por um ou dois quartos, consoante a necessidade de internamentos, entre o internamento de puérperas e de grávidas patológicas. O internamento de ginecologia tem capacidade para oito utentes e é constituído por três quartos, num total de 8 camas. É nesta ala esquerda que se encontra a sala de testes auditivos utilizada, de momento, como GAP.

A sala de partos encontra-se ao fundo da ala esquerda e separada do restante serviço por uma porta, constituindo-se de três quartos de dilatação, disponibilizando um total de 6 camas. Existe, ainda um quarto de puerpério imediato, com capacidade para três puérperas, onde também se realizam os registos cardiotocográficos a grávidas externas ou grávidas admitidas em Sala de Observação (SO). Na proximidade da sala de partos existe uma sala utilizada para armazenamento material, a qual poderá ser de futuro o espaço definitivo do GAP.

Transpondo uma porta de vidro, ao fundo, encontra-se o BOMI, no qual se localiza também a sala de partos e uma sala operatória, onde são realizadas algumas vezes por semana cirurgias do foro obstétrico e ginecológico. A equipa de apoio ao BOMI pertence à equipa geral do bloco operatório central (BO). A sala de partos dispõe de um acesso ao serviço de Neonatologia do HESE.

Entre as duas alas do serviço, existe uma sala de admissões de utentes, onde funciona a urgência obstétrica e ginecológica. Nesta são recebidas as utentes vindas da urgência geral, triadas pelo sistema de classificação de Manchester e onde é efetuada a triagem das utentes para as respetivas áreas de apoio do serviço.

2.2. Caracterização dos recursos materiais e humanos

No que se refere aos recursos humanos, o serviço de Obstetrícia/Ginecologia é constituído por uma equipa multidisciplinar de enfermeiras e enfermeiras especialistas em SMO; médicos obstetras e pediatras; assistentes operacionais; secretárias de piso, psicóloga e assistente social do hospital. Estes dois últimos elementos da equipa, dão apoio ao serviço apenas quando solicitadas.

A equipa de enfermagem é constituída por 28 enfermeiras:

- ✚ 16 Enfermeiras especialistas em SMO, sendo que uma delas é, atualmente responsável pela gestão do serviço;
- ✚ 12 Enfermeiras, tendo 3 a especialidade em Saúde Materna e Obstetrícia, a prestar cuidados de enfermagem especializados mas que não pertencem ao quadro de pessoal e outras 4 encontram-se a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de SMO.

A equipa médica é constituída por 8 obstetras, sendo um o diretor do serviço e 6 médicas internas da especialidade de Obstetrícia/Ginecologia. Os bancos são assegurados por dois médicos obstetras, em presença física, sendo alguns médicos obstetras externos, provenientes de outros hospitais e maternidades. Fazem parte ainda da equipa multidisciplinar, 13 assistentes operacionais. A gestão do pessoal de enfermagem é, neste momento, efetuada por uma enfermeira especialista em saúde materna e obstetrícia, responsável pela unidade.

O método de trabalho utilizado na prestação de cuidados é o método individual. No turno da manhã ficam escaladas quatro a cinco enfermeiras, duas na sala de partos e duas/três na enfermaria. No turno da tarde e da noite, são escaladas duas enfermeiras para a enfermaria e duas para a sala de partos. Na enfermaria, é-lhes atribuído um determinado número de utentes (grávidas patológicas, puérperas ou utentes de ginecologia), tendo as enfermeiras a responsabilidade da prestação de cuidados às utentes e seus recém-nascidos, consoante o número de horas necessárias para cada utente.

Após análise e estudo dos espaços disponíveis no serviço, com a enfermeira responsável, foi escolhido para local do GAP uma sala na ala direita, na zona da enfermaria, coincidente com a sala de testes auditivos. Correspondendo a um espaço tranquilo, com alguma privacidade no atendimento da mulher/casal. Como recursos

materiais de apoio ao GAP, dispomos de uma secretária, duas cadeiras, um armário, folhetos informativos elaborados e outros já existentes no serviço, e que por uma questão de tempo e orçamento foram aproveitados, ficha de família, ficha de encaminhamento, agenda e material de secretária. Por questões de horário variável e de o funcionamento do gabinete decorrer da minha disponibilidade, foi optado por um horário flexível consoante a disponibilidade própria e das utentes. O facto de existirem objetivos pré-definidos para o estágio a decorrer, condicionou a escolha deste tipo de horário.

2.3. Descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências

Segundo nos define o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em SMO e Ginecologia da Ordem dos Enfermeiros (2010), a Gravidez e Puerpério, integram o conjunto de áreas nas quais o enfermeiro assume responsabilidade. No período pré-natal inserem-se os cuidados à mulher com vista a detetar precocemente situações de risco e promover o bem-estar materno-fetal. Onde podemos destacar os seguintes cuidados:

- Informar e orientar sobre o estilo de vida saudável na gravidez;
- Facultar informação sobre os recursos na comunidade;
- Desenvolvimento de atividade que visam a manutenção de saúde mental na vivência da gravidez;
- Desenvolvimento de atividades no sentido da preparação para o parto e parentalidade responsável;
- Identificar desvios e fazer encaminhamento;
- Conceção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções que potenciem uma gravidez saudável;
- Conceção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções quando existem situações de desvio na adaptação à gravidez.

No período pós-parto os cuidados visam a promoção da saúde da puérpera e recém-nascido, apoiando na transição/adaptação para a parentalidade. Onde interessa referir:

- Informação e orientação dos recursos disponíveis na comunidade e que possam responder as necessidades da puérpera e recém-nascido;

- Informação e orientação na sexualidade e métodos contraceptivos no referido período;

- Conceção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções de promoção da amamentação;

- Conceção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções de adaptação ao período pós-parto;

- Desenvolvimento de ações em projetos e intervenções que promovam a saúde mental no puerpério e parentalidade responsável;

- Informação e orientação no auto-cuidado e cuidados ao recém-nascido;

- Identificação de desvios no processo de transição para a parentalidade, encaminhando, caso ultrapasse linha de atuação;

- Identificação complicações pós-parto, encaminhando, caso ultrapasse linha de atuação.

Os cuidados destacados foram os desenvolvidos e os possíveis de desenvolver de futuro no GAP. O Enfermeiro Especialista em saúde materna e obstetrícia, para além de prestar cuidados gerais, é, também, detentor de competências específicas que permite prestar cuidados diferenciados. [Ordem dos Enfermeiros (OE), 2009]

3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

Como nos refere Fortin (2009) *“uma população é uma coleção de elementos ou de sujeito que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”* (p.69). Segundo o mesmo autor, não sendo possível um estudo da população geral, utiliza-se a população acessível, que se restringe a um local, a uma região, numa dada instituição, generalizando-se os resultados obtidos.

3.1. Caraterização geral da população/utentes

Desde o início dos tempos que o parto é uma prática cultural ligada à mulher. Nesta época a gravidez e o parto eram algo natural e fisiológico, que se restringia em todos os aspetos à figura feminina. Como nos refere Romeiro (2007), era um acontecimento íntimo e privado, uma experiência vivenciada entre mulheres restringindo a presença masculina no nascimento.

Segundo Badinter (1985), o papel da mulher na sociedade e na maternidade são dois fenómenos que têm evoluído paralelamente. Durante muitos anos, a mulher viveu sob o domínio do homem, sendo menosprezada e discriminada em todas as áreas da sua vida: educação, trabalho, posição familiar, social e outros. Como nos refere o mesmo autor, a mulher era tida como um ser frágil, passivo e submisso, incapaz de desempenhar atividades que implicassem força ou inteligência. A sua função na família e na sociedade reduzia-se tão simplesmente a casar e ter filhos.

As mulheres eram consideradas como divinas e virtuosas, e a sociedade concordava em glorificar a mãe perfeita, contudo o contrário também sucedia, caso não cumprissem a tarefa de conceber filhos. Como nos refere Adler (1990), todas as mulheres casadas deveriam ser mães, e caso não conseguissem eram consideradas seres incompletos. A mulher que tivesse muitos filhos adquiria consagração a nível da comunidade, o orgulho, a vaidade da mulher era a sua fertilidade, os frutos do seu ventre, os filhos eram as suas “jóias” (Kitzinger, 1996).

Enquadrando a gravidez e a maternidade numa perspetiva histórica e sociocultural, embora em contextos e épocas diferentes, sempre assumiram um papel de destaque. Sendo que atualmente se diferenciam pela possibilidade de escolha, por parte das mulheres, no que se refere a contraceção, fertilização, avaliação do desenvolvimento, entre outros decorrentes dos avanços científicos e tecnológicos (Canavarro, 2006).

Atualmente, tendo em conta as mudanças sociais e culturais, a mulher apresenta maior interesse em assuntos relacionados com a gravidez e parto e procura mais informações. A população-alvo, do presente relatório, foi definida como sendo as utentes do serviço de obstetrícia do HESE. A população acessível engloba as grávidas e puérperas/casal com dúvidas, que assistiram às sessões de educação para a saúde apresentadas no serviço e que foram colhidos dados para a ficha de família, e que se caracterizam frequentemente pela dúvida e ansiedade em relação ao futuro membro da família. Após as sessões foi aplicado um questionário visando saber a satisfação da população-alvo em relação às sessões.

Para uma melhor caracterização da população-alvo da intervenção foram usados os dados das utentes que assistiram às sessões de educação lecionadas, ressaltando que representam apenas uma pequena amostra da população, com pouco significado em termos estatísticos

Relativamente aos dados sociodemográficos e obstétricos de referir o seguinte.

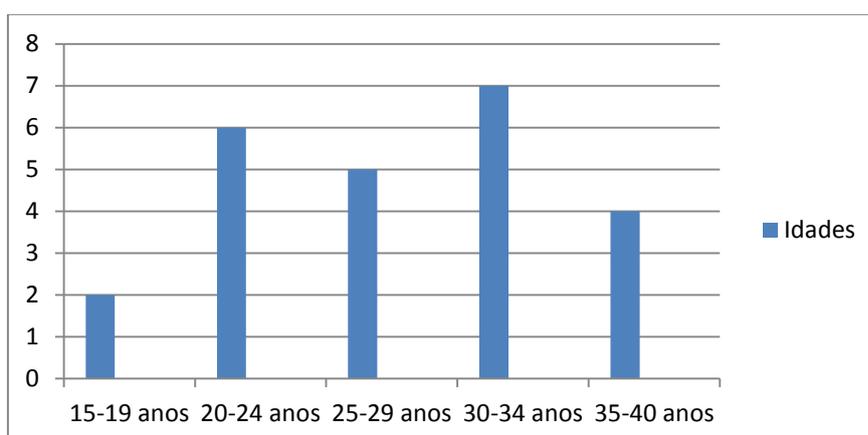


Figura 1. Gráfico da Idade da amostra

No que se refere às idades podemos verificar que a maior percentagem se encontra entre os 30-34. O que corresponde a média nacional, segundo o

INE/PORDATA (2012), em 2011 é à faixa etária dos 30-34 anos que corresponde a maior taxa, com 82,5%.

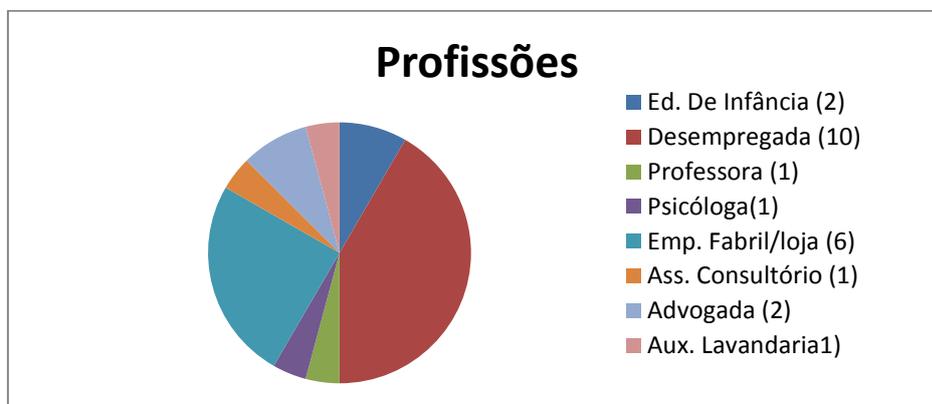


Figura 2. Gráfico da Profissões das utentes

A título de curiosidade ao analisamos as profissões das grávidas/puérperas que assistiram às sessões de educação ministradas, podemos verificar que 42% se encontram desempregadas. O que de certa forma vai ao encontro da taxa de desemprego existente e à crise económica instalada, que também tem a sua repercussão na diminuição no número de nascimentos.

Não foi efetuado gráfico com as nacionalidades por não se justificar, visto que todas as utentes, em análise, são portuguesas. A multinacionalidade é muito reduzida no interior, centro e norte do país. Segundo os dados do INE/PORDATA (2012), no Alentejo em 2012 a taxa de emigração é 3,6%, sendo inferior à média nacional.

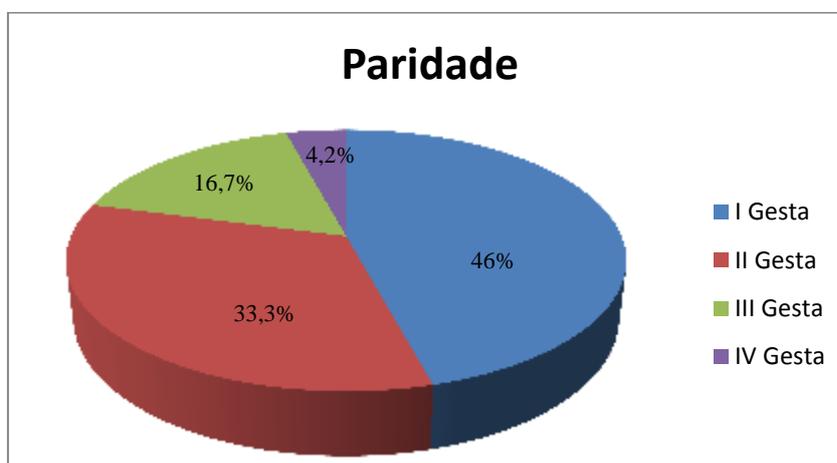


Figura 3. Gráfico da Paridade

Na amostra utilizada, podemos verificar que existe uma maior proporção de primeiras e segundas gestações, predominando a primeira. Contudo, as segundas, terceiras e quartas gestações incluem as interrupções, que ocorreram numa percentagem de 33,3% dos 24 casos analisados.

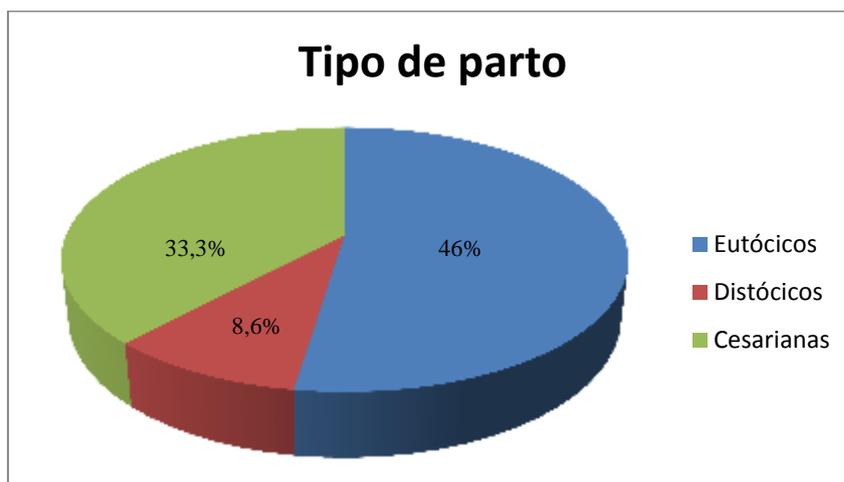


Figura 4. Gráfico Tipo de parto

Segundo o gráfico podemos verificar que o parto eutócico corresponde ao tipo de parto mais frequente, com 46%. Os partos distócicos (fórceps e ventosas) ocupam uma pequena parcela, 8,3%. As cesarianas encontram-se em grande percentagem, 33,3%. Sendo de referir que na amostra constam três grávidas. Desta forma, pode-se concluir que apesar da pouca representatividade da amostra, o resultado encontram-se de acordo com as médias do HESE, que possui uma taxa de 49,2% de cesarianas, valor muito acima do recomendado pela OMS (10 a 15%).

Em dois dos aspetos analisados, na idade das puérperas e no tipo de parto, podemos constatar que apesar da amostra não ser significativa, nem podermos tirar elações fidedignas da mesma, os resultados encontram-se dentro da realidade do serviço e de acordo com alguns dados do INE/Pordata.

3.2. Cuidados e necessidades específicas da população-alvo

Gravidez e maternidade são mais do que acontecimentos, correspondem a processos. Numa perspetiva psicológica são processos dinâmicos, de construção e desenvolvimento. Embora sejam termos frequentemente associados e confundidos têm significados diferentes e correspondem a processos diferentes (Canavarro, 2006). Segundo a mesma autora, a gravidez engloba o tempo entre a conceção e o parto e a maternidade ultrapassa esta delimitação de tempo e assume-se como um projeto a longo prazo. Esta reforça, ainda, que quando existe um projeto de maternidade, a gravidez funciona como um período psicológico de preparação, os nove meses de fantasia, reflexão, medos e anseios possibilitam a construção e consolidação progressiva desse projeto (Canavarro, 2006). Na perspetiva de Zagonel et al. (2003), o desempenho dos novos papéis exige uma adaptação a um novo ser, existindo uma conciliação entre o bebé real e o bebé imaginado durante a gestação. É perante esta conciliação e a resolução das dúvidas e incertezas que ocorre gradualmente a vinculação.

A transição para a parentalidade é marcada por mudanças a vários níveis, de onde resulta um exigente conjunto de adaptações. A futura mãe e futuro pai requerem uma adaptação às mudanças físicas (mãe) resultantes da gestação/parto, assim como aos novos papéis a desempenhar e dos quais decorre uma reestruturação a nível conjugal, familiar e social (Figueiredo, 2006).

Nesta fase de turbulência emocional o apoio fornecido à mulher vai influenciar inevitavelmente a forma como a mesma se adapta ao novo papel parental. Como nos refere Zagonel et al. (2008) citado por Fonseca (2011), o tipo de apoio recebido vai influenciar positiva ou negativamente a adaptação ao novo papel, devido às necessidades com que se vê confrontada após o nascimento. Na perspetiva de Barbosa, Aquino, Antero e Pinheiro (2005), o apoio da família é crucial e deve ser também vista como alvo dos cuidados.

O período pós-parto é marcado por antagonismo de sentimentos, como nos refere Strapasson e Nedel (2010), quando referem coexistir sentimentos como euforia e alívio, autoconfiança e medo de falhar ou não saber cuidar do bebé. Todas estas mudanças que fazem parte integrante da gravidez e maternidade causam *stress*. Como nos refere Borsa (2007), a gestação corresponde a um período de diversas modificações na vida da mulher. E os dias que procedem o nascimento caracterizam-

se por emoções fortes e variadas assim como diversas alterações intra e interpessoais. Embora represente uma norma do ciclo de vida familiar o nascimento pode desencadear *stress* na medida em que exige reorganização a todos os níveis (Moura-Ramos & Canavarro, 2007).

Estas mudanças podem ter ganhos ou perdas, consoante as representações de ambas para a mulher, exigindo respostas comportamentais da mulher e por isso um processo de adaptação (Canavarro, 2006). Por tudo o que foi referido anteriormente constatámos que há cuidados e necessidades específicas da população-alvo aos quais temos que dar resposta e para isso precisamos de ter conhecimentos diversificados.

Na perspetiva de Faisal-Cury e Menezes (2006), o puerpério representa a fase mais crítica para o desenvolvimento e/ou agravamento da ansiedade, existindo evidências de que, este facto se pode refletir negativamente sobre o processo de produção de leite e no vínculo mãe-bebé. Desta forma, sendo o puerpério considerado um período de alterações fisiológicas e psicológicas, os cuidados de enfermagem são essenciais e devem ter por base a prevenção de complicações, o conforto físico e emocional e educação para a saúde (Strapasson & Nedel, 2010:522). Segundo os mesmos autores os cuidados no puerpério visam fornecer estratégias de adaptação ao novo papel com vista à sua superação. Neste sentido, e tendo em conta a falta de recursos disponíveis para a população, o GAP teria como objetivo primordial evitar o surgimento de complicações.

3.3. Estudos sobre programas de intervenção com população-alvo

Vários foram os estudos pesquisados e encontrados sobre a temática em estudo e relacionados com a intervenção desenvolvida. Houve recurso a literatura branca e cinzenta, bibliotecas reais e virtuais. Foram procuradas produções científicas indexadas em bases de dados como: Medline, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (Cinahl), Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca do Conhecimento Online (B-On), PUBMED e biblioteca Cochrane. Da pesquisa realizada salientam-se alguns artigos e os respetivos resultados, nomeadamente os dos autores que se seguem.

Brazelton (1988), citado por Thomaz, Lima Tavares e Oliveira (2005:140), refere que “*O sonho de ser mãe e a disposição em assumir esse novo papel absorverão grande parte do tempo da gravidez*”, sendo os nove meses de gravidez um período útil e suficiente para que ocorra esse processo adaptativo e até a consolidação da relação futura mãe-bebê. A ocorrência dos movimentos fetais, sentida pela grávida, constitui um momento importante na formação da relação materno-fetal. Para esta os movimentos do feto representam uma forma de comunicação do bebê e o vínculo que formará com o bebê sofre influência dessas representações mentais que a mulher tem de si mesma e do seu filho. Da mesma forma, o parto também representa um momento relevante para a formação do vínculo mãe-bebê, assim como os cuidados perinatais hospitalares influenciam essa relação.

Analisando os estudos selecionados, estes permitem-nos confirmar alguns aspectos relativos à importância da educação para a saúde e constatar as expectativas que as grávidas têm da assistência pré-natal. Há algum tempo que a assistência pré-natal disponível se baseia na assistência médica, retirando à grávida a possibilidade de participar em formações coletivas de educação/formação em saúde (Figueiredo & Rossoni, 2008).

Frequentemente o pré-natal é reduzido a um conjunto de protocolos e atos técnicos centrado nos profissionais, sendo a abordagem da mulher abordada numa perspectiva restrita ao saber médico [Nagahama & Santiago (2005) citados por Duarte & Andrade (2008)]. Segundo Shimizu e Lima (2009), a consulta de enfermagem é essencial para garantir a vigilância e melhorar a sua qualidade, na medida em que permite a introdução de ações de prevenção. Sendo que, além das competências técnicas do profissional é fulcral a comunicação baseada na escuta e diálogo.

Como nos refere Duarte e Andrade (2008), os procedimentos e técnicas são essências como garantia do bem-estar de ambos, mas porém as informações podem não ser esclarecedoras ou suficientes para o esclarecimento das dúvidas existentes. Segundo Alvim e Bassoto (2007) citados por Souza, Roecker e Marcon (2011), a assistência pré-natal deve responder às necessidades reais das grávidas, incluindo profissionais de saúde com conhecimentos técnicos e científicos e disponibilidade de meios. As ações devem ser adequadas à população e assegurar o atendimento, acompanhamento e avaliação das mesmas.

Num dos estudos consultados, conclui-se que as mulheres que mais precisam apresentam um déficit de conhecimentos em relação ao período pré-natal e situações

de risco. Por este facto, o sistema de saúde deveria prestar não só assistência como educação para a saúde. Os resultados do referido estudo demonstram o facto de ser necessário intensificar este tipo de educação, de forma a proporcionar um conhecimento adequado (Mendoza-Sassi, Cesar, Ulmi, Mano, Dall’Agnol & Neumann, 2007).

Na perspetiva de Rios e Vieira (2007) e Ravelli (2008), os profissionais de saúde no seu papel de educadores devem disponibilizar às mulheres conhecimentos que lhes proporcionem desenvolver sentimentos de confiança na gestação, parto e puerpério. Frias (2011), evidencia este aspeto: é na fase pré-natal que deve ser criado um espaço de educação para a saúde, com a finalidade de proporcionar a vivência da gestação e parto de forma, construtiva e feliz.

Para Marcon (1997) citados por Souza et al. (2011), os serviços de saúde oferecidos nem sempre correspondem às necessidades e expectativas das grávidas, por falta de profissionais habilitados. Sendo necessário a modificação da forma de planeamento e avaliação do serviço oferecido. Frequentemente a mulher adere à educação no pré-natal por insegurança em relação a si, ao bebé e a possíveis complicações. Na perspetiva de Lopes e seus colaboradores (2005), citados por Duarte e Andrade (2008), o medo associado ao parto pode ser motivador dos sentimentos de insegurança no pré-natal.

Segundo o estudo realizado por Darós, Hess, Sulsbash, Zampieri e Daniel (2010), a gravidez significa uma diversidade de sentimentos como realização, amor, aprendizagem, responsabilidade e mudança. Sendo que, o período pré-natal é uma fase de preparação física e psicológica para a maternidade, estando a mulher aberta à escuta. Decorrente disto é um momento de aprendizagem, em que o profissional de saúde deve desenvolver a educação para a saúde. O processo educativo foi considerado um espaço para o diálogo, esclarecer dúvidas e medos, realizar aprendizagens de facilitação do parto. A constatação de que o enfermeiro pode ter um papel importante na gestação, a falta de informação e preparação em conjunto com as dúvidas e anseios justificam o estudo em causa.

Na perspetiva de Duarte e Andrade (2008), as entrevistadas consideram que o pré-natal é a possibilidade de ter conhecimento e colocar em prática cuidados referentes ao bebé e a si própria. Sendo que os aspetos destacados foram saber como está o bebé, a mãe, a prevenção de doenças e complicações para ambos. As atenções centram-se no bebé, no nascimento de uma criança saudável. O mesmo estudo

demonstra a importância de entender o significado da gravidez com o objetivo de esclarecer mitos e sentimentos negativos associados ao pré-natal. Devem ser desmitificados aspectos da gravidez e valorizados os desejos e crenças da mulher de forma a proporcionar-lhes uma maior participação. Para uma assistência de qualidade as grávidas é essencial saber como pensam, estabelecer uma relação/vínculo, e proporcionar-lhes as informações necessárias.

As grávidas consideram importante a educação para a saúde para prevenção de doenças e aprendizagem dos cuidados ao bebê. As mulheres não só desejam receber informações como partilhar os seus medos e anseios com as restantes. A comunicação e troca de informação entre as grávidas e profissionais deve ser uma prioridade visto a troca de experiência ser imprescindível como forma de promover a compreensão da gravidez (Souza et al., 2011).

Desta forma, para Sartori e Van Der Sand (2004) citados por Souza et al. (2011), a criação de um espaço para partilha de informação e experiência em grupo é uma premissa para a mobilização dos estereótipos de cada um, ajudado a ultrapassar os medos e dificuldades através do “confronto” de si com os outros. As grávidas veem no contacto com o profissional a possibilidade de estabelecer vínculo e garantir o acesso à assistência.

Para algumas grávidas a educação para a saúde acompanha o ser humano ao longo de toda a vida. Segundo Darós et al. (2010), a educação para a saúde é parte integrante do cuidado de enfermagem, somos educadores, apesar de a educação para a saúde se tenha associado durante muito tempo a ações de prevenção. Os profissionais de saúde frequentemente orientados para a prestação direta de cuidados, deparam-se com o novo desafio de estar mais capacitados para responder as necessidades destas utentes, prestando-lhes as orientações e esclarecimento de dúvidas essenciais para a vivência do momento na sua plenitude.

Como nos refere Duarte e Andrade (2008), no atendimento pré-natal é importante que a grávida e familiares subentendam no profissional abertura para a expressão de sentimentos de forma individual ou em grupo. Constatou-se maior confiança nas grávidas inseridas em grupo, relativamente à gravidez e aos cuidados a prestar ao bebê após o nascimento, sendo que para as mesmas fazia todo o sentido as sessões de educação para a saúde, pela colmatação das dúvidas, medos e ansiedade. Para as gestantes, a comunicação do grupo e profissionais proporcionam um conjunto de conhecimentos informativos, contudo com a influência predominante

das representações do senso comum. A comunicação entre a mulher e os profissionais revelou-se positivo na satisfação destas, contudo os conceitos do senso comum em que as gestantes se baseiam são pouco explorados pelos profissionais.

Em conclusão, os profissionais de saúde possuem um papel preponderante no atendimento à grávida e familiares, através do estabelecimento de um vínculo de confiança e segurança durante um período do desconhecido (Souza et al. 2011).

3.4. Recrutamento da população-alvo

Para dar a conhecer o gabinete, local e serviço prestado foram implementadas medidas de divulgação, para que desta forma a população-alvo com necessidade de cuidados pode-se recorrer ao serviço divulgado. O recrutamento foi feito de forma aleatória, em função das grávidas e puérperas que se encontravam no serviço na data das sessões e que aceitaram assistir às mesmas. Foram distribuídos folhetos (Anexo C) em diversos locais tal como, vários serviços do hospital, (mais suscetíveis de frequência da população-alvo), em estabelecimentos comerciais, em clínicas com consultas de Obstetrícia, foi efetuado pedido de LCD à administração (Anexo D) do hospital como forma de divulgação da informação do gabinete e como meio de educação para a saúde.

Além da divulgação foram contactados os chefes do serviço de Neonatologia e Urgência pediátrica, para estabelecimento de parceria e encaminhamento de utentes. Nos serviços referidos foi deixada uma pasta com as fichas de encaminhamento (Anexo E) e folhetos relativos ao gabinete. O referido folheto consta de uma breve explicação dos objetivos do gabinete e dos contactos do mesmo.

Foi também realizada tentativa de divulgação do gabinete no *site* do hospital e correio da manhã, embora sem êxito. Relativamente à página do hospital, foi argumentado que não seria conveniente a divulgação de um serviço de decorre e depende de um projeto académico sem *timing* de duração definido/garantido.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

O estabelecimento prévio de objetivos permite um planeamento mais eficaz e direcionado no sentido da sua concretização, neste caso a prestação de um serviço de referência para as grávidas e puérperas da área de intervenção.

4.1. Objetivos da intervenção profissional

Este projeto surge com intenção de promover a qualidade dos cuidados prestados na área de saúde materna e obstetrícia, com vista ao esclarecimento de dúvidas e anseios decorrentes da gravidez, que devidamente esclarecidos e desmitificados podem ser resolvidos de forma positiva e resultar na diminuição da ansiedade e aquisição e desenvolvimento de saberes e competências. Como nos refere Frias (2011), decorrente do papel de destaque que a maternidade assume socialmente, esta caracteriza-se por dúvidas e anseios e a intervenção do profissional pode ser proveitosa.

No planeamento dos objetivos foi tido em conta o tempo para implementação, os recursos existentes no hospital, o serviço e a equipa multidisciplinar. Contudo contribuíram para o conhecimento pessoal e profissional, na medida em permitiram a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e valores. Como nos refere Imperatori e Giraldes (1986:115), (...) *“o planeamento é um processo contínuo onde cada etapa está ligada à anterior e à seguinte numa maneira retroactiva que por vezes atrasa o processo mas sempre o enriquece.”*

No sentido de concretizar o funcionamento do gabinete foi elaborado material de apoio, como ficha de família (Anexo F), cujo objetivo se prende com a colheita de dados; a ficha de encaminhamento, desenvolvida para os serviços de parceria, para que se detetada necessidade de cuidados; folhetos informativos não existentes no serviço (Anexo G) ou que se encontravam desatualizados; sessões de educação para a saúde para aplicação às grávidas e puérperas do serviço e futuramente do gabinete, cujos temas foram escolhidos baseado no descrito bibliograficamente e o constatado

pela prática clínica como sendo temas geradores de dúvidas e ansiedade no que se refere aos cuidados com o bebé.

Na perspetiva de Giraldes e Imperatori (1986), a descrição das atividades a realizar (como consta no projeto), tem como objetivo definir de forma mais pormenorizada, os resultados a obter, descrevendo as atividades e os recursos que envolvidos, num determinado tempo, estabelecendo-se um calendário com as atividades detalhadas.

O pleno funcionamento do gabinete não foi atingido por escassez de tempo, contudo este foi implementado.

4.2. Objetivos a atingir com a população-alvo

Como nos refere Canavarro (2006), a gravidez e a maternidade são tidas como um período de desenvolvimento, no qual se vivencia uma «crise», associada à mudança e ao *stress*. Na perspetiva de Moura-Ramos e Canavarro (2007), a gravidez gera no organismo um conjunto de fenómenos fisiológicos que asseguram o seu normal desenvolvimento. Sendo a gravidez um acontecimento tão importante na vida da mulher e da sua família surgem alterações a nível psicológico relacionados com o ajustamento emocional ao novo papel que desencadeiam *stress* e ansiedade.

Na perspetiva de Cashion e Jonhston (2008), o enfermeiro(a) pode ajudar a preparar a alta da puérpera, no sentido de ajudar a prever os conflitos que poderão surgir e planear estratégias para os minimizar. Edwards (2002) citado por Zagonel et al. (2003), salienta este aspeto referindo que os cuidados de enfermagem no pós-parto tem como objetivo proporcionar, através do suporte profissional, estratégias de confronto e adaptação à maternidade. As informações referidas são de extrema importância para o desenvolvimento de competências parentais. A não existência deste suporte pode influenciar negativamente a adaptação deste papel (Frias, 2008). Na perspetiva do Edwards (2002) citado por Zagonel et al. (2003) o apoio de suporte fornecido pelo enfermeiro, que conhece a situação da puérpera, pode ajudar a mesma a ultrapassar o problema mais facilmente, na medida em que pode identificar as pessoas e meios de apoio possíveis.

De um modo geral, o grande objetivo do projeto é o esclarecimento de dúvidas e diminuição da ansiedade da população-alvo, proporcionando a vivência de

uma gravidez e/ou maternidade plena e tranquila, facilitando desta forma a adaptação à Parentalidade e o desenvolvimento de confiança na prestação de cuidados.

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

Analisar as intervenções permite-nos realizar uma introspeção das ações desenvolvidas possibilitando-nos avaliar em que medida foram concretizadas e se o seu efeito corresponde ao planeado.

As pessoas devem ser capacitadas para a aprendizagem que se desenvolve ao longo de toda a sua vida, preparando-as para a vivência de todos os estádios de desenvolvimento e situações de doenças crónicas e incapacitantes (OMS, 1986, citada por Carvalho & Carvalho, 2006). Na perspetiva dos mesmos autores, os serviços de saúde além das responsabilidades de prestação de cuidados clínicos e curativos, devem focalizar-se também na promoção da saúde. Segundo Rodrigues, Pereira e Barroso (2005), a educação para a saúde tem-se assumido, internacionalmente, como essencial para a prevenção da doença e promoção da saúde. Na perspetiva dos mesmos autores (2005:49), um Educador de Saúde é descrito como “ *um especialista da equipa de saúde que diagnostica as questões de saúde numa perspetiva pedagógica, seguindo por esta via estratégias de intervenção educativa, através de uma metodologia programada e cientificamente avaliada.* ”

Os autores anteriormente referenciados defendem que, os enfermeiros, nomeadamente pela derivação histórica de apoio e experiência de educar, quer no sentido curativo ou preventivo, assumem uma posição estratégica no desempenho deste papel, contribuindo de forma relevante para a sua eficácia. Desta forma, assumem frequentemente um papel ativo nesta área, pela sua formação, experiência e competências nas várias dimensões dos cuidados. Cabe ao enfermeiro estabelecer relação com o utente, reconhecer situações de saúde, permitindo as pessoas adotarem estilos de vida saudáveis.

Relativamente à mulher como nos refere Redman (2001), idealmente a educação para a saúde deveria ser iniciada precocemente no período pre-conceção e prolongar-se até 3 meses após o parto. Referindo-nos o mesmo autor, a existência de algum descuido relativo ao ensino formal das grávidas, dada a prevalência dos ensinos pré-natais, quase exclusivamente, no terceiro trimestre de gravidez com o objetivo da preparação para o parto. Contudo, a mulher precisa de apoio e educação para além do período do parto. O mesmo autor, fornece-nos um plano de educação

para a saúde pré-natal (Anexo H) de Sheruwen et al, que inclui não só os ensinamentos adequados aos trimestres como ao período da pre-conceção.

5.1. Fundamentação das intervenções

Como se pode verificar no projeto a criação do gabinete passou por várias fases: Preparação, implementação e avaliação. Sendo que, em cada uma das referidas fases, foram realizadas intervenções que serão seguidamente referidas de forma sumária.

Numa primeira fase, preparação, foram tomadas medidas para aprovação do projeto, que em primeira instância foi apresentado à responsável e ao diretor de serviço. Após aprovação verbal dos mesmos foi agendada reunião com o Enfermeiro Diretor de Enfermagem e enviada carta à Administração (Anexo I), com a devida aprovação do projeto.

Foi elaborado o material de apoio, como os folhetos e cartão de divulgação do gabinete (Anexo K), documentos de apoio como ficha de família e ficha de encaminhamento. Foram planeadas e elaboradas sessões de educação para a saúde para realizar no serviço de puerpério.

Na fase de implementação foi divulgado o gabinete através do folheto e cartão-de-visita. Na fase de avaliação verificamos que o gabinete foi implementado, embora não tenha ocorrido a procura por parte das utentes, provavelmente pela escassez de tempo disponível. O tempo de implementação foi despendido em todos os procedimentos que requer para sua devida aprovação e funcionamento em pleno, com capacidade de resposta em tempo útil para a população-alvo. Apesar de não ter sido atendida nenhuma utente, este encontra-se pronto a entrar em funcionamento, visto que esta aprovado e com material de apoio elaborado.

5.2. Metodologias

Várias foram as metodologias utilizadas nas várias fases do desenrolar da intervenção. Foram traçados objetivos de intervenção e foram definidas metodologias de trabalho que permitiram organizar procedimentos. Nas reuniões

realizadas foi utilizada metodologia expositiva e interrogativa, Especificamente, nas entrevistas com os chefes de serviço, serviços de parceria aquando da implementação do GAP foi utilizado sobretudo o método de entrevista não padronizado, identificado por Denzin (1970) citado por Craig e Smyth (2004), e que se define pela não existência de um conjunto específico de questões/temas, nem de ordem de formulação das mesmas, as questões surgem a partir da informação dada. A realização das sessões de formação já aplicadas às grávidas e puérperas internadas no serviço tem como base os grupos de referência, utilizando a entrevista do tipo duração não padronizada, que segundo ao mesmo autor, existe uma lista de temas pré-definidos, mas a sua ordem é determinada pelo seguimento do diálogo. No que respeita à pesquisa para a elaboração das sessões, houve recurso a bibliotecas reais e virtuais, assim como ao material de apoio das aulas de enfermagem (pré e pós concecional, enfermagem na gravidez, parto e puerpério). Cada sessão foi desenvolvida tendo em conta da forma o grupo, através de uma metodologia expositiva, interrogativa, demonstrativa e ativa.

5.3. Análise reflexiva sobre estratégias acionadas

As estratégias acionadas foram de extrema importância para levar à concretização do projeto, nomeadamente a apresentação do mesmo aos chefes e responsáveis para poder obter aprovação. Assim, como a apresentação às colegas de serviço (Anexo L) para que estas pudessem ter conhecimento e poderem dar o seu parecer e apresentar possíveis sugestões de encontro à sua concretização. No sentido de promover a cooperação e o trabalho de equipa, foi promovida, de certa forma, a colaboração de alguns elementos da equipa, nomeadamente, na elaboração e apresentação das sessões de educação apresentadas.

A divulgação do GAP, foi importante como meio de informação do gabinete, não só, à população-alvo, atualmente, como à que futuramente o poderá ser. A parceria com outros serviços também se considera ser uma estratégia importante, na medida em que se outros profissionais que contactam com os alvos da intervenção detetarem necessidade de cuidados os poderem referenciar para o gabinete.

No que se refere, aos documentos/panfletos elaborados, todo o material de informação permite sintetizar a informação dada e mante-la disponível para possível

consulta, assim como os documentos de apoio permitem que não se perca a informação e dados das utentes.

O questionário (Anexo M) aplicado às puérperas e grávidas que assistiram às sessões de formação no serviço, funcionou como instrumento de avaliação, permitindo a avaliação da satisfação das mulheres em relação à mesma e ter a sua opinião relativamente a temas subjetivos de dúvida. Constituem uma forma de saber a opinião da população, que é devidamente selecionada de forma a ser representativa. Segundo Laville e Dionne (1999), a abordagem mais usual é questionar os indivíduos que fazem parte da amostra, com questões acerca do tema, oferecendo-se uma opção de respostas a partir dos indicadores para que selecionem a que melhor se enquadra com a sua opinião. Contudo, a superficialidade das respostas que resulta, consequentemente, em simples descrições sem elementos de compreensão representa um dos limites deste tipo de questionários (Quivy & Campenhoudt, 1998).

Relativamente à pesquisa bibliográfica, de uma forma geral, foi pertinente na aquisição e aprofundamento de conhecimentos, que de alguma forma se repercutem no relatório e na prática clínica, visto a pesquisa ser um promotor de conhecimento e desenvolvimento de competências.

5.4. Recursos materiais e humanos envolvidos

Como recursos matérias além do material de apoio elaborado previamente na fase de preparação foram utilizados os recursos matérias disponibilizados pelo hospital, como sejam o material existente no gabinete (secretária, cadeiras e armário), papel para impressão dos documentos e folhetos, agenda e material de secretária.

Como recursos humanos, foi obtida colaboração pelas colegas do serviço que se disponibilizaram para colaborar na preparação e apresentação das sessões de educação para a saúde realizadas, colaboração das secretárias que se disponibilizaram para, numa fase inicial, receberem as chamadas telefónicas das utentes e agendar a consulta no gabinete. Foi utilizado como recurso o serviço de reprografia para impressão de algum material.

5.5. Contatos desenvolvidos e entidades envolvidas

Foi contactado o departamento de Marketing do HESE com vista a divulgação do serviço na página do hospital, contudo a proposta, como projeto académico, foi recebida com alguma renitência. Sobretudo pela “possibilidade” de divulgação de um projeto sem continuidade de futuro por falta de recursos humanos.

Contacto com jornalista do correio da manhã para possível divulgação do gabinete numa coluna dedicada à natalidade do distrito, que até à data de elaboração do presente relatório não se obteve resposta.

5.6. Cumprimento do Cronograma

Um cronograma corresponde a gráficos de duas dimensões que permitem discriminar as atividades em função de uma data definida (Giraldes e Imperatori, 1986). O cronograma, referente a esta intervenção, foi cumprido à exceção da data do relatório, que foi entregue no tempo previsto porém foi necessário ajustar e melhorar alguns aspetos.

Os objetivos/atividades constantes no cronograma do projeto (Anexo I) foram atingidos, e constavam de:

- Fase de projeto: Fundamentação do interesse na intervenção, aprovação do projeto na instituição, divulgação, elaboração e entrega do projeto.
- Fase de implementação: Preparação do espaço e material de apoio, divulgação do projeto no HESE e à população-alvo, registo de dados e aplicação de questionários de satisfação.
- Fase de intervenção: melhorar a prestação de cuidados à população-alvo, avaliação e realização do projeto e a sua respetiva entrega. Na última fase, é de referir que o projeto foi implementado, apenas não se encontra em funcionamento por falta de procura. Contudo, devemos ter em conta que há uma diminuição da taxa de natalidade e da procura de maternidade no interior do país (INE/Pordata, 2012) o que provavelmente poderá ter contribuído para referido e no n.º mais reduzido de utentes nas sessões

6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

Após todas as intervenções realizadas e a implementação do GAP, embora sem o seu funcionamento, podemos constatar que foram alcançados os objetivos inicialmente delineados no projeto. E segundo Giraldes (1986), um projeto equivale a uma atividade com objetivos estabelecidos, que se desenvolve num período de tempo bem delimitado. O ideal teria sido o funcionamento e o atendimento de grávidas e puérperas, porém o limite de tempo, conjuntamente com a decorrência do estágio, com objetivos a atingir, funcionaram como fator limitativo. Mas tendo em linha de conta todos os procedimentos efetuados até atingir a fase de execução e os obstáculos que se cruzam, considero a avaliação positiva.

Segundo Imperatori (1986:127), avaliar decorre sempre de comparar algo com o padrão definido, implicando o objetivo de corrigir. É estabelecida comparação entre os objetivos alcançados e os definidos. Descrevendo-nos ainda algumas condições requeridas no processo de avaliação: *“A avaliação necessita da determinação cuidadosa de situações que conduzam a conclusões sensatas e propostas úteis. Deve basear-se em informações pertinentes, sensíveis e fáceis e obter, integradas em processos formais como o planeamento e os sistemas de informação” Imperatori, 1986:127).*

6.1. Avaliação dos objetivos

Tendo em linha de conta que o objetivo do projeto seria aprofundar conhecimentos e desenvolver competências na educação para saúde, a fim de aperfeiçoar a prestação de cuidados à grávida/puérpera durante a gravidez/parto/pós-parto e dotá-la de conhecimentos que lhes permitissem desenvolver confiança e competências, o objetivo foi alcançado. Considerando, as respostas obtidas no questionário de avaliação, aplicado às mulheres que assistiram às sessões, podemos considerar que a educação para a saúde foi, no mínimo, aparentemente útil no

esclarecimento de dúvidas. Apesar de o GAP não se encontra em funcionamento, foi implementado, e perspectiva-se que de futuro possa ser dada continuidade ao mesmo.

6.2. Avaliação da implementação do programa

De acordo com os objetivos traçados e as respetivas atividades planeadas para a sua concretização, no que se refere aos objetivos traçados numa primeira fase, preparação, foram atingidos, uma vez que o projeto foi apresentado às chefias e responsáveis, tendo sido aceite e devidamente aprovado pelo conselho de administração, o que constitui um primeiro passo para a sua viabilidade.

Numa segunda etapa do projeto, implementação, foram atingidos todos os objetivos que se prendiam com a elaboração de todo o material de apoio ao gabinete e da sua respetiva divulgação, de extrema relevância para dar a conhecer à população o serviço disponível, de fácil acesso e elevada pertinência numa população que se deseja consciencializada e informada de uma fase que se caracteriza pela dúvida e medo do desconhecido e do desenvolvimento de novos papéis. No que se refere às sessões de educação para a saúde foram planeadas, elaboradas para posterior apresentação.

Por último, a fase de intervenção foi possível apresentar as sessões de educação para a saúde, elaboradas na fase anterior, às grávidas e puérperas do serviço, com uma repercussão positiva sobre as mesmas, como podemos constatar na análise do questionário de satisfação. Por último e se o tempo o tivesse permitido teriam sido atendidas as grávidas e puérperas que recorressem ao GAP. Tendo em conta, o tempo despendido na execução das fases anteriores, o que restou não foi suficiente para que houvesse procura por parte da população-alvo. Da mesma forma, o objetivo da organização de visitas ao serviço de Obstetrícia ficou pendente devido à falta de Procura do GAP, uma vez que a população era coincidente.

Na execução dos projetos existem sempre obstáculos que podem ser de vários tipos. Podem ser quantitativos de recursos, no que se refere a pessoal e equipamento; qualitativo de recursos, referindo-se à atitude dos profissionais; podem ainda referir-se os obstáculos relativos ao meio ambiente, administrativos, de ordem legal e financeiros. Além dos obstáculos específicos, existem os de carácter geral, como os derivados da equipa de planeamento, dos administradores e da atitude da população

(Giraldes,1986). No que se refere ao projeto em questão ocorreram nomeadamente obstáculos decorrentes da atitude da população, que conjuntamente à escassez de tempo, condicionaram o funcionamento do GAP.

6.3. Descrição dos momentos de avaliação intermédia e medidas corretivas introduzidas

Ao longo de todo o processo de intervenção foram feitas avaliações de forma a reconhecer as falhas e reajustar metodologias, melhorando o que estava a ser executado. Após detetada necessidade de maior divulgação do GAP e do próprio serviço de Obstetrícia, foi enviado pedido de uma televisão (LCD) à Administração do HESE, que até à data se aguarda resposta. O objetivo do LCD, além da divulgação do GAP, será dar a conhecer à população o próprio serviço no sentido de dar maior visibilidade ao mesmo e concomitantemente de realizar educação para a saúde às grávidas e puérperas que recorrem ao serviço.

Tendo em consideração a futura viabilidade do projeto, foi também feita pesquisa no sentido de dispor de um questionário para aplicação às utentes que recorram ao GAP. O mesmo foi utilizado por uma colega que também desenvolveu um projeto de intervenção no mesmo serviço, encontrando-se devidamente traduzido e autorizado pelas autoras, como consta em anexo (Anexo N).

7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

Esta intervenção de enfermagem exigiu a mobilização de algumas competências, principalmente competências adquiridas em contexto de formação da Especialidade em saúde materna e obstetrícia. De salientar, o assumir de responsabilidades, promover a autonomia das utentes, prestação de cuidados humanizados ainda o apostar na formação com vista a promover a motivação, estas competências são algumas das descritas por Benner (2001) e que foram mobilizadas e adquiridas. Além destas competências há conhecimentos, capacidades e habilidades traduzido num conjunto de competências clínicas especializadas (Ordem dos Enfermeiros, 2011), que ao serem utilizadas contribuíram para o bem-estar da mulher e da criança.

O presente relatório e todas as intervenções realizadas no sentido da concretização do GAP, foi de elevada pertinência para o desenvolvimento pessoal e profissional, indo para além do simples percurso académico e curricular. Foi importante todo o contato e desenvolvimento de ações necessárias para a criação de uma estrutura de apoio deste tipo e detetar todas as dificuldades que podem surgir e que vão para além da nossa linha de atuação, como sejam a falta de pessoal ou de utentes a recorrer, ou a falta de tempo para prosseguir.

Em termos das sessões de educação realizadas, foi com alguma surpresa que detetei falta de motivação, nomeadamente nas puérperas, apesar de bases científicas que sustentam este aspeto e indicam a diminuição de interesse e disponibilidade nesta fase.

8. CONCLUSÃO

O enfermeiro tem um papel importante no que respeita à educação para a saúde principalmente na fase de maiores dúvidas e inseguranças como acontece na gravidez e no pós-parto. Na perspectiva de Rodrigues et al (2005), os enfermeiros, nomeadamente pela derivação histórica de apoio e experiência de educar, quer no sentido curativo ou preventivo, assumem uma posição estratégica no desempenho da educação para a saúde, contribuindo de forma relevante para a sua eficácia. Desta forma, assumem frequentemente um papel ativo nesta área, pela sua formação, experiência e competências nas várias dimensões dos cuidados. A capacidade de estabelecer uma relação de confiança e ajuda neste complexo processo, permite um aumento de conhecimentos e autoconfiança da Mulher/Mãe.

Com a revisão sistemática efetuada podemos verificar que os procedimentos técnicos são importantes, mas as ações de educação para a saúde são essenciais. Sendo a gravidez uma experiência que medeia entre a felicidade e as dúvidas, a fantasia e o medo, os profissionais de saúde no seu papel de educadores devem disponibilizar às mulheres conhecimentos que lhes proporcionem desenvolver sentimentos de confiança na gestação, parto e puerpério. Na perspectiva de Rios e Vieira (2007) citados por Souza et al. (2011), é na fase pré-natal que deve ser criado um espaço de educação para a saúde, com a finalidade de proporcionar a vivência da gestação e parto de forma positiva, construtiva e feliz. É no período pré-natal que devem ser desmitificados e esclarecidos os aspetos da gestação, valorizando os desejos e crenças da mulher de forma a proporcionar-lhes uma gravidez em pleno. Pelo descrito nos estudos selecionados facilmente concluímos que as dúvidas mais frequentes incidem sobre o desenvolvimento da gravidez e no bem-estar e cuidados ao bebé. Em suma, a educação para a saúde é imprescindível no decurso da gravidez tranquila e o enfermeiro assume um papel preponderante na sua execução.

De referir que os resultados da revisão são limitados, pela inexistência de estudos no nosso país, resumindo-se à realidade brasileira, facto que pode influir na adequação resultados à nossa realidade.

Agora no término deste trabalho fica um sentimento, sobretudo, de confiança, de que podemos melhorar os serviços oferecidos à população. Embora exista ainda um longo percurso vale a pena investir. É com satisfação que posso concluir que os objetivos propostos foram alcançados, algumas dificuldades foram ultrapassadas e outras terão, ainda, que ser superadas. Saber que se luta para contribuir para a melhoria da qualidade de vida ao nível da saúde das famílias nomeadamente destas famílias “iniciadas” no serviço de obstetrícia do HESE estimula-me e dá-me mais força para continuar e ter esperança de mais cedo ou mais tarde poder aplicar as competências do Enfermeiro Especialista em SMO cuidando a mulher inserida na família e comunidade no período pós-natal (Ordem dos Enfermeiros, 2011). O desenvolvimento deste projeto requereu muito esforço mas ofereceu, sem dúvida, múltiplos benefícios quer a nível pessoal quer a nível profissional.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adler, N., David, H., Major, B., Roth, S., Russo, N. & Wyatt, G. (1990). Psychological responses after abortion. Disponível em: <http://155.97.32.9/~bhenham/Phil%207570%20Website/aAdler1990.pdf>
- Badinter, E. (1995). *O amor incerto*. Lisboa: Relógio de água.
- Barbosa, R., Aquino, P., Antero, M. & Pinheiro, A. (2005). Rede de apoio social à mulher no período puerperal. *Revista Mineira de Enfermagem*, 9 (4):361-366, Out/Dez. Disponível em: http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c0cfa7f3eba4.pdf
- Benner, P. (2001). De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto.
- Borsa, J. (2007). Considerações acerca da relação Mãe-Bebê da gestação ao Puerpério. *Revista Contemporânea – Psicanálise e Transdisciplinaridade*. Porto Alegre, n.02, Abr/Mai/Jun, Disponível em: http://www.indeppos.com.br/site/material/75/306/Relacao_Mae_Bebe_da_Gestacao_ao_Puerperio.pdf
- Canavarro, M. (2006). Gravidez e Maternidade – representações e tarefas de desenvolvimento. In Canavarro, Psicologia da gravidez e da maternidade. (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto Editora.
- Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). Educação para a saúde. Conceitos, práticas e necessidades de formação. Um estudo sobre as práticas de educação para a saúde dos enfermeiros. Loures: Lusociência.
- Cashion, K & Jonhston, C. (2008). Cuidados de Enfermagem no período Pós-Parto. In Lowdermilk & S. E. Perry (Eds.), *Enfermagem na Maternidade* (7.^a ed.). Loures: Lusodidacta.
- Conde, A. & Figueiredo, B. (2007). Preocupações de mães e pais, na gravidez, parto e pós-parto. *Análise Psicológica*, 3 (XXV):381-398. Disponível em: www.scielo.br

- Craig J. & Smyth R. (2004). *Prática Baseada na Evidência. Manual para enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Darós D., Hess P., Sulsbach P., Zampieri M. & Daniel H. (2010). Socialização de conhecimentos e experiências sobre o processo de nascimento e tecnologias do cuidado. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12 (2):308-14. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewArticle/10355>
- Duarte S. & Andrade, S. (2008). O significado do Pré-Natal para Mulheres Grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. *Saúde Soc., São Paulo*, V.17, n.2, p.132-139. Disponível em: www.scielo.br
- Faisal-Cury, A. & Menezes P. (2006). Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. *Revista Brasileira de Obstetrícia*, 28(3):171-8. Disponível em: www.scielo.br
- Figueiredo, B. (2006). Perturbações psicopatológicas da maternidade. In Canavarro, *Psicologia da gravidez e da maternidade* (p.160-187). Coimbra: Quarteto Editora.
- Figueiredo P. & Rossoni E. (2008). O acesso à assistência pré-natal na atenção básica à saúde sob a ótica das gestantes. *Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre (RS), Jun; 29(2):238-45*. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23595/000661997.pdf?sequenc e=1>
- Fonseca, A., Fonseca, C. & Soares, D. (2011). Apoio Familiar à mulher no período puerperal. XX Congresso de Iniciação Científica, III Mostra Científica, UFPEL. Em site: http://www.ufpel.edu.br/cic/2011/anais/pdf/CS/CS_00242.pdf
- Fortin, M. (2009). *Fundamento e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Frias, A. (2008). Educar para o nascimento: a essencialidade do método de preparação psicoprofiláctica para o parto. In J. Bonito (Org.), *Educação para a saúde no século XXI: teorias, modelos e práticas*. (pp. 541- 547). Évora: Universidade de Évora. (ISBN 978-989-95539-3-4).
- Frias, A. (2009). Educar para o nascimento: a essencialidade do método de preparação psicoprofiláctica para o parto. *Educação para a saúde no século XXI. Teorias, Modelos e Práticas Vol. II*. Universidade de Évora.
- Frias, A. (2011). Preparação psicoprofiláctica e a percepção da experiência do nascimento. *INFAD – Revista de Psicologia. Desaf*

- íos y perspectivas actuales de la psicología en el mundo de la infância, Año XXIII, N° 1-Voll.*
- Giraldes, M. (1986). Elaboração de programas e projectos. In Imperatori, *Metodologia do Planeamento de Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais (2ª Edição)*. Lisboa: Edições de Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública.
- Imperatori, E. (1986). Avaliação. In Imperatori, *Metodologia do Planeamento de Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais (2ª Edição)*. Lisboa: Edições de Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1986). Preparação da execução. In Imperatori, *Metodologia do Planeamento de Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais (2ª Edição)*. Lisboa: Edições de Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública.
- INE/PORDATA (2012). Taxa de fecundidade por grupo etário nos municípios.
- INE/PORDATA (2012). População estrangeira com estatuto legal de residente em % da população residente: total e por sexo – Municípios.
- INE/PORDATA (2012). Taxa bruta de natalidade nos municípios.
- Kitzinger, S. (1996). *Mães: um estudo antropológico da maternidade*. Lisboa: Editora Presença.
- Klaus & Kennell (1982). *Assistência aos Pais, Alto Risco em Neonatologia*. Rio de Janeiro: Interamericana.
- Lamare, R. & Colovsky, S. (2005). *A Grávida e o Bebê: Da concepção ao Parto*. Rio de Janeiro. Ediouro Publicações.
- Laville, C. & Dionne, J. (1999). *A construção do saber. Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Editora UFMG.
- Mendoza-Sassi, R., Cesar, J., Ulmi, E., Mano, P., Dall’Agnol, M. & Neumann N. (2007). Avaliando o conhecimento sobre pré-natal e situações de risco à gravidez entre gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(9):2157-2166, set.* Disponível em: www.scielo.br
- Moura-Ramos, M. & Canavarro, M. (2007). Adaptação parental ao nascimento de um filho: Comparação da reactividade emocional e psicossomatologia entre pais e mães nos primeiros dias após o parto e oito meses após o parto. *Análise Psicológica, 3 (XXV):399-413*. Disponível em: www.scielo.br

- Ordem dos Enfermeiros (2009). Linhas de Orientação para a elaboração de catálogos CIPE.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em SMO e Ginecologia.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1998). Manual de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Gradiva.
- Ravelli A. (2008). Consulta puerperal de enfermagem: uma realidade na cidade de Ponta Grossa, Paraná, Brasil. Porto Alegre: *Revista Gaúcha de Enfermagem*, mar;29(1):54-9. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5264>
- Redman, B. (2001). Educação para a Saúde na Gravidez, aos Pais e à Criança. In Redman, *A Prática da Educação para a Saúde* (9ª ed.). Loures: Lusociência.
- Rios, C. & Vieira, N. (2007). Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. Disponível em: www.scielo.br
- Rodrigues, M., Pereira, A. & Barroso, T. (2005). Educação para a saúde. Formação pedagógica de educadores de saúde. Coimbra: Formasau.
- Romeira, O. (2007). O pai no parto e a educação para a saúde. Disponível em : www.forumenfermegem.org
- Shimizu, H. & Lima, M. (2009). As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, maio-junho; 62(3):387-92. Disponível em: www.scielo.br
- Souza, V., Roecker, S. & Marcon, S. (2011). Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. *Rev. Electr. Enf.*, abril/junho;13(2):199-210. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/10162>
- Spallicci, M., Costa, M. & Melleiro, M. (2002). Gravidez & Nascimento. São Paulo. Editora da Universidade de São Paulo. Disponível em: http://books.google.pt/books?id=5V4PSxYZVXUC&pg=PA6&lpg=PA6&dq=Gravidez+%26+Nascimento.+S%C3%A3o+Paulo.+Editora+da+Universidade+de+S%C3%A3o+Paulo.&source=bl&ots=noGJydAeCq&sig=ruhERxtoSvCePIDQcLt1WEENPow&hl=pt-BR&sa=X&ei=MadDUd2jJ66Q7AaL8IDIBQ&redir_esc=y#v=onepage&q=Gravi

[dez%20%26%20Nascimento.%20S%C3%A3o%20Paulo.%20Editora%20da%20Universidade%20de%20S%C3%A3o%20Paulo.&f=false](#)

- Strapasson, M. & Nedel, M. (2010). Puerpério Imediato: desvendando o significado da maternidade. *Revista Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS), Set;31(3):521-8*. Disponível em: www.scielo.br
- Streubert, H. & Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem. Avançando o Imperativo Humanista (2ª Edição)*. Loures: Lusociência.
- Thomaz, A., Lima, M., Tavares, C. & Oliveira, C. (2005). Estudos de Psicologia: Relações afectivas entre mães e recém-nascidos a termo e pré-termo: variáveis sociais e peri-natais. Universidade Federal de Alagoas. *Estud. psicol. (Natal) vol.10 no.1 Natal Jan./Apr.* Disponível em: www.scielo.br
- Zagonel, I., Martins, M., Pereira, K. & Athayde, J. (2003). O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério. *Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 5 n. 2 p.24-32*. Disponível em: www.fen.ufg.br/revista

ANEXOS

Anexo A - Projeto de Intervenção

MESTRADO PROPOSTA DE DISSERTAÇÃO, ESTÁGIO, TRABALHO DE PROJETO, RELATÓRIO PROFISSIONAL

APROVAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA

PARECER DO DIRECTOR DE CURSO

1. IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

Nome	Ana Sofia Mourato
-------------	-------------------

Telefone	964655970	E-mail	as16mourato@sapo.pt
-----------------	-----------	---------------	--

Curso:	1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
---------------	--

Nº Matricula 7393	Edição 2010/11
--------------------------	-----------------------

2. IDENTIFICAÇÃO DO ORIENTADOR (ANEXAR DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO)
--

Orientador	Professora Doutora Ana Maria Aguiar Frias
-------------------	---

Universidade/Instituição	Universidade de Évora-Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus
---------------------------------	--

Telefone 966640111	E-mail	anafrias@uevora.pt
---------------------------	---------------	--

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

Orientador	
-------------------	--

Universidade/Instituição	
---------------------------------	--

Telefone	E-mail
-----------------	---------------

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

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

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

Título	Gabinete de Apoio à Parentalidade: Esclarecer para melhor cuidar.
---------------	---

6. RESUMO DO TRABALHO

A gravidez funciona para a mulher como um “marco” na sua vida, implicando algumas alterações para receber o bebé. Corresponde a um período que reúne deslumbramento, dúvidas, ansiedade e desconfortos (Lamare & Colovsky, 2005). Segundo Spallicci, Costa e Melleiro (2002), nada se compara ao milagre e à magia que ocorre na gravidez, e como profissionais de saúde temos a possibilidade de integrar este processo de vida. Neste sentido, a educação para a saúde (materna e infantil) reveste-se de extrema importância na relação que se efetiva entre os profissionais de saúde, casal e família. Na perspectiva do mesmo autor, o profissional de saúde pode representar um apoio para ultrapassar a ansiedade motivada pelo medo do desconhecido, da insegurança e das alterações que ocorrem na mulher. Deve ser dado à mulher espaço para dúvidas, queixas, dificuldades ou fantasias, sendo este processo de diálogo que vai efetivar esta relação de promoção da saúde.

As dúvidas decorrentes da gravidez devem ser esclarecidas e orientadas, promovendo-se a educação para a saúde na gravidez, parto e pós-parto. Devendo o período pré-natal ser encarado como privilegiado para o profissional de saúde pela sua vertente de prevenção e promoção da saúde (Frias, 2009).

O período de puerpério corresponde da mesma forma a um período de mudanças e ajustes, nomeadamente físicos e psicológicos, susceptível de dúvidas e ansiosos.

Na perspectiva de Lowdermilk (2008), a enfermeiro(a) pode ajudar a preparar a alta da puérpera, no sentido de ajudar a prever os conflitos que poderão surgir e planear estratégias para os minimizar.

Como nos refere Canavarro (2006), a gravidez e a maternidade são tidas como um período de desenvolvimento, no qual se vivencia uma «crise», associada à mudança e ao *stress*. Na perspectiva de outros autores como Martins (2007), a gravidez gera no organismo um conjunto de fenómenos fisiológicos que asseguram o seu normal desenvolvimento. Sendo a gravidez um acontecimento tão importante na vida da mulher e da sua família surgem alterações a nível psicológico relacionados com o ajustamento emocional ao novo papel que desencadeiam *stress* e ansiedade.

Segundo Frias (2011), devido ao papel preponderante que a maternidade tem na sociedade, é assumida como um desafio. Corresponde a uma fase de modificações, dúvidas e receios que carecem de intervenção do profissional de saúde de forma a todo o processo ser experienciado na sua essência e plenitude.

O objetivo deste projeto é a criação de um gabinete de apoio à parentalidade, que possa ser um espaço aberto ao esclarecimento de dúvidas e à realização de sessões de esclarecimento em grupo quando detetada essa necessidade.

O serviço onde decorrerá a implementação do projeto é o serviço de Obstetrícia e Ginecologia, o qual é constituído pela Sala de Partos, Enfermaria de Obstetrícia e Ginecologia. O gabinete será assegurado por um enfermeiro(a) especialista escalado(a) para o efeito. Os conceitos e conteúdos abordados seriam todos os questionados pela população-alvo de acordo com as suas necessidades. A metodologia usada será participativa, de diálogo, de envolvimento das utentes. A população alvo, as Grávidas e Puérperas/casal, caracteriza-se frequentemente pela dúvida e ansiedade em relação ao futuro membro da família.

Este projeto surge com vista a promover a qualidade dos cuidados prestados na área de saúde materna e obstetrícia, procurando de alguma forma reduzir o número de recorrência à urgência por falta de esclarecimento e insegurança, e na procura de permitir à grávida/puérpera experienciar toda a magia desta fase de forma mais serena e tranquila. Assim como nos refere Colman & Colman (1994:97), *“Tal como a puberdade, o casamento e a morte, o nascimento é um dos maiores mistérios do ciclo de vida. A chegada de um recém-nascido pode fazer esquecer temporariamente as memórias e sensações do nascimento, mas a percepção que a mãe-filho tem do seu desempenho e o carinho que ela recebeu, têm grande significado para a sua identidade feminina e para as suas relações futuras, particularmente com o marido e os filhos”*.

BIBLIOGRAFIA:

- ☞ Canavarro, M. (2005). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto Editora.
- ☞ Colman, L. & Colman, A. (1994). *Gravidez: A Experiência Psicológica*. Lisboa. Edições Colibri.
- ☞ Frias, A. (2009). *Educar para o nascimento: a essencialidade do método de preparação psicoprofilático para o parto*. Educação para a saúde no século XXI. Teorias, Modelos e Práticas Vol. II. Universidade de Évora.
- ☞ Frias, A. (2011). *Preparação psicoprofilática e a percepção da experiência do nascimento*. INFAD – Revista de Psicologia. Desafios y perspectivas actuales de la psicología en el mundo de la infancia, Año XXIII, Nº 1-Vol1.
- ☞ Lamare, R. & Colovsky, S. (2005). *A Grávida e o Bebê: Da concepção ao Parto*. Rio de Janeiro. Ediouro Publicações.
- ☞ Lowdermilk, D. (2008). *Avaliação de Factores de Risco*. In D. L. Lowdermilk & S. E. Perry (Eds.), *Enfermagem na Maternidade* (7.ª ed., pp. 681-706). Loures: Lusodidacta.
- ☞ Spallicci, M., Costa, M. & Melleiro, M. (2002). *Gravidez & Nascimento*. São Paulo. Editora da Universidade de São Paulo.

7. PLANO**Fase de Projeto**

Objetivos	Atividades	Datas
Fundamentar o interesse da intervenção.	- Realização de pesquisa bibliográfica; - Orientações com a Prof. ^a Ana Frias.	Outubro e Novembro de 2011
Aprovar o Projeto na instituição.	- Reunião formal com Enf ^a Responsável do serviço; - Reunião formal com o Diretor de serviço; - Envio de pedido formal escrito ao Conselho de Administração do HESE-EPE.	Novembro de 2011
Divulgar o Projeto no serviço.	- Reunião com os colegas do serviço	Novembro de 2011
Elaborar o Projeto	- Redação de projeto fundamentado em documento próprio.	Novembro de 2011
Entregar o Projeto.	- Entrega via Net do projeto à orientadora do mesmo.	15 de Novembro de 2011

Fase de Implementação

Objetivos	Atividades	Datas
Preparar o espaço e o material de apoio.	- Preparação do espaço; - Procura e elaboração de material de apoio (ex. panfletos);	Novembro de 2011 a Fevereiro de 2012
Divulgar do Projeto no HESE-EPE.	- Divulgação do projeto no site do HESE-EPE;	Novembro de 2011 a Fevereiro de 2012
Divulgar à população-alvo.	- Colocação de panfletos em sítios acessíveis à população-alvo, como o Serviço de Obstetrícia e Ginecologia, Neonatologia e Urgência Pediátrica e em consultórios médicos de Obstetrícia.	Novembro de 2011 a Maio de 2012
Registrar dados.	- Elaboração de ficha de grávida para registo dos episódios; - Registo das dúvidas para possíveis sessões de esclarecimento em grupo.	Novembro de 2011 a Fevereiro de 2012
Aplicar questionários de satisfação.	- Elaboração de questionários de avaliação da satisfação.	Novembro de 2011 a Fevereiro de 2012

Fase de Intervenção

Objetivos	Atividades	Datas
Melhorar a prestação de cuidados à população-alvo	- Esclarecimento de dúvidas às grávidas; - Organização da Vista ao Serviço antes do Parto;	Março a Maio de 2012
Avaliar o Projeto e realizar o Relatório de Estágio.	- Compilação dos dados e avaliação do projeto implementado;	Novembro de 2011 a Setembro de 2012
Entregar o Relatório.	- Entrega atempada do relatório, elaborado segundo as normas protocoladas.	Setembro de 2012

Anexo B – Sessões de Educação para a Saúde

Tema: Amamentação do Recém-Nascido

Duração: 30min

População-Alvo: Grávidas e Puérperas internadas no serviço de Obstetrícia

Formadora: Ana Mourato

Objetivo geral: Aumentar conhecimentos e esclarecer dúvidas relativas à amamentação do recém-nascido

Objetivos Específicos	Conteúdos	Estratégias			Avaliação
		Metodologia	Atividades Pedagógicas	Recursos	
<p>Os formandos devem ser capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar as vantagens da amamentação; - Conhecer a composição do leite; - Saber como se coloca o bebé à mama; - Conhecer os cuidados com as mamas na subida do leite; 	<ul style="list-style-type: none"> - Lactação; - Importância da amamentação; - Composição do leite materno; - Diferenças nas mamadas; - Regresso a casa; - Cuidados para esvaziar as mamas; - Conservação do leite materno; - Preparação, administração e esterilização de um biberão; 			<ul style="list-style-type: none"> - Cadeiras, mesas. - Computador, datashow; 	<ul style="list-style-type: none"> - Através do questionário de satisfação; - Através da participação.



AMAMENTAÇÃO

Elaborado por:
Ana Mourato
Ana Raposo



Amamentação

- A alimentação é uma área emocionalmente importante nos cuidados à criança.
- Segundo Bobak (2002:426) “...é através da alimentação o principal meio pelo qual o recém-nascido estabelece uma relação com os pais”.
- Desde o nascimento o aleitamento (materno, artificial ou misto) facilita a estimulação tátil, essencial para o desenvolvimento físico e emocional da criança.

VANTAGENS DA AMAMENTAÇÃO PRECOCE

PARA O BEBÉ	PARA A MÃE
Facilita o vínculo mãe-bebé	Facilita a contração do útero, diminuindo as perdas de sangue após o parto
O bebé encontra-se mais desperto e o reflexo de sucção é mais forte nas duas horas seguintes ao parto, momento ótimo para iniciar a amamentação;	Recuperação ponderal e anatómica mais rápida
Facilita a manutenção da amamentação	Aumenta o vínculo com o bebé
Ajuda a estimular a mama para a subida do leite	Diminui o risco de depressão pós-parto, de cancro da mama, ovário, útero e osteoporose.
Reforça o sistema imunitário do bebé e diminui o risco de alergias, infeções, obesidade, diabetes, HTA (adulto) e está associado a níveis superiores de QI	Previne de uma nova gravidez enquanto o bebé mamar exclusivamente ou enquanto a menstruação não voltar

Sempre pronto e acessível, à temperatura ideal, seguro, económico, sem necessidade de gastos de material de preparação, biberões, energia,

Funcionamento da Lactação

Após o parto



Queda acentuada de estrogénios e progesterona

Aumento da Prolactina

Ocitocina

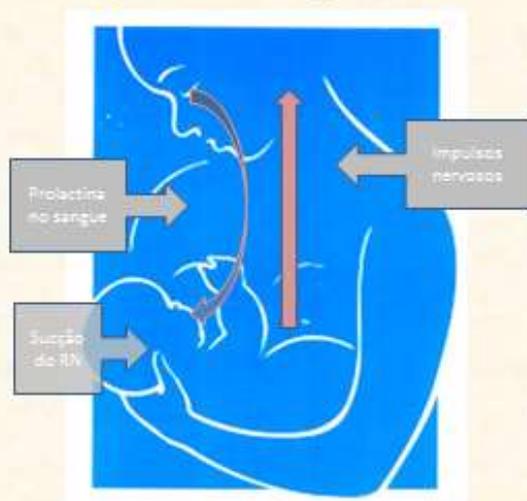
PRODUÇÃO DE COLOSTRO

EJEÇÃO DE LEITE

(González, 2004)

Prolactina

Segregada durante e depois da mamada, para produzir leite para a toma seguinte



Prolactina

Efeito de produção do leite

Estimulação da produção:

- Boa pega
- Aleitamento a pedido (sem restrição no horário/frequência)
- Aleitamento noturno



Efeitos

Relaxamento materno
Suprime ovulação



LAM - Método de amenorreia lactacional

Efetividade » 98% (primeiros 6 meses pós parto)
 Custo = zero
 Amamentar 6-10 vezes por dia nas 2 mamas, incluindo amamentação noturna
 Mãe amenorreica
 Bebê < 6 meses

Levy & Bértolo (2008)



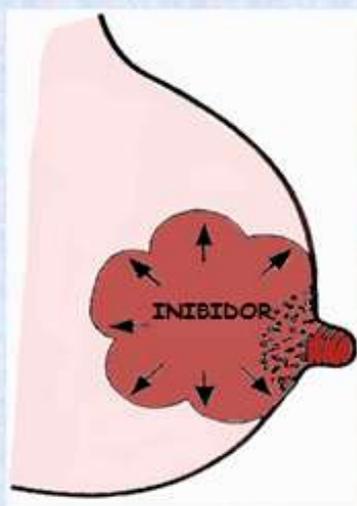
SINAIS E SENSAÇÕES DE UM REFLEXO DE OCITOCINA ACTIVO

- Pressão, sensação de formigueiro ou picada nas mamas antes de amamentar o bebé ou durante a mamada;
- O leite pingar das mamas quando pensa no bebé ou o ouve chorar;
- O leite pingar da outra mama, quando o bebé está a mamar;
- O leite escorrer das mamas quando o bebé, larga a mama durante a mamada;
- Dor abdominal devido a contrações uterinas e aumento da perda hemática genital durante as mamadas, na primeira semana pós-parto;
- Sucções do bebé profundas e lentas seguidas de deglutição. Isto é sinal de que o leite está a fluir para a boca do bebé.



OMS (1993)

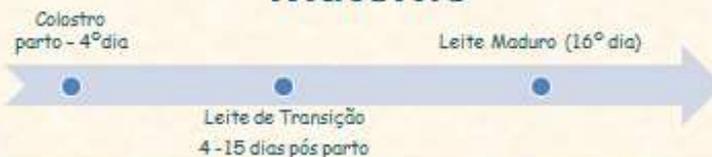
FACTOR QUE INIBE O ALEITAMENTO MATERNO



Se a mama não é esvaziada a secreção de leite fica suspensa.

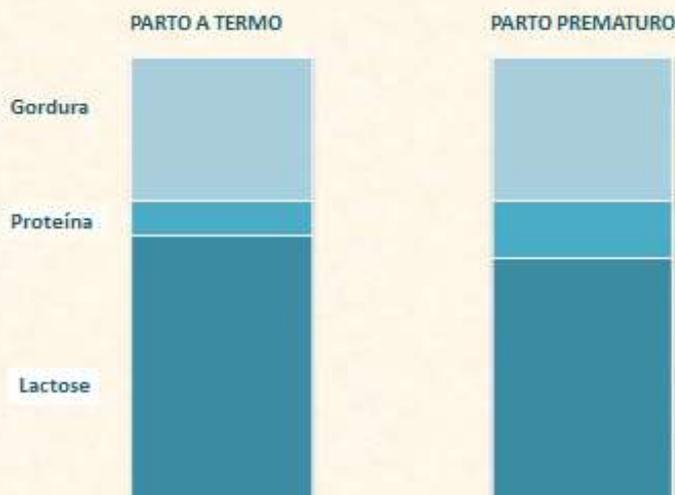
Levy & Bértolo (2008)

Variações na Composição do Leite Materno

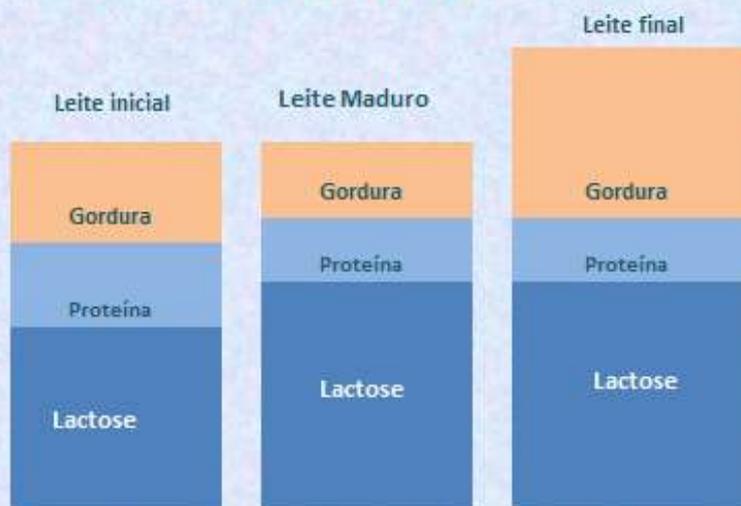


PROPRIEDADES DO COLOSTRO	IMPORTÂNCIA
Tem mais proteínas que o leite maduro	
Sabe a Líquido amniótico	
Rico em anticorpos e IgG	Proteção das infeções e de alergia
Muitos Leucócitos	Proteção das infeções
Efeito Laxante	Eliminação do mecónio facilitada e redução do risco de icterícia
Fatores de crescimento	Maturidade intestinal mais rápida e prevenção de alergias e intolerância
Rico em Vit. A	Prevenção de algumas infeções e algumas doenças dos olhos

DIFERENÇAS NA COMPOSIÇÃO DO LEITE MATERNO



DIFERENÇAS NA COMPOSIÇÃO DO LEITE MATERNO



RECOMENDAÇÕES DA OMS

Iniciar a amamentação na primeira hora após o parto ou logo que possível;

Amamentar exclusivamente até aos seis meses de idade;

Introduzir alimentação complementar antes dos seis meses apenas se o bebé tiver fome ou não crescer;

Dar alimentos complementares a todas as crianças a partir dos seis meses de idade;

Continuar a amamentar até aos dois anos de idade ou mais.

OMS (1993)

Como colocar o bebé à mama

Como segurar a mama:

Dedos contra a parede torácica por baixo da mama (em "C");
 Dedo indicador apoiando a mama;
 Dedo polegar por cima;
 Dedos afastados do mamilo;

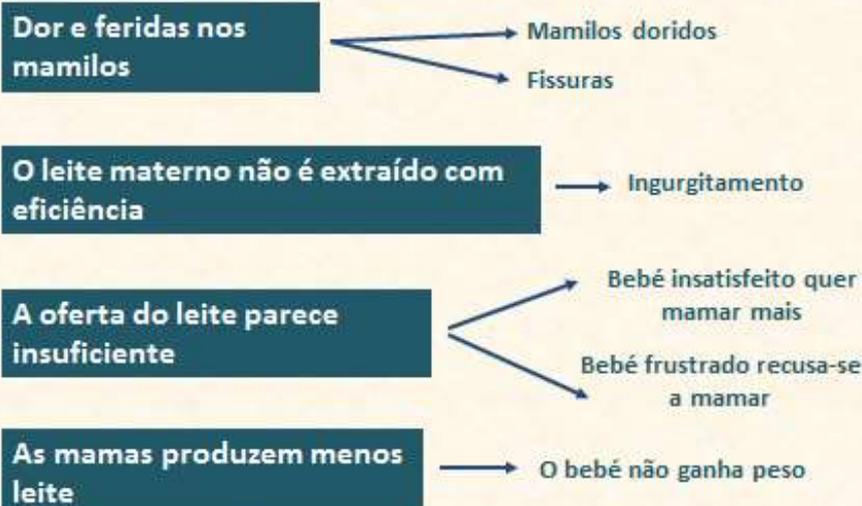
Toque no lábio inferior do bebé;
 Espere até que o bebé abra bem a boca;
 Aproximar o bebé da mama (e não levar o bebé à mama), fazendo com que o lábio inferior fique virado para fora.

CAUSAS DE UMA PEGA INCORRETA

Uso de biberão	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antes do estabelecimento da amamentação; ▪ Oferecer suplementos sucessivamente utilizando a tetina.
Mãe inexperiente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Primeiro filho; ▪ Antecedentes de utilização do biberão.
Dificuldade funcional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bebé pequeno ou fraco; ▪ Mamilo pouco protractil; ▪ Ingurgitamento mamário; ▪ Início tardio da amamentação.
Falta de apoio de uma pessoa competente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de apoio da família e da comunidade; ▪ Médicos, parteiras, enfermeiros não suficientemente treinados.

OMS (1993)

CONSEQUÊNCIAS DE UMA PEGA INCORRECTA



OMS (1993)

O bebé mama em duas fases:

Estudos efetuados por Hartmann (2008) mostram que os bebés mamam naturalmente em duas fases:

- Inicialmente, realizam uma sucção em movimentos rápidos e curtos, estimulando o reflexo de ejeção de leite/saída de leite da mama;
- Após a saída de leite se iniciar, mudam para uma sucção de movimentos mais lentos e profundos para se alimentarem: Para conseguir o máximo de leite rapidamente.

Que quantidade de leite o bebê precisa?

Capacidade do estômago do RN:

- 1º dia – 5-7ml (berlinde)
- 3º dia – 20-30 ml (bola de ping-pong)
- 10º dia – 50-60 ml (bola de golfe)
- 6 meses – 150 ml
- 1º Ano – 200 ml

8-12 mamadas/24HORAS (1º mês)

Tamanho do estômago do bebê



Pesquisadores descobriram que o estômago do bebê de 1 dia não dilata para caber mais. Já que as paredes do estômago do bebê se mantêm firmes, o leite excedente é frequentemente expelido (regurgitado). O colostro é justamente o volume próprio para as primeiras mamadas do bebê.

Medela (2012)



Como saber se o bebé está a ingerir leite?

O Bebé faz uma boa pega;

Percebem-se as pequenas pausas entre períodos de sucção (é neste intervalo que a boca do bebé se enche de leite) traduzido por um ritmo de mamada lento e profundo;

Pode ouvir-se o bebé deglutir.



O Regresso a Casa

A descida de leite ocorre sensivelmente nas primeiras 48h/ 72h após o parto, é variável de mulher para mulher .

Corresponde a um aumento de circulação sanguínea mamária bem como da quantidade de líquidos presentes na mama.

Regresso a casa

- As mamas podem ficar duras, por vezes quentes, e existir uma grande tensão mamária e sensação dolorosa, poderá por vezes também ocorrer febre.
- A mãe poderá reduzir a ingestão de líquidos neste período e só deve oferecer a mama após a realização das manobras de alívio da tensão mamária.

Cuidados a ter na subida do leite

- Oferecer uma mama até ao fim/ bebé ficar satisfeito antes de passar para a outra mama;
- Após a mamada, se sentir a mama cheia, retirar manualmente ou com bomba até ficar confortável;
- Na mamada seguinte oferecer a outra mama;
- Massajar a mama em movimentos circulares, no sentido dos ponteiros do relógios, podendo aplicar parches de água quente ou usar o chuveiro;
- Para extrair o leite manipular apenas o mamilo.

Como Extrair o leite materno?

A extração do leite materno deve ser realizada após a mamada ou após estimulação da região mamilar para que o reflexo de ocitocina seja ativado e a drenagem se torne mais fácil, com menor necessidade de administração de ocitocina exógena (Syntocinon spray).

PROCEDIMENTO:

- Posicione os dedos polegar e indicador nos extremos da zona da aréola;
- Exerça pressão contra a grelha costal e para o centro;
- Alterne a posição dos dedos para esvaziar todas as zonas da mama.

Extracção manual de leite materno



Com que frequência a mãe deve extrair o seu leite?

Estabelecer a lactação / alimentar RN baixo peso ou doente

- Começar nas primeiras 6 horas pós-parto
- Frequência semelhante às mamadas do bebê

Manter a produção e alimentar um bebê doente

- Pelo menos de 3 em 3 horas

Aumentar a produção de leite

- Muito frequentemente (a cada meia a uma hora)
- Pelo menos a cada 3 horas durante a noite

Deixar leite para o bebê quando vai trabalhar

- Tanto quanto possível antes de ir trabalhar
- Importante extrair no trabalho – manter a produção

Aliviar sintomas

- Apenas tanto quanto o necessário

Manter a pele do mamilo saudável

- Extrair uma pequena gota para passar no mamilo após o banho e após cada mamada

CONSERVAÇÃO DE LEITE

Conservação do Leite Materno				
		Frigorífico	Congelador doméstico (porta separada)	Arca congeladora (-20º C)
	Temperatura ambiente			
Leite extraído recentemente	1 dia	3-5 dias	3-6 meses	6-12 meses
Leite descongelado no frigorífico	4 horas ou menos	24 horas	Não recongelar	Não recongelar
Descongelado fora do frigorífico em água quente	Para completar refeição	4 horas	Não recongelar	Não recongelar

Fonte: Alto Comissariado para a Saúde

Esterilização

Métodos de Esterilização

- Fervura
- A vapor
- A vapor microndas
- A frio



Como Preparar o Biberão?

- Antes de começar a preparar o biberão deve lavar cuidadosamente as mãos;
- O biberão e a água devem estar devidamente esterilizados;
- Por cada 30cc de água (engarrafada) deve ser utilizada uma colher medidora dentro da medida certa
- A água de preparação do biberão deve estar fria para ser mais fácil a diluição do leite adaptado;
- Posteriormente e após agitar o biberão deve verificar a temperatura na face interna do braço, devendo a temperatura adequada aproximar-se dos 37 °.



Como dar o biberão?

- A mãe deverá estar sentada de modo tão confortável quanto possível como se fosse amamentar ao peito;
- Ter em atenção que o biberão deve ser segurado de forma a que a tetina esteja sempre cheia de leite (o mais aproximado do ângulo de 90 graus) evitando que o bebé engula ar.

Obrigada pela atenção



Tema: Cólicas no Recém-Nascido e Lactente

Duração: 30min

População-Alvo: Grávidas e Puérperas internadas no serviço de Obstetrícia

Formadora: Ana Mourato

Objetivo geral: Aumentar conhecimentos e esclarecer dúvidas relativas à amamentação do recém-nascido

Objetivos Específicos	Conteúdos	Estratégias			Avaliação
		Metodologia	Atividades Pedagógicas	Recursos	
<ul style="list-style-type: none"> - Identificar os “motivos” possíveis do choro; - Deter conhecimento das cólicas do recém-nascido; - Conhecer algumas das medidas que podem aliviar; - Proporcionar alguma tranquilidade aos pais através do esclarecimento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Choro; - Problemas decorrentes do choro; - Critérios de Wessel; - Cólicas do primeiro trimestre; - Fatores predisponentes; - Etiologia das cólicas; - O que fazer? 	<ul style="list-style-type: none"> - Exploratória e descritiva. 		<ul style="list-style-type: none"> - Cadeiras, mesas. - Computador, datashow; 	<ul style="list-style-type: none"> - Através do questionário de satisfação; - Através da participação.



Cólicas no Recém-nascido e lactente

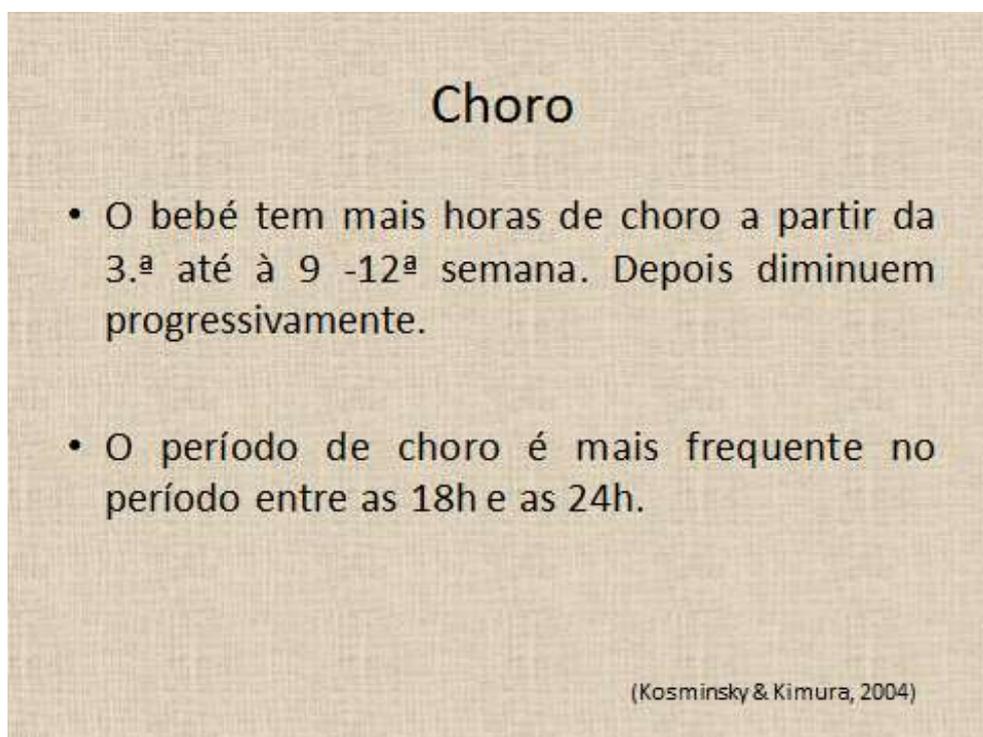
Enf^a. Ana Mourato
Enf^a. Cláudia Alves
Enf^a. M^a do Céu Curvo
Enf^a. M^a Celeste Lopes



Choro

- O **choro** corresponde à primeira forma de **comunicação social do bebê**.
- Manifestação normal e fisiológica durante os primeiros meses de vida.

(Kosminsky & Kimura, 2004)



Cólicas

Apesar de ser uma reação normal, pode dar origem a problemas como:

- ansiedade;
- depressão materna;
- interrupção precoce do aleitamento materno;
- perturbação do ambiente familiar, podendo mesmo levar à violência física;
- E são várias as questões que os pais se colocam.

(Saavedra et al., 2003)

Cólicas

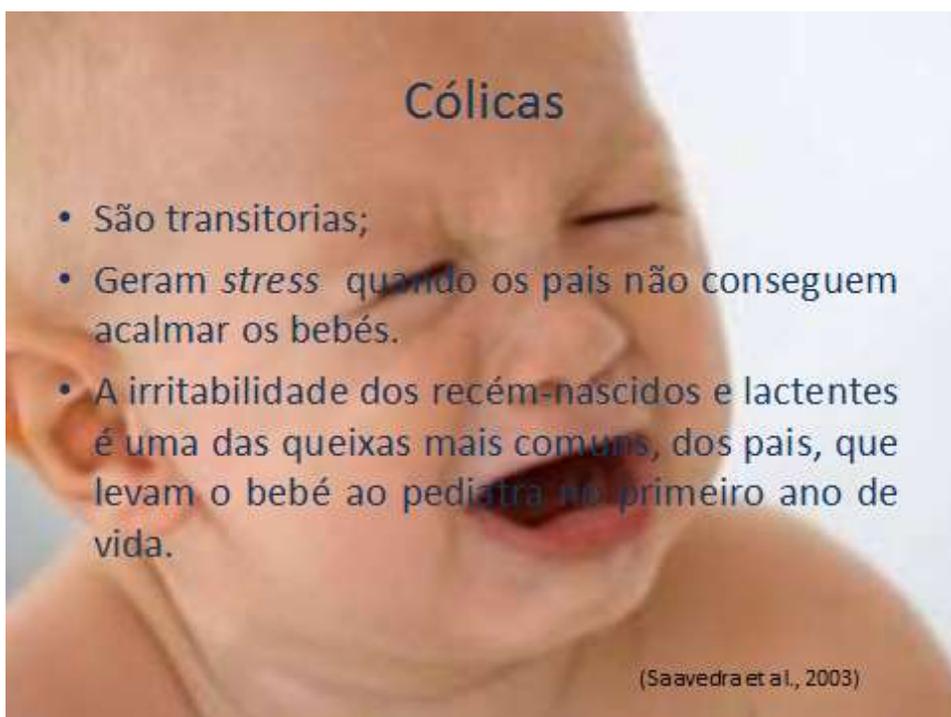
Crítérios de Wessel(1954) - Irritabilidade, agitação ou choro durante:

- 1º- Choro por mais de **3** horas por dia;
- 2º- por mais de **3** dias na semana;
- 3º- por mais de **3** semanas.

Regra dos **3**



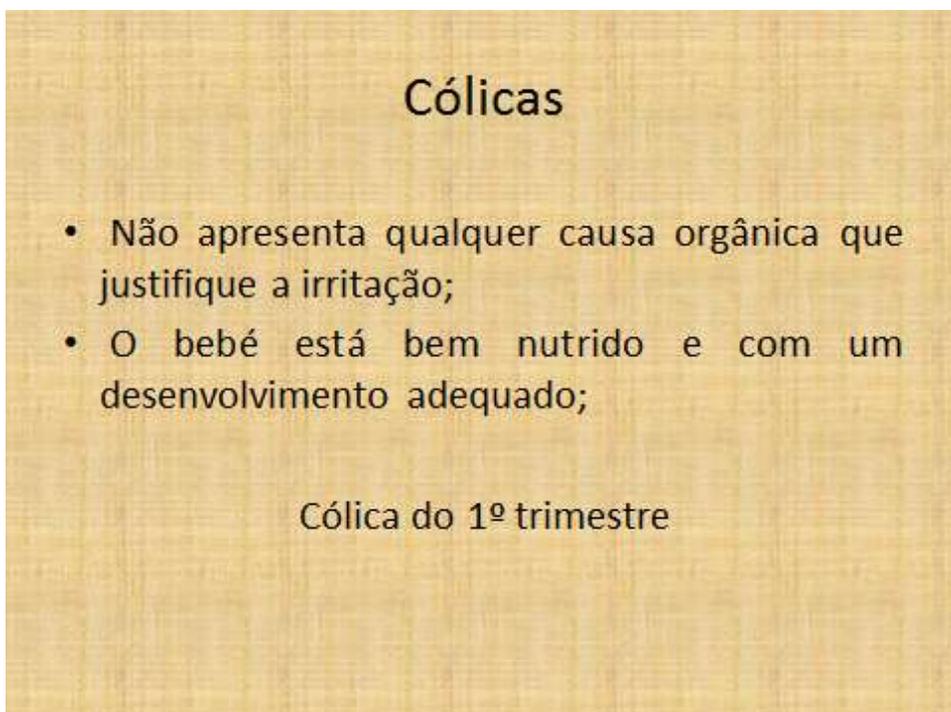
(Saavedra et al., 2003)



Cólicas

- São transitorias;
- Geram *stress* quando os pais não conseguem acalmar os bebês.
- A irritabilidade dos recém-nascidos e lactentes é uma das queixas mais comuns, dos pais, que levam o bebê ao pediatra no primeiro ano de vida.

(Saavedra et al., 2003)



Cólicas

- Não apresenta qualquer causa orgânica que justifique a irritação;
- O bebê está bem nutrido e com um desenvolvimento adequado;

Cólica do 1º trimestre



Cólicas do 1º Trimestre

Caracterizam-se:

- Por episódios de choro agudo que altera o comportamento de um bebé aparentemente saudável.
- Pode ocorrer após o aleitamento, embora possa suceder sem relação com este.



Cólicas do 1º Trimestre

- É mais frequente durante a tarde/noite e pode durar 3 ou mais horas.
- O choro pode ser acompanhado de :
movimentos de flexão das pernas sobre o abdómen, flexão dos braços, fechar as mãos, expressões faciais de dor, rubor facial, irritabilidade geral e emissão de gases intestinais.

- Como saber se o recém-nascido ou lactente chora mais do que o normal?!



Três “tipos” de bebês

Existem 3 tipos de bebês com choro considerado normal:

- Os que choram em média de 30 a 60 minutos diários (25% dos casos);
- Os que choram em média de 90 a 120 minutos por dia (50% dos casos);
- Os que choram 2 a 3 horas por dia (25% dos casos).



Causas das cólicas

- A cólica do recém-nascido/lactente é muito frequente.
- Mais de 30% são de causa desconhecida, embora existam muitos fatores que possam estar implicados .

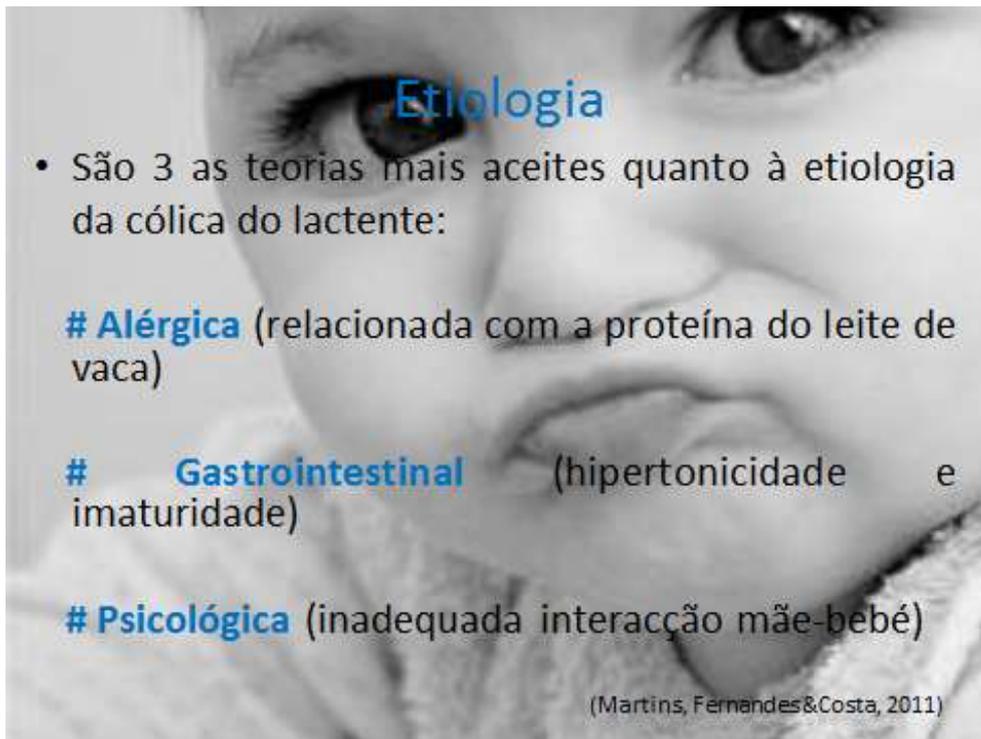


Fatores predisponentes

- Tabagismo na gravidez;
- Bebés do sexo feminino;
- Mães submetidas a anestesia ou analgesia durante o trabalho de parto;
- Mulheres que exerciam atividade profissional fora do domicílio durante a gravidez;
- Consumo de álcool, drogas e cafeína na amamentação.



(Kosminsky & Kimura, 2004)



Etiologia

- São 3 as teorias mais aceites quanto à etiologia da cólica do lactente:

- # **Alérgica** (relacionada com a proteína do leite de vaca)
- # **Gastrointestinal** (hipertonicidade e imaturidade)
- # **Psicológica** (inadequada interacção mãe-bebé)

(Martins, Fernandes&Costa, 2011)

Causa alérgica

- **Intolerância às proteínas do leite** que o bebé toma (se fizer biberão o leite está adaptado a partir do leite de vaca),
- **Ingestão excessiva de produtos lácteos** pela mãe (situação de aleitamento materno).



Causas digestivas

- Má técnica de alimentação, em que o bebé ingere demasiado ar;
- Permanecer muitas horas no berço na posição horizontal.



Causas psicológicas

- A atitude dos cuidadores diante do choro das crianças reflecte-se directamente no seu comportamento.





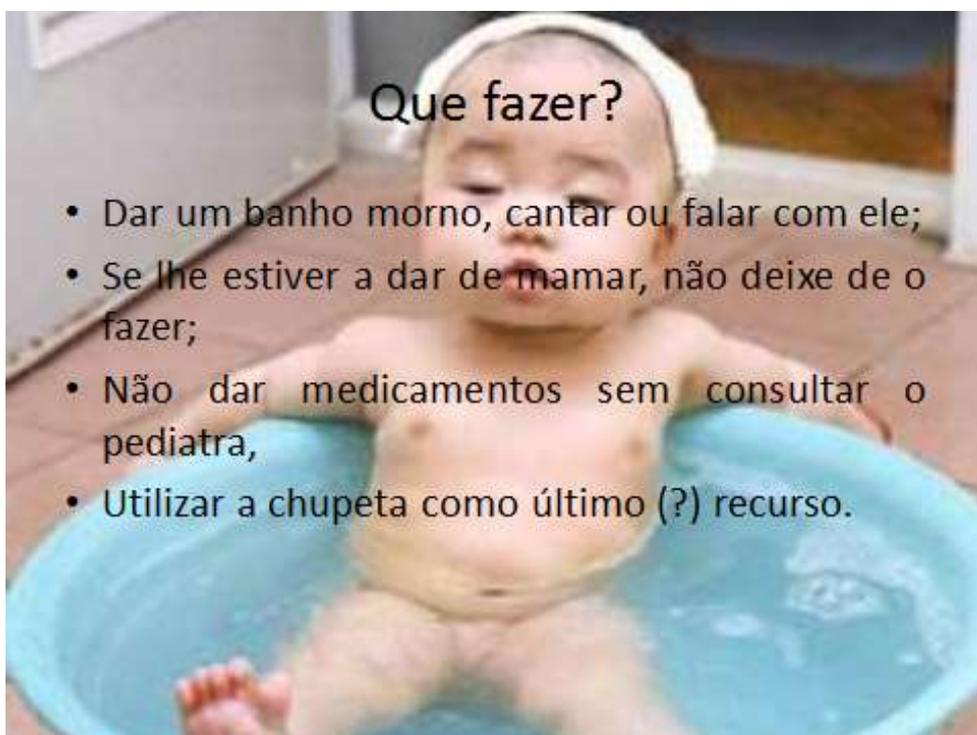
Causas psicológicas

- Mães com humor negativo podem se um factor de risco na ocorrência de problemas comportamentais na criança.
- Os aspetos psicológicos têm influencia no padrão de sono, amamentação e relação afetiva mãe/filho.



Que fazer?

- Manter a calma;
- Despistar a presença de fome/alimentação excessiva (não dar de comer sempre que o bebé chora);
- Atender à necessidade nutricional do bebé;
- Assegurar boa pega/boa adaptação à tetina do biberão e/ou mama;



Que fazer?

- Se o bebé continuar a chorar deixe-o chorar até que adormeça sozinho: Deixe-o no berço, apague a luz e feche a porta. Vá para outro local, mantenha a calma ou tente distrair-se.

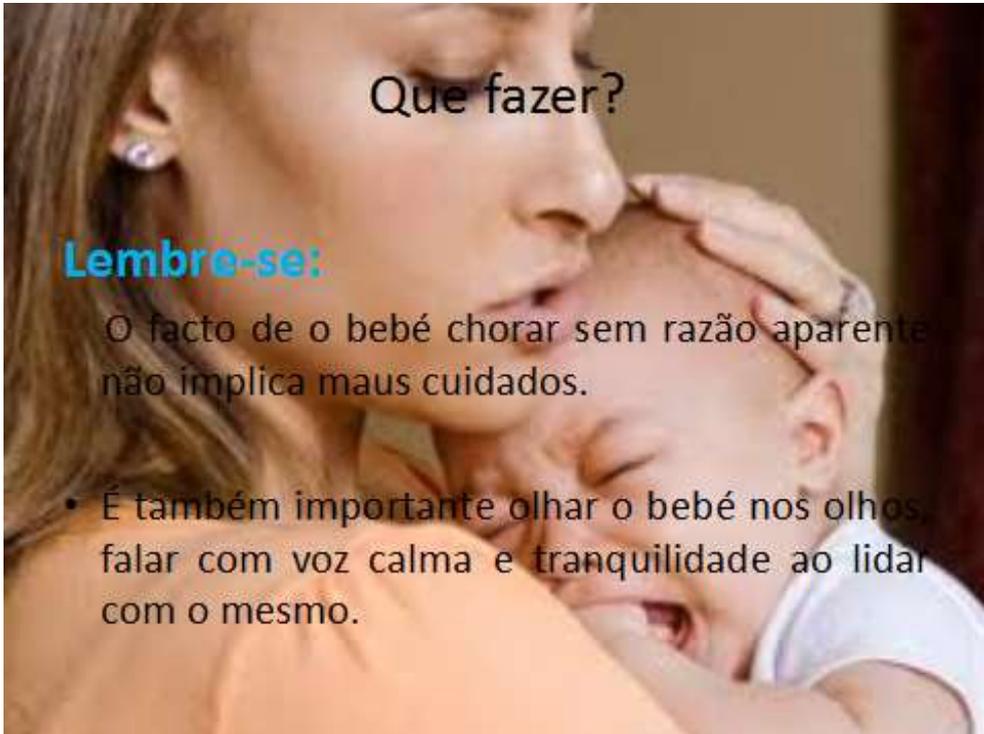


Que fazer?

Lembre-se:

O facto de o bebé chorar sem razão aparente não implica maus cuidados.

- É também importante olhar o bebé nos olhos, falar com voz calma e tranquilidade ao lidar com o mesmo.



Bibliografia

- Kosminsky, F. & Kimura, A. (2004). Cólicas em recém-nascido e lactente. *Rev. Gaúcha de Enferm. Porto Alegre (RS) ago;25(2):147-56*. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchaEnfermagem/article/view/4501/2438>
- Saavedra, M., Costa, J., Garcias, G., Horta, B., Tomasi, E. & Mendonça, R. (2003). Incidência de cólica no lactente e fatores associados: um estudo de coorte. *Jornal de Pediatria*. Disponível em: www.scielo.br
- <http://www.dodot.pt/artigos/-/info/details/content.59680/a-colica-do-lactente/>
- Martins, M., Fernandes, J. & Costa, V. (2011). Tratamento da cólica no lactente. *Patient Care, Janeiro*.



Anexo C – Folheto do GAP

As dúvidas decorrentes da gravidez devem ser esclarecidas e orientadas, promovendo-se a educação para a saúde na gravidez, parto e pós-parto. Devendo o período pré-natal ser encarado como privilegiado para o profissional de saúde pela sua vertente de prevenção e promoção da saúde (Frias, 2009).



uévora

Gabinete de Apoio à Parentalidade

Ana Mourato
Aluna do 1º Mestrado de Saúde Materna e Obstetrícia

Tel. 298740100
E-mail: gabinete.parentalidade@gmail.com

Gabinete de Apoio à Parentalidade



Apoio e esclarecimento de dúvidas à grávida e puérpera

Serviço de Obstetrícia
Hospital do Espírito Santo de Évora

Gabinete

O gabinete de apoio à parentalidade pretende ser um espaço aberto ao esclarecimento de dúvidas e apoio à grávida e puérpera, através da realização de sessões de individuais ou em grupo quando detetada essa necessidade.

Tem como objetivo promover a qualidade dos cuidados prestados na área de saúde materna e obstétrica, através do esclarecimento e encaminhamento de forma a permitir à grávida/puérpera experienciar toda a magia desta fase de forma mais serena e tranquila.



Gravidez

A gravidez funciona para a mulher como um "marco" na sua vida, implicando algumas alterações para receber o bebé. Corresponde a um período que reúne deslumbramento, dúvidas, ansiedade e desconfortos (Lamare & Colovsky, 2005).

A educação para a saúde (materna e infantil) reveste-se de extrema importância na relação que se efetiva entre os profissionais de saúde, casal e família.

O profissional de saúde pode representar um apoio para ultrapassar a ansiedade motivada pelo medo do desconhecido, da insegurança e das alterações que ocorrem na mulher. Deve ser dado à mulher espaço para dúvidas, queixas, dificuldades ou fantasias, sendo este processo de diálogo que vai efetivar esta relação de promoção da saúde (Spallicci, Costa e Melleiro, 2002).

Puerpério

O período de puerpério corresponde da mesma forma a um período de mudanças e ajustes, nomeadamente físicos e psicológicos, suscetível de dúvidas e anseios.

O enfermeiro pode ajudar a preparar a alta da puérpera, no sentido de ajudar a prevenir os conflitos que poderão surgir e planear estratégias para os minimizar (Lowdermilk, 2008).

Como nos refere Canavarro (2006), a gravidez e a maternidade são tidas como um período de desenvolvimento, no qual se vivencia uma «crise», associada à mudança e ao stress.

Gabinete de Apoio à Parentalidade

Contacte e marque um horário de atendimento



Anexo D – Pedido do LCD

Évora, 8 de Janeiro de 2013

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração

Eu, Ana Sofia Mourato, Enfermeira, nº mecanográfico 2756, a exercer funções no Serviço de Obstetria, encontro-me a realizar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria, e em fase de intervenção do projeto, que se prende com a criação de "um Gabinete de Apoio à Parentalidade" já devidamente aprovado pelo Conselho de Administração. Neste momento estou a implementar algumas atividades e para tal necessito de contar com alguns apoios, nomeadamente com o vosso, se possível. Assim, venho por este meio solicitar a aquisição de um LCD com o objetivo de este ser instalado no corredor de acesso ao serviço de Obstetria como forma de divulgação do referido gabinete e de várias informações, assim como meio de educação para a saúde através da passagem de temas alusivos à Maternidade.

Parece-me pertinente a utilização deste meio eficaz de divulgar informação e o espaço onde será colocado é estratégico pois corresponde à sala de espera do serviço, local onde as utentes/famílias permanecem durante o tempo de espera de consultas e/ou exames.

Aguardo a vossa resposta, agradecendo a atenção dispensada.


(Ana Sofia Mourato)

CÓPIA

CE

HESE-EPE	
RECEBIDO	EM 8 / 2013
	N.º 21
RESPONDIDO	EM
	N.º

Anexo E – Ficha de Encaminhamento



Ficha de Encaminhamento para o Gabinete de Apoio à Parentalidade

1. VINHETA DO RECÉM-NASCIDO / PUÉRPERA

--

2. IDENTIFICAÇÃO DA MÃE

Nome

Idade

Profissão

Telefone

3. MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

Serviço:

Data: / /

Data do Parto:

Motivos:

Enfermeiro que encaminha:.....

Anexo F - Ficha de Família



Ficha de Família

1. IDENTIFICAÇÃO DA GRÁVIDA					
Nome					
Idade		Profissão			
Grupo Sanguíneo					
Raça	Nacionalidade				

2. ANTECEDENTES	
Pessoais	
Familiares	
Pai do RN	

3. GESTAÇÕES ANTERIORES				
IO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....				
.....				
.....				
.....				

4. GESTAÇÃO ATUAL					
DUM	_/_/_	DPP	_/_/_	Idade Gestacional	s d
Vigilância da Gravidez:		Sim <input type="checkbox"/>	Nº de Consulta:		
		Não <input type="checkbox"/>	Obstetra <input type="checkbox"/>	Centro de Saúde <input type="checkbox"/>	
Ecografia Fetal:		Normal <input type="checkbox"/>	Patológica <input type="checkbox"/>		
Doenças na Gravidez:.....					
Serologias na Gravidez:..... em _/_/_.					

5. DÚVIDAS

Empty rectangular box for questions.

Anexo G – Folheto da Mala da Maternidade

Para a puérpera:

2/3 Pijamas e ou Camisas (abertos à frente)

1 Robe

1 Par de sapatos de quarto

1 Par de chinelos de plástico/ borracha (para banho)

2 Soutiens de Amamentar

Cuecas ou boxer s., preferencialmente descartáveis;

1 Cinta ou Faixa Puérperal (tubular)

Material de higiene

Discos descartáveis e ou colheres coletivas



uóvora

Elaborado por:
Ana Mourato

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

Para o trabalho de parto

- 1 Batom hidratante;
- 1 Elástico para o cabelo;
- 1 Leque;
- 1 Par de peúgas confortáveis;
- Rebuçados, gomas ou sugos;
- 1 Revista ou livro;
- 1 Walkman com phones.



Para o bebê: A primeira roupa

- 1 Body interior ou conjunto de 2 camisolas;
- 1 Calças de algodão com pé;
- 1 Par de meias;
- 1 Baby-grow, conjunto de 2 peças ou cueiro;
- 1 Gorro;
- 1 Casaco;
- 1 Manta.



Para o pós-parto

- 5 /6 Conj. Interiores (bodys ou conj. de duas Camisolas);
- 5/6 Calças de Algodão com pé;
- 5/6 Pares de meias de algodão (com elástico anti-pressão);



- 5/6 Babygrows, conjunto de 2 peças; cueiros;
- Toalhitas.

Anexo H - Plano de Educação para a Saúde Pré-Natal

Quadro 8-1 *Plano de Educação para a Saúde Pré-Natal*

No primeiro contacto entre o utente e o enfermeiro, é desenvolvido um plano de ensino. Isto reflecte as únicas necessidades de aprendizagem de cada utente e incorpora informação que os prestadores de cuidados identificam como essencial para todas as grávidas e informação que as utentes identificam como prioridades de aprendizagem. O plano é revisto com a utente e actualizado sempre que necessário. A referência das utentes a indivíduos ou organizações que financiam a preparação para o parto também pode ser adequado para alcançar todos os objectivos de aprendizagem.

Pré-concepção

Como é que a gravidez ocorre (ciclo menstrual).
Factores de estilo de vida com impacto potenciais no desencadeamento e no início da gravidez: drogas, álcool, estado nutricional, saúde em geral, considerações ocupacionais e de ambiente.

Alternativas em contextos de nascimento e relativamente a prestadores de cuidados em obstetrícia.

Testes de gravidez.

Mitos sobre concepção e gravidez.

Primeiro Trimestre

Sentimentos sobre gravidez, ambivalência, desenvolvimento de tarefas no início da gestação, aspectos relacionados com a idade
Reacções da família à gravidez, respostas emocionais do primeiro trimestre por parte dos pais

Mudanças físicas do início da gravidez

Sexualidade durante o primeiro trimestre

Factores de estilo de vida com impacto no início da gravidez: drogas, álcool, nutrição (incluindo prescrição de vitaminas e suplemento de ferro), saúde em geral, exercício, descanso, considerações ocupacionais e ambientais

Sinais de aviso da gravidez inicial.

Medo de abortar (assunto sugerido para ser apresentado em grupo)

Testes de diagnóstico de bem-estar materno e fetal do primeiro trimestre (como adequado)

Expectativas das utentes face à gravidez e nascimento.

Opções disponíveis para a utente dentro dos vários serviços pré-natais e de nascimento, visita à maternidade

Orientação antecipatória no que concerne às expectativas de consultas pré-natais

Preocupações dos irmãos, comunicar a gravidez aos outros filhos

Recursos dentro da prestação de cuidados ou práticas privadas e na comunidade (incluindo literatura relevante)

Segundo Trimestre

Sentimentos sobre gravidez, aceitação da mesma, desenvolvimento de tarefas no segundo trimestre de gravidez, aspectos relacionados com a idade.

Respostas dos familiares à progressão da gravidez, reacções dos pais.

Crescimento e desenvolvimento fetal.

Factores do estilo de vida com impacto potencial a meio da gravidez: drogas, álcool, tabaco, nutrição (incluindo vitaminas prescritas e suplementos de ferro), saúde geral, exercício, mecanismos corporais, descanso, considerações ocupacionais e ambientais, stress

Mudanças nas actividades de vida relacionadas com o segundo trimestre

Sinais de alarme de meio da gravidez

Testes de avaliação do bem-estar materno e fetal (como necessário)

Expectativas das utentes face à gravidez e nascimento

De Sheruwen LN, Scoloveno MA, Weingarten CT: Nursing care of the childbearing family, ed 2, Norwalk, CT, 1995, Appleton & Lange.

Quadro 8-1 *Plano de Educação para a Saúde Pré-Natal - continuação***Segundo Trimestre - Cont.**

Medos e ansiedades das utentes relacionados com o segundo trimestre

Preocupações dos irmãos

Expectativas das utentes com a gravidez e parto, confirmação das aulas do terceiro trimestre

Terceiro Trimestre

Sentimentos sobre gravidez, desenvolvimento de tarefas do terceiro trimestre

Preparação para o parto, parto e ser pais (os conteúdos podem ser ministrados pelos prestadores de cuidados durante as visitas pré-natais ou em maior profundidade durante as aulas de preparação para o parto)

Expectativas da utente face ao trabalho de parto e parto, progresso de aulas de preparação para o parto

Reacções da família ao avanço da gravidez; respostas emocionais dos pais ao terceiro trimestre; preparação dos irmãos

Mudanças físicas do final da gravidez, controlo dos desconfortos relacionados com o final da gestação

Sexualidade durante o terceiro trimestre

Factores do estilo de vida com impacto potencial no final da gravidez: drogas, álcool, nutrição (incluindo prescrição de vitaminas e de suplementos de ferro), tabaco, saúde em geral, exercício, mecanismos corporais, descanso, considerações ocupacionais e ambientais

Sinais de trabalho de parto, trabalho de parto "verdadeiro" versus "falso", fisiologia do trabalho de parto e parto, passageiro, passagem, forças e psiquismo durante o trabalho de parto

Posições no parto

Técnicas úteis durante o trabalho de parto e parto (p. ex., método psicoprofiláctico, método de Bradley)

Analgesia e anestesia durante o trabalho de parto e parto, medicamentos utilizados durante o trabalho de parto e parto

Tecnologia e nascimento, avaliação da maturidade fetal, potencial para indução ou controlo do trabalho de parto, uso potencial da monitorização fetal, infusões endovenosas, etc.

Variações do trabalho de parto

A experiência de alto risco: possibilidades de cirurgia obstétrica (p. ex., fórceps, episiotomia, cesariana); possibilidades de transferência para centro de nascimento, parto em casa, ou sala de partos devido às complicações obstétricas, possibilidades de nascimento centrado na família apesar da intervenção obstétrica

Sinais de alarme do final da gravidez, sinais e sintomas de trabalho de parto pré-termo

Revisão do plano de parto, orientação antecipatória relativamente ao que pode ser esperado de acordo com o serviço seleccionado para o parto

Explicação dos medos e preocupações relacionados com o final da gravidez, trabalho de parto e parto ou pós-parto

Visita às salas de trabalho de parto e parto

Preparações para a estadia da utente no hospital ou maternidade, preparações para o parto no domicílio

Preparações para outros membros de família durante a experiência de nascimento e recuperação imediata (p. ex., cuidados ao bebé feitos pelos irmãos)

Preparações para o recém-nascido, selecção do pediatra (pode incluir um encontro pré-natal)

Alimentação do bebé, preparação para a amamentação ou biberon

Relação precoce pais/criança

O que esperar dos prestadores de cuidados e do sistema de prestação de cuidados durante o trabalho de parto, parto e pós-parto

Orientação antecipatória para o pós-parto (incluindo mudanças físicas e emocionais, mudanças familiares e estratégias de coping)

Recursos disponíveis durante o terceiro trimestre e no pós-parto

Anexo I – Autorização do Conselho de Administração

H

Solicito favor de
Sr. José Chora Diretor
de Enfermagem

31-05-2012
José Chora
Enfermeiro Director

Autorizado
José Chora 1281
Enfermeiro Director
4.06.2012

Dr. João Chaves, D.º
D. João Chaves
20/05/2012

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

Ana Sofia Mourato, Enfermeira, com o n.º mecanográfico 2756, a exercer funções no serviço de Obstetria deste hospital, encontra-se a frequentar o 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria da Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus. No âmbito do referido mestrado, foi proposta a elaboração de um projecto de intervenção, a desenvolver no estágio final, no Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE (HESE, EPE) no serviço de Obstetria/Ginecologia, que está a decorrer. De acordo com as necessidades do serviço e após contacto com a Enfermeira Chefe do serviço de Obstetria/Ginecologia, optou-se pela criação de um Gabinete de Apoio à Parentalidade. A proposta tem como objectivo o esclarecimento de dúvidas e apoio às grávidas e puérperas.

Neste contexto foram já estabelecidos contactos prévios com o Enfermeiro Director, Director de Serviço e Enfermeira Chefe do Serviço de Obstetria, com vista às condições de operacionalização. Solicita-se a vossa **autorização para a implementação do referido projecto**, a decorrer no contexto do Mestrado.

já existe
situação em
para a
implementar
do referido projecto,
desde que se
definir o
nome,
funcionários
do serviço
José Chora
1-6-12

Aluna do 1º Mestrado Em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria

Ana Mourato
(Ana Mourato)

Orientadora Pedagógica

Ana Frias

(Professora Doutora Ana Frias)

HESE - EPE
RECEBIDO { 20/05/12
N.º 237
RESPONDIDO { EM
N.º

Évora, 18 de Maio de 2012

Anexo k – Cartão de visita do GAP

Gabinete de Apoio à Parentalidade

**Apoio e
Esclarecimento à
grávida e Puérpera**

Tel. 266740100 Extensão: 1329
E-mail:
gabinete.parentalidade@gmail.com

Serviço de Obstetrícia
Hospital do Espírito Santo

Ana Mourato
Alta do 1º Mestrado de Evf. de SMO

uóvora



Anexo L – Apresentação do Projeto no Serviço

HOSPITAL ESPIRITO SANTO / HOSPITAL DE ÉVORA

Unidade Prestadora de Cuidados de Obstetrícia
Formação em Serviço

Actividade _____

Nº _____

TEMA A DESENVOLVER :

Gabinete de Apoio à
Parentalidade

OBJECTIVOS :

Apresentar o projecto "Gestão do
Gabinete de Apoio à Parentalidade"

Realização : Data : 23/3/12

Local: HSE

Hora: 19

Prellectores : (3) Ana Gomes

Recursos Audio-Visuais : Diata - Slides

Enfermeiro da Formação em Serviço :

Mabados

GABINETE DE FORMAÇÃO

REGISTOS DE PRESENÇAS E SUMÁRIO

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

 Serviço: Obstétrica

 Tema: Apresentação do Projecto de intervenções do Maternal

 Data: 23/5/12

 Período: Das 14 às 15 Horas

Carga Horária da Actividade Formativa:

1 Hora (s) ___ Minutos

SUMÁRIO

Das equiparamentos ao serviço de obstetrícia o projecto de intervenções que consista de criação de um trabalho de Apoio à Parentalidade

O (s) Formadores

Amélia

PRESENÇAS

Nº	NOME	GRUPO PROFISSIONAL	ASSINATURA
1	M. dos Anjos B. Veladas	Enf.	
2	Luísa Oliveira Palma	Enf.	
3	M. José Souta	Enf.	
4	Angela Catarina Semanito	Enf.	
5	Luísa Veladas (C. C. C.)		

Nº	NOME	GRUPO PROFISSIONAL	ASSINATURA
6	Genesilda Pires Augusto	Enf.º	
7	Maria Cristina M.C. Sampaio	"	
8	Francisca Rosa Barros	Enf.º	
9	ANTONIA ROSA DA SILVA	Enfermeira	
10	Leopoldina Patrícia Pinto de Sá	Enf.º	
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			

O/A ENFERMEIRO/A CHEFE <u>Luiza Queiroz</u> 23/3/12	O/A RESPONSÁVEL DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO <u>Maladas</u> 23/3/12
---	---

Anexo M – Questionário de Satisfação aplicado à Amostra

Instrumento de Avaliação das Sessões

Para melhorar as sessões de educação é importante a sua opinião. Gostaríamos que respondesse a esta ficha de avaliação, relativa à sessão que frequentou.

1. **Identificação da sessão** _____

Data ___/___/_____

Duração: _____

2. **Selecione com um X, a resposta que melhor se adequa à sua opinião:**

a) Que importância atribui aos conteúdos abordados na sessão?

Nada Importante Pouco importante Importante Muito importante

b) Em termos do seu quotidiano, em como classifica os conteúdos da sessão?

Nada Importante Pouco importante Importante Muito importante

c) Que aplicabilidade tem a sessão em termos futuros no seu novo papel?

Nada Importante Pouco importante Importante Muito importante

d) Em termos gerais, que importância atribui a este tipo de iniciativas?

Nada Importante Pouco importante Importante Muito importante

Que tema (as) tem mais dúvidas e acha que seria importante abordar?

Muito obrigada pela sua disponibilidade e colaboração!

Ana Mourato

as16mourato@sapo.pt

Anexo N – Questionário para aplicação futura no GAP e respetiva autorização

RE: Article and Permission - Mensagem (HTML)

Ignorar

Conexão Eletrônica Não Solicitada - Eliminar

Responder

Responder a Todos

Responder

Responder e Retornar

Responder e B...

Clear Novos

Conferência de M...

Para o Gestor

Concluído

Mover

Arquivos

Região

Outlook

Marcar como Não Lido

Categorizar

Dar Seguimento

Traduzir

Localizar

Relacionado

Selecionar

Zoom

Zoom

Te estão com 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: Maraganda Sim Sim
Cc:
Assunto: RE: Article and Permission

Enviado: sex 01-06-2012 12:58

Enviado: quinta-feira, 31 de Maio de 2012 14:24
Para: Maraganda Sim Sim; Placentine, Linda
Cc: 'Angela Serranito'
Assunto: RE: Article and Permission

Maraganda -
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

Weiss, Marianne

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

Trabalhe no item RE: Article and Permission

11-06-2012 12:58

17:22
10-05-2013

Psychometric Properties of the Readiness for Hospital Discharge Scale

Marianne E. Weiss, RN, DNSc
Linda B. Piacentine, RN, MS, ACNP

Marquette University
Milwaukee, WI

The purpose of the study was to assess the psychometrics properties of the Readiness for Hospital Discharge Scale (RHDS), a 23-item instrument that measures patients' perception of readiness for discharge. Data were obtained from 356 respondents from two urban tertiary medical centers (adult and children's) in the midwestern United States who were participants in a larger study of predictors and outcomes of readiness for hospital discharge. Confirmatory factor analysis, contrasted group comparisons, and predictive validity testing supported the 4-factor structure and construct validity of the instrument. Following deletion of two poorly performing items, Cronbach's alpha for the revised 21-item scale was 0.90. The RHDS can be a useful tool for measurement of readiness for discharge for clinical and research purposes.

Keywords: readiness for discharge; postpartum; medical-surgical; parents; validity; reliability

Patients are discharged from hospitals in an intermediate stage of recovery (Korttila, 1991) and continue their recovery at home or in an intermediate care facility. The need to assess readiness for hospital discharge and transition to another location and level of care has become increasingly important to patient safety, satisfaction, and outcomes. The purpose of this study was to evaluate the psychometric properties of the Readiness for Hospital Discharge Scale (RHDS), an instrument developed to measure patients' perception of their readiness for hospital discharge.

BACKGROUND

The multidimensional construct *readiness for discharge* represents an estimate of patients' and family members' ability to leave an acute care facility (Titler & Pettit, 1995). It is a perception or judgment of being prepared or not prepared for hospital discharge (Congdon, 1994; Fenwick, 1979). *Home readiness*, a term used in the anesthesia and ambulatory surgery literature, describes patients at a stage of sufficient recovery to safely discharge (Korttila, 1991).

Readiness for Discharge Attributes and Associated Factors

A number of attributes of readiness for discharge are evident in clinical papers and research reports describing preparation for discharge, protocols for clinical assessment of discharge readiness, and postdischarge transition. Physical stability is a commonly described dimension that includes elements such as vital signs, intake and output, elimination, ambulation, minimal bleeding, pain control, and absence of nausea or vomiting (Bernstein et al., 2002; Clark, Steinberg, & Bischoff, 1997; Fenwick, 1979; Korttila, 1991; Stephenson, 1990; Titler & Pettit, 1995; Wong & Wong, 1999). Other dimensions of readiness for hospital discharge include functional ability and preparedness or competence to manage self-care at home (Artinian, 1993; Fenwick, 1979; Schaefer, Anderson, & Simms, 1990; Titler & Pettit, 1995), availability of social support (Artinian, 1993; Stephenson, 1990; Titler & Pettit, 1995; Wong & Wong, 1999), access to health care system and community resources (Bernstein et al., 2002; Titler & Pettit, 1995), psychosocial factors including coping skills (Bernstein et al., 2002; Fenwick, 1979; Schaefer et al., 1990; Wong & Wong, 1999), and adequate education and information about what to expect (Artinian, 1993; Bernstein et al., 2002). Patient populations included in these studies and reports related to readiness for discharge have included postanesthesia, ambulatory surgery, cardiac, surgical, elderly, rehabilitation, and mothers and their newborns.

A patient's readiness for discharge can be assessed from the perspectives of the provider, patient, and family. Criterion-based assessment by the provider is the most commonly reported method. Situation-specific criteria are used as clinical decision guides for determining readiness for discharge (Stephenson, 1990). For example, Chung (1995a) has developed a tool called the Post-Anesthesia Discharge Scoring System for use in discharge decision-making for ambulatory surgery. Criterion factors include: vital signs; ambulatory and mental status; pain, nausea, or vomiting; surgical bleeding; and intake and output. Patients not meeting these criteria for discharge have a higher incidence of symptoms at 24 hours postdischarge (Chung, 1995b). Standards of perianesthesia nursing of the American Society of Peri-Anesthesia Nurses add process criteria including the need for written instructions, arrangements for safe transport, and a resource to contact if problems arise at home (Barnes, 2000). The American Academy of Pediatrics (AAP) and the American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (AAP/ACOG, 2002) have identified guidelines for discharge after birth and have indicated that it is unlikely that the criteria can be met in less than 48 hours after birth. These criteria include parameters related to physiological stability, maternal knowledge, ability and confidence in self- and infant care, availability of support persons to assist in the initial transition period at home, and availability of continuing care postdischarge.

The need to include the patient's perception of readiness for discharge has been identified as an important component of discharge assessment (Fenwick, 1979; Stephenson, 1990). Most patients report being ready for discharge. In studies of elderly (Schaefer et al., 1990) and medical-surgical patients (Greene, 1991), 96% of patients in each study reported being ready for discharge. Among postpartum mothers, 90% felt they were ready to go home on the day of discharge, whereas 87% felt their infant was ready to go home (Bernstein et al., 2002). Among vaginal birth mothers, 81% of mothers discharged between 18 and 30 hours postbirth reported being ready for discharge compared to 89% of mothers discharged between 31 and 42 hours and 96% who were discharged between 43 and 54 hours (Weiss, Ryan, Lokken, & Nelson, 2004).

Family members' perceptions of readiness for discharge reflect the need to assess readiness for discharge beyond clinical physiological criteria. To parents of neonates in neonatal intensive care units (NICUs), discharge readiness involves preparation, ability, confidence, and desire (Bissell & Long, 2003). Among wives of coronary artery bypass graft surgery patients, 62% felt prepared for the discharge of their husbands, and those who felt ready had a support network and adequate information, believed things were organized at home for their husbands' return, and knew what to expect. Women who had problem-focused rather than emotion-focused coping styles and had the personal resources of health, energy, time, self-confidence, and positive beliefs were more likely to be ready for their spouses' hospital discharge (Artinian, 1993).

Patients, family members, and health care practitioners may have different perceptions of a patient's readiness for discharge (Reiley, Pike, et al., 1996). In a study of elderly patients, the patient often indicated readiness for discharge, whereas the family indicated a lack of readiness and the nurse expressed uncertainty about discharge readiness (Congdon, 1994). Nurses tend to underestimate functional ability after discharge, overestimate patient knowledge (Reiley, Iezzoni, et al., 1996), and identify different priority information needs than patients in preparation for discharge (Ruchala, 2000). Concordance regarding readiness between the postpartum mother and the pediatrician on the day of discharge was 92% but fell to 59% by 1 month postdischarge (Bernstein et al., 2002).

Readiness for discharge has been studied indirectly in investigations of essential content of discharge preparation education, knowledge gained, and sufficiency of discharge teaching for self-care following hospitalization in specific clinical populations. Most patients report receiving adequate information prior to discharge (Henderson & Zernike, 2001; Jacobs, 2000; Lee, Wasson, Anderson, Stone, & Gittings, 1998; Steele & Ruzicki, 1987). Postsurgical patients who received adequate education were confident at the time of discharge that they could perform required self-care activities, and at 6 weeks postdischarge the effectiveness of the education was evidenced by patients' reports of success at following postoperative recommendations (Steele & Ruzicki, 1987). Although information at the time of discharge often seems adequate, patients frequently report the lack of needed information when questioned postdischarge (Bent, Keeling, & Routson, 1996; Bernstein et al., 2002; Henderson & Zernike, 2001; Jacobs, 2000; Lee et al., 1998; Reiley, Iezzoni, et al., 1996; Steele & Ruzicki, 1987). Family caregivers also report lack of information in preparation for discharge home (Driscoll, 2000). A consequence of insufficient discharge preparation is increased utilization of unscheduled postdischarge visits to the provider (Henderson & Zernike, 2001).

Studies of the relationship of hospital length of stay and postdischarge outcomes have indirectly assessed the impact of readiness for discharge. Postpartum mothers with the shortest length of stay reported lower levels of readiness for discharge than mothers with longer hospital stays (Weiss et al., 2004). Critical reviews of studies of the impact of early postpartum discharge, with the inherent assumption about limitations on time available for discharge preparation, have failed to demonstrate clear evidence of either adverse outcomes or support for the safety of early discharge (Braveman, Egerter, Pearl, Marchi, & Miller, 2002; Brown, Small, Faber, Krastev, & Davis, 2002; Eaton, 2001). Across all types of hospitalized patients, implementation of case management and other discharge planning programs may have attenuated possible negative outcomes associated with shorter lengths of stay and facilitated postdischarge adjustments (Bull, Hansen, & Gross, 2000b; Costello & Chapman, 1998; Wong, Wong, Nolde, & Yabsley, 1990).

Themes related to readiness for discharge also have been identified in qualitative studies of the discharge planning process. Feeling safe, confident, and supported by family and friends are necessary antecedents to readiness for discharge (Heine, Koch, & Goldie, 2004). Perception of being prepared to manage care following hospitalization is one of the best predictors of satisfaction with discharge planning (Bull, Hansen, & Gross, 2000a), but hospital discharge plans often fail to reflect the complexities of the posthospitalization experience (LeClerc, Wells, Craig, & Wilson, 2002). Gaps in information about the illness, recovery, treatments, diet, medications, and community services are often related to difficulties in managing care posthospitalization (Bull & Jervis, 1997). The nature of hospital discharge as a transition was evident in parents' feelings of uncertainty and ambivalence prior to discharge, lack of preparedness for the realities of care at home, stress, isolation, and adjustments postdischarge and concerns regarding parental competence and infant vulnerability (Baker, 1991; Bent et al., 1996; Smith & Daughtrey, 2000).

Measurement of Readiness for Discharge

Patients' perception of readiness for hospital discharge has been included as a measured variable in a limited number of studies. The measurement method often includes a single-item question with a dichotomous yes/no format (Bernstein et al., 2002; Greene, 1991; McNamee & Wallis, 1999; Schaefer et al., 1990; Tierney, Closs, Hunter, & MacMillan, 1993); an ordinal response format such as the level of confidence a patient feels in ability to care for themselves at home (Clark et al., 1997) or length of hospital stay as too short, just right, or too long (Dato, Saraiya, & Ziskin, 2000); or interval ratings of readiness factors such as pain, mood, energy, functional ability, and knowledge (Schaefer et al., 1990) or how prepared patients feel for discharge (Wong et al., 1990) and for managing their care at home (Bull et al., 2000a). Readiness for discharge has been measured using a summated rating scale in three studies (Greene, 1991; Weiss, Ryan, & Lokken, 2006; Weiss et al., 2004).

Readiness for discharge is most frequently measured as an outcome of hospitalization. A limited number of studies have related readiness for discharge to postdischarge outcomes. In postpartum patients, outcomes of low readiness for discharge include new mothers being less happy, making more calls to the pediatric provider, and using an inappropriate sleeping position for the infant (Bernstein et al., 2002); greater worry about self and infant health and more infant feeding problems (Dato et al., 2000); and maternal self-reported physical and psychosocial problems and utilization of postdischarge services by mother and newborn (Weiss et al., 2006). In adult patients, patients' perceptions of discharge readiness were associated with perceptions of postdischarge recovery factors (Greene, 1991).

Considering the importance of readiness for discharge as an outcome measure of hospitalization and a predictor of postdischarge outcomes, clearly a need exists for a reliable and valid measure of patients' perceptions of readiness for hospital discharge for use in clinical practice settings and research activities. This study investigated the psychometric properties of the RHDS across the diverse patient populations that are discharged from hospitals.

THE READINESS FOR HOSPITAL DISCHARGE SCALE

Conceptual Basis of the Measure

The RHDS was developed by the first author of this article to measure patients' perceptions of readiness for discharge from the hospital. The underlying construct of readiness for discharge was defined as a judgment or perception regarding the patient's immediate state and

perceived abilities that relate to managing care needs in the home environment. The RHDS specifically focused on patients' self-perception. Four attributes of patients' perceptions of readiness for discharge were identified from review of the literature and prior instrument development activities: (1) personal status, (2) knowledge, (3) coping ability, and (4) expected support. Personal status is the physical-emotional state of the patient immediately prior to discharge. Knowledge is the perceived adequacy of information needed to respond to common concerns and problems in the posthospitalization period. Coping ability refers to the perceived ability of the patient to self-manage personal and health care needs after discharge. Expected support is defined as the emotional and instrumental assistance expected to be available following hospital discharge and is well supported in the literature about discharge transitions to home-based care.

Procedures for Instrument Development

The development of the RHDS was an extension of earlier work on the Perceived Readiness for Discharge After Birth Scale (PRDBS) (Weiss et al., 2006; Weiss et al., 2004). The PRDBS was a modification of a scale developed by Greene (1991) for use with adult surgical patients based on dimensions of readiness for discharge identified by Schaefer et al. (1990) for elderly postsurgical patients.

In preparing for a study of predictors and outcomes of readiness for hospital discharge, three clinical teams each consisting of 6 to 12 nurse clinicians, clinical specialists, and managers in the areas of adult acute, maternal-neonatal, and pediatric care convened to plan for the study instrument panels. These clinical nurse experts at the study hospitals served as initial content experts in generating items reflecting important factors in determining perceptions of readiness for discharge for patients and parents. For example, items related to perceived self-efficacy and competence in self-management as well as availability of support were developed for the coping ability and expected support subscales, respectively. The three groups worked independently and concurrently, with the principal investigator as the only common participant in the three groups.

Initially, the research teams from each study site had planned to identify content areas within each domain of the RHDS specific to their own patient population (adult, postpartum woman, parent of hospitalized child). Following identification and refinement of potential scale items, however, it became apparent that marked similarities in the items generated existed across the study populations. The three scales were refined to incorporate similar items for each of the three study groups. The 9 items of the PRDBS were retained from the postpartum mothers' version with comparable items included in the forms of the scale used for the adult and parent samples. Each of the scales contained 23 items in common and a small number of items that were sample-group specific (e.g., the postpartum mothers form contained an additional question about physical ability to take care of the baby). Content validity testing (Haynes, Richard, & Kubany, 1995; Waltz, Strickland, & Lenz, 2005) of the items of the adult and parent versions resulted in Content Validity Index composite scores across all items and raters for the total scale of 0.89 (18 adult medical-surgical patients raters) and 0.72 (20 parents of hospitalized children raters), respectively. All items were retained for further testing. The final version of the RHDS that was subjected to psychometric testing was an instrument designed to be used across the heterogeneous population of patients discharged from acute care facilities, with consistent content domains at the subscale and item levels but with item wording appropriate to the specific population sampled.

Description, Administration, and Scoring of the Instrument

The RHDS evaluated in this study consisted of 23 items that were common across the three formats of the RHDS. Four attributes of readiness for discharge were measured within the instrument's subscales: Personal Status (7 items), Knowledge (7 items), Coping Ability (4 items), and Expected Support (5 items). The self-report scale was presented as a printed questionnaire. The items were written in question format, and the subject was asked to respond by circling a number from 0 to 10. Anchor words (e.g., *not at all*, *totally*) were printed at the 0 and 10 poles of the scale to cue the subject to the meaning of the numeric scale.

The instrument was designed to be used on the day of discharge and was completed after the decision to discharge was made and within 4 hours of the projected discharge time. The instrument took subjects approximately 5 to 10 minutes to complete, and no difficulties were reported with understanding the questions or the response format. The reading level of the instrument was grade level 8.1 (Microsoft Word 2003, Flesch-Kincaid Grade Level Score).

To score the scale, two reverse-coded items were recoded so that higher scores on each item reflected greater readiness for discharge. Total and subscale scores were obtained by summing numeric responses to each item.

METHODS

The data for this psychometrics study were collected during a larger investigation of predictors and outcomes of readiness for hospital discharge in three patient populations: adult medical-surgical patients, postpartum mothers, and parents of hospitalized children. Psychometric properties (reliability and validity) were analyzed for the 23-item RHDS with the combined sample of subjects from the three patient samples. Following assessments of item and scale characteristics, reliability, and confirmatory factor analysis (CFA), item reduction resulted in a final 21-item scale. Further assessment of construct validity of the instrument included comparisons of groups that might differ in ratings of their readiness for discharge. Based on the review of the literature, the following hypotheses were identified for the contrasted group comparisons (Waltz et al., 2005):

1. Subjects who self-report readiness for discharge will have higher RHDS scores than subjects who report lack of readiness (Bernstein et al., 2002; Bull et al., 2000b; Clark et al., 1997; McNamee & Wallis, 1999; Tierney et al., 1993).
2. Subjects who live with an adult support person will have higher RHDS scores than those who live in a household without an adult support person (Stephenson, 1990; Titler & Pettit, 1995).
3. Subjects who report adequate educational preparation for discharge (equal to or more than needed) will have higher RHDS scores than subjects who report inadequate educational preparation for discharge (Cleary, Horsfall, & Hunt, 2003; Henderson & Zernike, 2001; Jacobs, 2000; Lee et al., 1998; Steele & Ruzicki, 1987).
4. Subjects who report greater coordination of the discharge process will have higher RHDS scores than subjects who report poorer coordination (Bull & Roberts, 2001; Tierney et al., 1993).

5. Subjects with longer lengths of hospital stay will report greater readiness for discharge than those with shorter lengths of stay (Britton, Britton, & Gronwaldt, 1999; Oh et al., 1995; Roberts & Kruger, 2001; Weiss et al., 2006).

Predictive validity was then assessed to determine if perceived readiness for hospital discharge predicted coping and utilization of support and health care services at 3 weeks postdischarge. Item, scale, and reliability characteristics were recalculated following revisions to the scale.

Sample and Setting

The sample consisted of adult medical-surgical patients, postpartum mothers, and parents of hospitalized children who were identified as ready for discharge by their medical care providers. The sample groups were selected to represent the diverse nature of patients discharged from acute health care facilities. The participants were recruited from an urban tertiary medical center and a children's hospital in the midwestern United States. Inclusion criteria for all participants were: minimum age of 18 years; able to speak and read sufficient English to complete consent processes and study questionnaires; and telephone access for postdischarge data collection. The adult sample included general medical-surgical and cardiac patients who were discharged directly to their homes. The postpartum sample included mothers who had a normal uncomplicated postpartum course (both the mother and newborn) defined as able to room in with the newborn and anticipated discharge together by the fourth postpartum day. Parents of hospitalized children included parents of children discharged directly to their homes. For the adult and pediatric samples, hospice patients were excluded.

The study sample consisted of a total of 356 of the 423 participants who enrolled in the larger study. Only subjects with complete data on the RHDS were included in the analysis. RHDS data were considered complete if no more than one item per subscale contained missing data. In these cases, mean subscale scores were substituted for the missing items. The final sample consisted of 121 adult medical-surgical patients, 122 postpartum mothers, and 113 parents of hospitalized children. The sample characteristics are summarized in Table 1. As a group, the sample reflected the characteristics of the hospitals and the communities they served. The total sample was predominantly White (62.7%), married (61.2%), completed at least partial college education (60.1%), and had private health insurance (64.6%). Females were overrepresented (81.1%) due to inclusion of postpartum mothers and parents of pediatric inpatients (91.9% female). Within the adult sample, 53.1% were female.

Instruments for Validity Testing

Demographics. Demographic data collected for the purposes of validity testing were presence of another adult in the household and length of stay. Data collected for the purposes of sample description included: age, socioeconomic status, race, gender, marital status, health coverage payer, and education. Socioeconomic status was determined using the Hollingshead Four Factor Index of Social Status (Hollingshead, 1975).

Readiness for Discharge (Single Item). Subjects were asked to respond to the question "Are you ready to go home from the hospital?" with a response choice of yes or no.

Discharge Preparation Content. The content subscale of the Quality of Discharge Teaching Scale, which was developed for the larger study and tested in a similar fashion to the RHDS, contained 6 paired items and used the same 0 to 10 point scaling format

TABLE 1. Sociodemographic Characteristics of the Study Sample

Sociodemographic Characteristics	Adult <i>n</i> = 121 ^a		Postpartum <i>n</i> = 122 ^a		Parents <i>n</i> = 113 ^a		Total Sample <i>N</i> = 356 ^a	
	Mean	<i>SD</i>	Mean	<i>SD</i>	Mean	<i>SD</i>	Mean	<i>SD</i>
Age	52.9	15.3	29.2	6.1	35.0	8.7	39.2	14.9
Socioeconomic status ^b	38.0	13.8	43.6	14.2	40.5	12.5	40.6	13.7
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Race								
White	75	63.0	66	55.0	79	70.5	220	62.7
Black	41	34.5	37	30.8	23	20.5	101	28.8
Latino(a)	1	0.8	5	4.2	9	8.0	15	4.3
Asian	2	1.7	7	5.8	1	0.9	10	2.8
Other	0	0	5	4.2	0	0	5	1.4
Gender								
Female	66	54.5	122	100	104	92.0	292	82.0
Male	55	45.5	0	0	9	8.0	64	18.0
Marital status								
Married	62	51.2	78	65.0	83	74.1	223	63.2
Single	28	23.1	37	30.8	19	17.0	84	23.8
Other	31	25.6	5	4.2	10	8.9	46	13.0
Living with another adult in the household								
No	24	19.8	14	12.2	14	12.4	52	14.9
Yes	97	80.2	101	87.8	99	87.6	297	85.1
Payer								
Public	47	39.2	25	20.7	17	29.9	89	29.9
Private	67	55.8	93	76.9	37	64.9	197	66.1
Self	6	5.0	3	2.5	3	5.3	12	4.0
Education								
Less than high school	14	11.8	7	5.9	6	5.3	27	7.7
High school	38	31.9	27	22.9	40	35.4	105	30.0
Partial college	29	24.4	34	28.8	28	24.8	91	26.0
4-year college	25	21.0	35	29.7	36	31.9	96	27.4
Graduate education	13	10.9	15	12.7	3	2.7	31	8.9

^aSome categories do not total the reported *n* due to missing data.

^bHollingshead (1975), Four Factor Index of Social Status.

as the RHDS. The questions asked about the amount of content needed and received in preparation for discharge. *Needed* scores were subtracted from *received* scores. Positive scores indicated the amount of content received in excess of reported need, whereas negative scores indicated less received than needed. A 2-subscale structure for the Quality of Discharge Teaching Scale (Content Amount and Content Delivery, reflecting the skill of the nurses as educators), accounting for 54% of scale variance, emerged from exploratory factor analysis. Cronbach's alpha for the total scale was 0.89 and 0.80 for the Content Amount subscale in this study.

Care Coordination. A 5-item scale measuring care coordination in preparation for discharge was developed for the purposes of the larger study. Cronbach's alpha was 0.62.

Postdischarge Coping Difficulty. A 10-item Postdischarge Coping Difficulty Scale was also developed for the purposes of the larger study using the same methodology as described for the RHDS. This scale measured attributes of postdischarge coping, including difficulties with stress, recovery, self-care, and self-management of medical needs; family difficulty; help and emotional support needed; confidence in self-care and medical management abilities; and adjustment. The items were measured on the same 11-point rating scale (0–10) as the RHDS with higher scores indicating greater coping difficulty. Exploratory factor analysis indicated a single dominant factor accounting for 39% of the scale variance. Cronbach's alpha reliability for the study sample was 0.82.

Postdischarge Utilization of Support and Health Services. Utilization of support and health services was assessed during a postdischarge interview. Occurrences of the following self-reported utilization activities were recorded as dichotomous variables (yes/no): calls to friends and family for advice and/or support, calls to providers, calls to the hospital, office or clinic visits (scheduled and unscheduled), urgent care/emergency room visits, and hospital readmission.

Procedures

Approval to conduct the study was obtained from university and participating hospital institutional review boards. Undergraduate nursing students served as study research assistants (RAs) and were trained in the consent process, data collection, and telephone interview techniques by the principal investigator. The RAs identified eligible subjects from inpatient hospital records, described the study to potential participants, and obtained informed consent prior to the day of hospital discharge. Upon enrollment, demographic data were collected from medical records and via subject questioning. Within 4 hours prior to discharge, the RHDS was given to each subject by their assigned nurse. Subjects were asked to complete the form and to return it in a sealed envelope to a data collection box located on the nursing unit. The RA who enrolled the patient was responsible for completing a telephone interview at 3 weeks postdischarge during which the Postdischarge Coping Difficulty Scale was completed and the postdischarge utilization data were collected.

Data Analysis

Item and scale statistics were calculated using descriptive statistics. Internal consistency reliability of the instrument was assessed using Cronbach's alpha. Construct validity was assessed by conducting a confirmatory factor analysis (CFA) with maximum likelihood

estimation (Bentler, 1997) to determine if the data collected from this study sample were consistent with the theoretical structure of the instrument. Contrasted group comparisons were conducted using analysis of variance (ANOVA) and *t* tests for independent samples. Groups were created by splitting the sample at the median for variables measured on a continuous scale (care coordination and length of stay). For predictive validity assessment, linear regression analysis was used for assessment of readiness for discharge as a predictor of postdischarge coping difficulties, and logistic regression was used to assess readiness as a predictor of postdischarge utilization of health care services. All analyses except the CFA were conducted using SPSS 13.0 (SPSS, Inc., 2004).

RESULTS

Item, Scale, and Reliability Characteristics

Item descriptive characteristics are presented in Table 2. Item means ranged from 6.5 to 9.2. The average item mean for the total scale was 8.0, and subscale item means ranged from 7.1 to 8.5, reflecting the overall perception of the study subjects as reasonably ready for discharge.

Scale and reliability characteristics are presented in Table 3. The total scale and subscale characteristics were evaluated through interitem correlation matrices, average interitem correlations, corrected item-to-total correlations, and Cronbach's alpha coefficients if the item was removed (Ferketich, 1991). For the total scale, the average interitem correlation was 0.32, and interitem correlations ranged from -0.03 to 0.79. Fifty percent were greater than 0.30. Subscale average interitem correlations were within the recommended 0.30–0.70 range (Ferketich, 1991): Personal Status—average interitem correlation of 0.39 with individual interitem correlations ranging from 0.19 to 0.79; Knowledge—average interitem correlation of 0.54 (range 0.32 to 0.74); Coping Ability—average interitem correlation of 0.45 (range 0.19 to 0.72); and Expected Support—average interitem correlation of 0.52 (range 0.34 to 0.70). Corrected item-to-total correlations were 0.34–0.67 for the total scale and subscale item-to-total correlations were: Personal Status 0.34–0.65; Knowledge 0.48–0.79; Coping Ability 0.26–0.63; and Expected Support 0.49–0.79 exceeding the recommended correlation of 0.30 (Ferketich, 1991).

Cronbach's alpha for the total scale was 0.90, and the subscale alphas ranged from 0.69 for the coping subscale to 0.87 for the knowledge subscale. During item, scale, and reliability analyses, one item was identified as problematic within the coping subscale. The item, "How worried (or nervous) are you about going home?" had item-to-item correlations of 0.19 to 0.28 with other items in the subscale, corrected item-to-subscale correlation of 0.26, and a subscale alpha if item deleted of 0.85. This item was subsequently deleted from the scale.

Factor Analysis

The data set was evaluated to assess the adequacy of the sample for factor analysis. The sample size exceeded the recommended 300 subjects, and the Kaiser-Meyer-Olkin value of 0.90 exceeded the recommended value of 0.60 (Tabachnick & Fidell, 2001). CFA validated the a priori hypothesis that the RHDS consisted of 4 subscales: Personal Status, Knowledge, Coping Ability, and Expected Support. Factor loadings for each scale are presented in Table 4. Interfactor correlations ranged from 0.34 to

TABLE 2. RHDS Item Statistics

Item	N	Minimum	Maximum	Mean	SD
Physical readiness	356	2	10	8.7	1.7
Pain/discomfort	356	0	10	7.5	2.4
Strength	356	0	10	7.2	2.3
Energy	356	0	10	6.8	2.4
Emotionally ready	356	0	10	8.7	1.9
Physical ability for self/child care	356	0	10	8.5	2.0
Stress level	356	0	10	6.5	3.1
Knowledge of self/child care	356	0	10	8.9	1.7
Knowledge of medical needs	356	0	10	8.9	1.6
Knowledge of complications	356	0	10	8.6	1.8
Knowledge of when to call for problems	356	0	10	9.2	1.5
Knowledge of restrictions	356	0	10	9.1	1.5
Knowledge of follow-up plan	356	1	10	8.9	1.7
Knowledge of resources	356	0	10	7.2	2.6
Worried or nervous	355	0	10	7.2	3.0
Ability to handle demands	356	0	10	8.1	1.9
Ability to perform self/child care	356	0	10	8.9	1.6
Ability to perform medical treatments	356	0	10	9.0	1.5
Emotional support at home	356	0	10	9.0	1.6
Help with care at home	356	0	10	8.3	2.5
Help with household activities	356	0	10	8.1	2.6
Help with medical care	356	0	10	8.4	2.3
Readiness of family	352	0	10	9.2	1.6

0.68. The Satorra-Bentler chi square test of model fit was used because the data were determined to be positively skewed. Because χ^2 is influenced by the sample size, the χ^2 to degrees-of-freedom ratio was evaluated. The test result of 2.69 was slightly above the desired ratio of 2 or less (Ullman, 1996). Additional test statistics were compared with general rules of thumb for each statistic (Hu & Bentler, 1999; McDonald & Ho, 2002): Lisrel Goodness of Fit Index (GFI) = 0.79 (>.90 is desirable); standardized root mean residuals (SRMR) = 0.10 (close to .08 or less is desirable); root mean square error of approximation (RMSEA) = 0.10 (less than .08 indicates an "acceptable fit"); and standardized absolute residuals = 0.07 (the smaller the better). In the Wald test, no items were identified that required deletion, however in the LaGrangian multiplier test, one item was identified that loaded on all 4 subscales. The item "How ready is your family for you to go home?" was deleted from the scale. There were no changes

TABLE 3. RHDS (Original 23-Item and Revised 21-Item Scales) Scale and Reliability Characteristics

	Adult n = 121		Postpartum n = 122		Parents n = 113		Total Sample n = 356	
	23 Items	21 Items	23 Items	21 Items	23 Items	21 Items	23 items	21 items
Cronbach's Alpha								
RHDS	0.93	0.93	0.90	0.90	0.84	0.83	0.90	0.90
RHDS Factor 1	0.82	0.82	0.80	0.80	0.71	0.71	0.80	0.80
RHDS Factor 2	0.90	0.90	0.81	0.81	0.82	0.82	0.87	0.87
RHDS Factor 3	0.65	0.85	0.77	0.86	0.65	0.86	0.69	0.85
RHDS Factor 4	0.87	0.86	0.84	0.87	0.83	0.84	0.85	0.85
Average interitem correlation								
RHDS	0.40	0.40	0.29	0.30	0.20	0.20	0.32	0.33
RHDS Factor 1	0.43	0.43	0.40	0.40	0.27	0.27	0.39	0.39
RHDS Factor 2	0.59	0.59	0.45	0.45	0.47	0.47	0.54	0.54
RHDS Factor 3	0.40	0.65	0.58	0.71	0.46	0.70	0.45	0.67
RHDS Factor 4	0.58	0.61	0.51	0.63	0.48	0.57	0.52	0.59
Item means (SD)								
RHDS	8.0 (0.9)	8.0 (0.9)	8.4 (0.8)	8.4 (0.8)	8.5 (1.0)	8.6 (1.0)	8.3 (0.8)	8.3 (0.8)
RHDS Factor 1	7.1 (1.0)	7.1 (1.0)	7.7 (0.8)	7.7 (0.8)	8.3 (1.3)	8.3 (1.3)	7.7 (0.9)	7.7 (0.9)
RHDS Factor 2	8.4 (0.7)	8.4 (0.7)	8.7 (0.7)	8.7 (0.7)	9.0 (0.7)	9.0 (0.7)	8.7 (0.7)	8.7 (0.7)
RHDS Factor 3	8.1 (0.7)	8.5 (0.3)	8.3 (0.8)	8.6 (0.6)	8.5 (1.1)	9.0 (0.5)	8.3 (0.8)	8.7 (0.5)
RHDS Factor 4	8.5 (0.3)	8.4 (0.3)	8.8 (0.3)	8.7 (0.3)	8.4 (0.8)	8.1 (0.8)	8.6 (0.5)	8.4 (0.4)
Scale means (SD)								
RHDS	183.9(34.4)	167.8(31.9)	192.8(20.7)	176.9(18.9)	196.1(21.6)	179.9(19.7)	190.8(26.9)	174.4(24.8)
RHDS Factor 1	50.0(12.4)	50.0(12.4)	54.0(9.2)	54.0(9.2)	57.9(9.1)	57.9(9.1)	53.8(10.8)	53.8(10.8)
RHDS Factor 2	58.7(12.7)	58.7(12.7)	61.1(6.8)	61.1(6.8)	62.7(7.7)	62.7(7.7)	60.8(9.6)	60.8(9.6)
RHDS Factor 3	32.5(6.8)	25.3(5.5)	33.3(5.6)	25.8(3.8)	34.1(5.5)	27.0(4.0)	33.3(6.1)	26.1(4.6)
RHDS Factor 4	42.5(10.3)	33.6(8.9)	44.0(6.5)	34.9(5.7)	41.9(8.7)	32.6(8.1)	42.8(8.7)	33.7(7.7)

Note. Factor 1—Personal Status subscale; Factor 2—Knowledge subscale; Factor 3—Coping Ability Subscale; Factor 4—Expected support subscale.

to the goodness of fit test statistics based on the removal of the item. All further analyses were conducted on the 21-item scale resulting from removal of one item recommended from the reliability assessment and the one item from the CFA.

Contrasted Group Comparisons

Construct validity was further assessed by testing the five hypotheses of expected differences in readiness scores between groups within the study sample. The results of these comparisons are presented in Table 5. Ninety-six percent indicated they were ready for discharge, but those who indicated they were not ready scored significantly lower on the RHDS ($t(14.45) = -4.86, p < 0.01$). RHDS scores were higher among subjects who reported living with an adult support person than those who lived in a single adult household

TABLE 4. RHDS Factor Loadings and Correlations

Readiness Items	Factor 1: Personal Status	Factor 2: Knowledge	Factor 3: Coping Ability	Factor 4: Expected Support
Physically ready	0.75			
Pain/discomfort	0.47			
Strength	0.72			
Energy	0.70			
Emotionally ready	0.72			
Physical ability for self/child care	0.64			
Stress	0.42			
Knowledge of self/child care		0.68		
Knowledge of medical needs		0.72		
Knowledge of complications		0.85		
Knowledge of calling for problems		0.82		
Knowledge of restrictions		0.83		
Knowledge of follow-up plan		0.77		
Knowledge of resources		0.52		
Worried or nervous			0.29	
Ability to handle demands			0.80	
Ability to perform self/child care			0.87	
Ability to perform medical treatments			0.85	
Emotional support at home				0.67
Help with care at home				0.87
Help with household activities				0.75
Help with medical care				0.76
Family ready				0.53
Factor Correlations				
Factor 1: Personal Status				
Factor 2: Knowledge	0.57			
Factor 3: Coping Ability	0.68	0.65		
Factor 4: Expected Support	0.41	0.34	0.36	
Total RHDS	0.84	0.78	0.70	0.67

TABLE 5. Contrasted Group Comparisons

Independent Variable	Groups	RHDS			Test Statistics
		<i>n</i>	Mean	<i>SD</i>	
Ready for discharge	No	15	129.8	37.0	$t(14.45) = -4.86$
	Yes	337	176.5	22.1	$p = 0.00$
Living with adult support	Yes	297	176.3	22.1	$t(347) = -3.45,$
	No	52	163.5	35.7	$p = 0.00$
Educational content	Less than needed	37	154.8	30.1	$F(2,324) = 14.81,$
	Same as needed	22	175.4	25.8	$p = 0.00$
	More than needed	268	177.3	22.4	
Care coordination	Low amount	170	169.8	26.6	$t(320.65) = -3.85,$
	High amount	160	180.0	21.4	$p = 0.00$
Length of stay	Below median	204	174.3	23.4	$t(344) = -0.16,$
	Above median	142	174.7	26.9	$p = 0.88$

($t(347) = -3.45, p < .01$). Respondents who reported receiving adequate educational preparation for discharge (equal to or more than needed) scored higher on the RHDS than those who perceived inadequate education ($F(2,324) = 14.8, p < 0.01$). Patients who rated themselves as being more involved in their care coordination in preparation for discharge had higher RHDS scores than those having less involvement ($t(320.65) = -3.85, p < 0.01$). Contrary to expectations, no differences were found in readiness scores by length of stay. In addition, no differences in RHDS scores were found in comparisons by sociodemographic (socioeconomic status, race, gender, payer, and education) and hospitalization (first admission for the medical condition) characteristics.

Predictive Validity

Predictive validity assessment was conducted to determine if a relationship existed between the RHDS and events occurring within 3 weeks after hospital discharge. The results of linear regression analysis indicated that higher RHDS scores were associated with less coping difficulty ($\beta = -0.34, R^2 = 0.11[AR^2 = 0.11], F(1,292) = 37.60, p < 0.01$). In logistic regression analyses of readiness for discharge as a predictor of utilization of postdischarge support and services, those with higher RHDS scores were less likely to call friends and family for support or advice ($\chi^2(1, N = 298) = 6.71, OR = 0.99, CI(95\%) = 0.98-0.99, p = 0.01$). RHDS scores were not predictive of calls or visits to providers, call to the hospital, urgent care/emergency visits, or readmission.

Revised Item, Scale, and Reliability Characteristics

Following deletion of two items identified in the reliability and factor analyses, scale and reliability characteristics were recalculated for the affected subscales (Coping Ability and Expected Support) and for the total 21-item scale. Results are reported in Table 3. For

the coping subscale, the removal of one problematic item improved the item and scale characteristics to acceptable values. Item and scale characteristics for the revised coping subscale were: interitem correlation = 0.63 to 0.72, average interitem correlation = 0.67, corrected item to subscale correlations = 0.70 to 0.76, and Cronbach's alpha = 0.85. For the expected support subscale, item and scale characteristics remained within acceptable values after the removal of the item that did not load uniquely onto any subscale: interitem correlations = 0.42 to 0.70, average interitem correlation = 0.59, corrected item to subscale correlation = 0.57 to 0.73, and Cronbach's alpha of 0.85 remained the same. The final 21-item scale had similar interitem, item-to-total and reliability characteristics as the 23-item scale. Cronbach's alpha for the 21-item instrument was 0.89 and was not increased by more than 0.01 if any item were deleted from the scale.

DISCUSSION

The RHDS instrument as revised to its 21-item form has acceptable item, scale, and reliability characteristics for this sample that included a broad representation of persons experiencing hospital discharge. Scale and reliability characteristics were similar across the three included sample groups: postpartum mothers, adult medical-surgical patients, and parents of hospitalized children. Mean scores of the RHDS were positively skewed, indicating that most respondents expressed readiness for discharge on the day of their discharge. This finding is consistent with previous assessments of readiness for hospital discharge (Bernstein et al., 2002; Greene, 1991; Weiss et al., 2006). Because there were no systematic differences in mean scores by gender, socioeconomic status, and race, the instrument will be useful for assessment of readiness for discharge for the broad range of patient types discharged from acute care facilities.

CFA confirmed the a priori 4-factor structure that included personal status, knowledge, coping ability, and expected support subscales. The results of goodness of fit tests approached the desired values; residuals were very small, indicating that there was little unexplained variance; and only one item that loaded on multiple factors required deletion. Considering the heterogeneous participants in the study sample, the results, although not ideal, appear to support the validity of the RHDS. The contrasted group comparisons added further support for the construct validity of the RHDS. Four of the five contrasted group comparisons exhibited results in the expected direction. The lack of differences between length-of-stay groups is likely due to the fact that participants provided their responses after the decision to discharge and within the 4 hours prior to leaving the hospital.

Predictive validity assessment results also provided support for the RHDS as a measure of patients' perceptions of readiness for discharge. Lower RHDS scores were predictive of greater postdischarge coping difficulty and utilization of friends and family for advice and support. No direct relationship was found between RHDS scores and utilization of health services in the first 3 weeks after discharge. Several interpretations are possible. The sample size may be inadequate to detect differences in relatively infrequent occurrences, such as urgent care visits or readmission. Provider assessment of readiness may be a better predictor of patients' readiness for discharge in terms of the relationship to future needs for medical care and services. An alternate explanation may be that patients' feelings of lack of readiness may be addressed through availability of family support in the immediate posthospitalization period. Routine follow-up is scheduled for hospitalized patients, providing an access point for assistance with concerns unresolved by self- and family care. Patients included in this study were deemed medically ready for discharge

even if they perceived themselves as not being ready. A patient's perception of lack of readiness placed greater burden on family and friends for advice and support than on the medical care system.

The use of instruments such as the Quality of Discharge Teaching Scale (QTDS), the Postdischarge Coping Difficulty Scale (PDCDS), and the Care Coordination Scale (CCS) that were all developed and tested concurrently with the RHDS for reliability and validity is a limitation of the methodology of this psychometrics study. Although the QTDS and the PDCDS both have adequate psychometric properties and the relationships between these instruments and the RHDS support their collective validity, further assessment of construct and predictive validity with more established instruments is recommended. The use of the CCS was more problematic. The results of comparisons of those with more and less care coordination were consistent with expectations, but these results should be considered cautiously as the 5-item scale used to assess care coordination had a less than adequate reliability estimate.

Patients' perception of discharge readiness is an important outcome of hospital care that is occasionally included in discharge satisfaction surveys but rarely investigated in depth for clinical or research purposes. As a launching point for postdischarge self- or family-based care, discharge is a time for evaluation of hospital-based care and assessment of risk for future adverse outcomes. The RHDS will be useful in clinical practice for screening for discharge readiness and targeted intervention planning to reduce postdischarge coping difficulty. It can also serve as a more sensitive and in-depth measure of the hospital experience than single-item questions. In the research arena, the RHDS is a reliable and valid measure of patients' perception of readiness for discharge that will be useful in outcomes studies of hospitalization and the transition to postdischarge care.

Further work is needed to assess the validity of the scale structure in specific clinical populations. The utility for use in discharge decision-making and the relationship of patients' perceptions with provider (physician and nurse) and family or caregiver perceptions requires further investigation. Identification of a smaller number of items that serve as clinical indicators of discharge readiness and sensitivity and specificity studies using a criterion score as a case indicator of lack of readiness will improve clinical utility.

REFERENCES

- American Academy of Pediatrics/American College of Obstetricians and Gynecologists. (2002). *Guidelines for perinatal care* (5th ed.). Elk Grove Village, IL: Author.
- Artinian, N. T. (1993). Spouses' perceptions of readiness for discharge after cardiac surgery. *Applied Nursing Research, 6*(2), 80-88.
- Baker, A. L. (1991). The transition home for preterm infants: Parent's perceptions. *Neonatal Network, 9*(6), 65.
- Barnes, S. (2000). Are you watching the clock? Let criteria define discharge readiness. *Journal of PeriAnesthesia Nursing, 15*(3), 174-178.
- Bent, K., Keeling, A., & Routson, J. (1996). Home from the PICU: Are parents ready? *American Journal of Maternal Child Nursing, 21*(2), 81-84.
- Bentler, P. M. (1997). EQS, a structural equation Program, version 5.5. Encino, CA Multivariate Software, Inc.
- Bernstein, H. H., Spino, C., Baker, A., Slora, E. J., Touloukian, C. L., & McCormick, M. C. (2002). Postpartum discharge: Do varying perceptions of readiness impact health outcomes? *Ambulatory Pediatrics, 2*(5), 388-395.
- Bissell, G., & Long, T. (2003). From the neonatal unit to home: How do parents adapt to life at home with their baby? *Journal of Neonatal Nursing, 9*, 7-12.
- Braveman, P., Egarter, S., Pearl, M., Marchi, K., & Miller, C. (2002). Problems associated with early discharge of newborn infants: Early discharge of newborns and mother: A critical review of the literature. *Pediatrics, 96*(4, Pt. 1), 716-726.

- Britton, J. R., Britton, H. L., & Gronwaldt, V. (1999). Early perinatal discharge and parenting during infancy. *Pediatrics*, *104*(5), 1070-1076.
- Brown, S., Small, R., Faber, B., Krastev, A., & Davis, P. (2002). Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants (Cochrane review). In *The Cochrane Library, Issue 4*. Oxford: Update Software.
- Bull, M. J., Hansen, H. E., & Gross, C. R. (2000a). Predictors of elder and family caregiver satisfaction with discharge planning. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, *14*(3), 76-87.
- Bull, M. J., Hansen, H. E., & Gross, C. R. (2000b). A professional-patient partnership model of discharge planning with elders hospitalized with heart failure. *Applied Nursing Research*, *13*(1), 19-28.
- Bull, M. J., & Jervis, L. L. (1997). Strategies used by chronically ill older women and their caregiving daughters in managing posthospital care. *Journal of Advanced Nursing*, *25*(3), 541-547.
- Bull, M. J., & Roberts, J. (2001). Components of a proper hospital discharge for elders. *Journal of Advanced Nursing*, *35*(4), 571-581.
- Chung, F. (1995a). Discharge criteria—a new trend. *Canadian Journal of Anaesthesia*, *42*(11), 1056-1058.
- Chung, F. (1995b). Recovery pattern and home-readiness after ambulatory surgery. *Anesthesia & Analgesia*, *80*(5), 896-902.
- Clark, M., Steinberg, M., & Bischoff, N. (1997). Patient readiness for return to home: Discord between expectations and reality. *Australian Occupational Therapy Journal*, *44*, 132-141.
- Cleary, M., Horsfall, J., & Hunt, G. E. (2003). Consumer feedback on nursing care and discharge planning. *Journal of Advanced Nursing*, *42*(3), 269-277.
- Congdon, J. G. (1994). Managing the incongruities: The hospital discharge experience for elderly patient, their families, and nurses. *Applied Nursing Research*, *7*(3), 125-131.
- Costello, A., & Chapman, J. (1998). Mother's perceptions of the care-by-parent program prior to hospital discharge of their preterm infants. *Neonatal Network*, *17*(7), 37-42.
- Dato, V. M., Saraiya, M., & Ziskin, L. (2000). Use of a comprehensive state birth data system to assess mother's satisfaction with length of stay. *Maternal and Child Health Journal*, *4*(4), 223-231.
- Driscoll, A. (2000). Managing post-discharge care at home: An analysis of patients' and their carers' perceptions of information received during their stay in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, *31*(5), 1165-1173.
- Eaton, A. P. (2001). Early postpartum discharge: Recommendation for a preliminary report to congress. *Pediatrics*, *107*(2), 400-404.
- Fenwick, A. M. (1979). An interdisciplinary tool for assessing patients' readiness for discharge in the rehabilitation setting. *Journal of Advanced Nursing*, *4*, 9-21.
- Ferketich, S. (1991). Focus on psychometrics: Aspects of item analysis. *Research in Nursing and Health*, *14*(2), 165-168.
- Greene, M. (1991). *Adult surgical patients' perceptions of discharge readiness and postoperative recovery*. Master's thesis. University of Wisconsin-Milwaukee.
- Haynes, S. N., Richard, D. C. S., & Kubany, E. S. (1995). Content validity in psychological assessment: A functional approach to concepts and methods. *Psychological Assessment*, *7*(3), 238-247.
- Heine, J., Koch, S., & Goldie, P. (2004). Patients' experiences of readiness for discharge following a total hip replacement. *Australian Journal of Physiotherapy*, *50*, 227-233.
- Henderson, A., & Zernike, W. (2001). A study of the impact of discharge information for surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*, *35*(3), 435-441.
- Hollingshead, A. (1975). *Four factor index of social status* (working paper). New Haven, CT: Hollingshead.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, *6*, 1-55.
- Jacobs, V. (2000). Informational needs of surgical patients following discharge. *Applied Nursing Research*, *13*(1), 12-18.
- Korttila, K. (1991). Anaesthesia for ambulatory surgery: Firm definitions of "home readiness" needed. *Annals of Medicine*, *23*(6), 635-636.
- LeClerc, C. M., Wells, D., Craig, D., & Wilson, J. L. (2002). Falling short of the mark: Tales of life after hospital discharge. *Clinical Nursing Research*, *11*(3), 242-263.
- Lee, N. C., Wasson, D. R., Anderson, M. A., Stone, S., & Gittings, J. A. (1998). A survey of patient education postdischarge. *Journal of Nursing Care Quality*, *13*(1), 63-70.

- McDonald, R. P., & Ho, M.-H. R. (2002). Principles and practices in reporting structural equation analyses. *Psychological Methods*, 7(1), 64-82.
- McNamee, S., & Wallis, M. (1999). Patient problems and evaluation of patient education after coronary artery bypass graft surgery. *Contemporary Nurse*, 8, 107-115.
- Oh, W., Blackmon, L. R., Escobedo, M., Fanaroff, A. A., Fernbach, S. A., Kirkpatrick, B. V., et al. (1995). Hospital stay for healthy term newborns. *Pediatrics*, 96(4), 788-790.
- Reiley, P., Iezzoni, L. I., Phillips, R., Davis, R. B., Tuchin, L. I., & Calkins, D. (1996). Discharge planning: Comparison of patients' and nurses' perceptions of patients following hospital discharge. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 28(2), 143-147.
- Reiley, P., Pike, A., Phipps, M., Weiner, M., Miller, N., Stengrevics, S. S., et al. (1996). Learning from patients: A discharge planning improvement project. *Journal of Quality Improvement*, 22(5), 311-322.
- Roberts, S. A., & Kruger, G. B. (2001). Reasons for increased postnatal length of stay and women's perceptions of length of stay. *Australian Journal of Midwifery*, 14(2), 12-17.
- Ruchala, P. L. (2000). Teaching new mothers: Priorities of nurses and postpartum women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 29(3), 265-273.
- Schaefer, A. L., Anderson, J. E., & Simms, L. M. (1990). Are they ready? Discharge planning for older surgical patients. *Journal of Gerontological Nursing*, 16(10), 16-19.
- Smith, L., & Daughtrey, H. (2000). Weaving the seamless web of care: An analysis of parents' perceptions of their needs following discharge of their child from hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 812-820.
- SPSS, Inc. (2004). SPSS (Version 13.0) [Computer software]. Chicago: Author.
- Steele, J. M., & Ruzicki, D. (1987). An evaluation of the effectiveness of cardiac teaching during hospitalization. *Heart & Lung*, 16(3), 306-311.
- Stephenson, M. (1990). Discharge criteria in day surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 601-613.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics*. Boston: Allyn & Bacon.
- Tierney, A. J., Closs, S. J., Hunter, H. C., & MacMillan, M. S. (1993). Experiences of elderly patients concerning discharge from hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 2, 179-185.
- Titler, M. G., & Pettit, D. M. (1995). Discharge readiness assessment. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 9(4), 64-74.
- Ullman, J. B. (1996). Structural equation modeling. In B. T. L. Fidell (Ed.), *Using multivariate statistics*. New York: Harper Collins.
- Waltz, C. F., Strickland, O. L., & Lenz, E. R. (2005). *Measurement in nursing and health research* (3rd ed.). New York: Springer.
- Weiss, M. E., Piacentine, L. B., Johnson, N. L., & Jerofke, T. (2006). *Readiness for hospital discharge: Predictors and outcomes*. Manuscript in review.
- Weiss, M. E., Ryan, P., & Lokken, L. (2006). Validity and reliability of the perceived readiness for discharge after birth scale. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nurses*, 35(1), 34-45.
- Weiss, M., Ryan, P., Lokken, L., & Nelson, M. (2004). Length of stay after vaginal birth: Sociodemographic and readiness-for-discharge factors. *Birth*, 31(2), 93-101.
- Wong, J., & Wong, S. (1999). Criteria for determining optimal time of discharge after total hip replacement. *British Journal of Clinical Governance*, 4(4), 135-141.
- Wong, J., Wong, S., Nolde, T., & Yabsley, R. H. (1990). Effects of an experimental program on post-hospital adjustment of early discharged patients. *International Journal of Nursing Studies*, 27(1), 7-20.

Acknowledgments. The authors wish to thank Debra Oswald, PhD, assistant professor of psychology, Marquette University, Milwaukee, WI, for statistical consultation; Marquette University College of Nursing students who served as research assistants; and the nursing staffs of Wheaton Franciscan Healthcare-St. Joseph and Children's Hospital of Wisconsin for their assistance and support during data collection.

Offprints. Requests for offprints should be directed to Marianne E. Weiss, RN, DNSc, Marquette University, College of Nursing, PO Box 1881, Milwaukee, WI 53201-1881. E-mail: Marianne.weiss@marquette.edu

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	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sim
2. Sente-se capaz, em termos físicos, para voltar para casa?	Não Preparada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente Preparada
3. Como descreve a sua dor ou desconforto hoje?	Sem Dor Ou desconforto	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor grave Ou desconforto
4. Como descreve a sua força física hoje?	Fraca	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Forte
5. Como descreve a sua energia hoje?	Baixa Energia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Elevada Energia
6. Relativamente a Stress, como se sente hoje?	Nenhum	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muito grande
7. Sente-se capaz, em termos emocionais, para voltar para casa hoje?	Não Preparada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente Preparada
8. Como descreve a sua capacidade física para cuidar de si mesma nos primeiros dias, quando estiver em casa?	Incapaz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente Capaz
9. Como descreve a sua capacidade física para cuidar do seu bebé nos primeiros dias, quando estiver em casa?	Incapaz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente Capaz
10. O que sabe, para cuidar de si mesma quando estiver em casa?	Não sei Nada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sei tudo o que é preciso
11. O que sabe, para cuidar do seu bebé quando estiver em casa?	Não sei Nada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sei tudo o que é preciso
12. Sabe quais os problemas que deve ter em atenção quando estiver em casa?	Não sei Nada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sei tudo o que é preciso
13. Sabe a quem e quando telefonar se tiver problemas quando estiver em casa?	Não sei Nada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sei tudo o que é preciso
14. Sabe quais as limitações/restrições que deve ter quando estiver em casa?	Não sei Nada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	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?	Não sei Nada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	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?	Não sei Nada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sei tudo o que é preciso
17. Está preparada para lidar com as exigências da vida diária em casa?	Nada Preparada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muitíssimo 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)?	Nada Preparada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muitíssimo Preparada
19. Está preparada para prestar cuidados ao bebé?	Nada Preparada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muitíssimo Preparada
20. Que apoio emocional pensa que vai ter, quando estiver em casa?	Nenhum	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muitíssimo
21. Que ajuda pensa que vai ter, para os cuidados pessoais que precisa, quando estiver em casa?	Nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muitíssima
22. Que ajuda pensa que vai ter, nos afazeres domésticos (por exemplo cozinhar, limpezas, compras, cuidar do bebé) quando estiver em casa?	Nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muitíssima
23. Que ajuda pensa que vai ter, nos cuidados ao bebé?	Nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muitíssima