



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

A ARTE DA ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização
em Enfermagem Comunitária

Vanda Isabel Moreirinha Zacarias

LISBOA, Março de 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

A ARTE DA ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização
em Enfermagem Comunitária

Vanda Isabel Moreirinha Zacarias

Sob orientação da Professora Teresa Rasquilho Vidal

LISBOA, Março de 2011

RESUMO

Ao constatar, durante sete anos de exercício num serviço de puerpério, as inúmeras dificuldades sentidas pelas puérperas no que respeita ao seu autocuidado e aos cuidados ao recém-nascido, questionou-se como serão as suas vivências em contexto domiciliário durante o período de pós-parto.

O pós-parto é um período marcado pela grande vulnerabilidade física e emocional para a puérpera, período que comporta mudanças e consequentes reajustamentos ao papel maternal. Por seu lado, é, também, uma fase de grandes transformações no papel paternal e da restante família.

Ao iniciar um percurso em cuidados de saúde primários, mais concretamente no Agrupamento de Centros de Saúde de Odivelas, e face a esta problemática que envolve a transição para parentalidade, considerou-se a pertinência da realização de um projecto de intervenção em contexto domiciliário no período de pós-parto.

Com esta inquietação, no decurso do primeiro módulo de estágio fez-se o diagnóstico da situação que confirmou a situação problemática previamente percebida, ou seja, verificou-se que na primeira consulta pós-parto ainda persistem dificuldades relativas à transição para a parentalidade.

Esta situação veio reforçar a necessidade da elaboração, no segundo módulo de estágio, de um projecto de intervenção de visita domiciliária no período de pós-parto, denominado “Visita Domiciliária à Puérpera/Recém-Nascido/Família”. Aquando a visita domiciliária observaram-se, em ambiente natural, dificuldades inerentes a este período crítico que foram posteriormente analisadas.

Indagando as dificuldades vivenciadas quer em cuidados de saúde primários quer em contexto hospitalar (maternidade), no terceiro módulo de estágio procurou-se fazer a articulação de cuidados entre ambos de forma a promover a parentalidade saudável e prevenir ou minimizar os factores de risco precocemente.

Palavras-chave – Projecto; Intervenção; Puérpera/Recém-Nascido/Família; Dificuldades; Visita Domiciliária; Articulação de Cuidados; Saúde.

ABSTRACT

When evidencing, during seven years of exercise in a puerperium service, the innumerable difficulties felt by the puerperal woman in what it respects to their self-care and the care of the Newborn, will be questioned as their experiences in domiciliary context during the period of postpartum. The postpartum, is a period marked by great physical and emotional vulnerability to the puerperal woman. This period that entails changes and consequent readjustments to the maternal role. From a different perspective, it is, also, a phase of great transformations in the paternal role and the remaining family. When initiating a path in primary health care, more concretely in the Groupings of the Health Center of Odivelas and face to this problematic that involves the transition to parenthood, it was considered the relevancy of conducting an intervention project in the context of home visits in the postpartum period. With this concern, during the first stage module it was made the diagnosis of the situation that confirmed the problematic situation previously identified. That is, it was found that the first visit postpartum difficulties still persist in the transition to parenthood. This situation reinforced the need to prepare for the second module, an outreach project of home visit in the postpartum period, called "Home visit to Puerperal Woman/Newborn/Family." During the home visit were observed, in natural environment, inherent difficulties to this critical period that were later analyzed.

Inquiring whether the difficulties either in primary health-cares either in hospital context (maternity), the third module tried to make the link between cares to promote healthy parenting and early prevent or minimize the risk factors.

Keywords - Project; Intervention; Puerperal Woman/Newborn/Family; Difficulties; Home visit; Link between cares; Health.

AGRADECIMENTOS

À Senhora Professora Teresa Rasquilho Vidal pelo seu empenho enquanto docente tutora, pela sua ajuda, disponibilidade e simpatia com que sempre iluminou a minha caminhada.

À Enfermeira Sílvia Filipe pela amabilidade com que aceitou ser orientadora de estágio e pela sua inestimável ajuda nesta caminhada de trilhos sinuosos que encontramos na comunidade e que me ajudou a acreditar que com perseverança era possível contorná-los.

Aos meus colegas de mestrado pela solidariedade sempre presente nos momentos mais difíceis e que com as suas palavras de alento ajudaram a ultrapassá-los... Força estamos todos nesta caminhada!

A todos os colegas do ACES de Odivelas que contribuíram para o meu crescer enquanto pessoa e enfermeira em cuidados de saúde primários. Em particular à Carla e à Isabel pelo apoio, disponibilidade, crítica e contínuo incentivo sempre presentes no alcance das minhas metas.

Às minhas colegas de todos os dias que com aqueles gestos e palavras reconfortantes reforçaram o meu entusiasmo de completar este trabalho.

À minha família com quem estive menos presente nestes últimos tempos e que mesmo assim, “lá de longe”, me deram energias para continuar em “prol do bem para a enfermagem”.

De uma forma muito especial ao Nando, pela sua permanente disponibilidade em relação à minha ausência ... Até aprendeste a cozinhar!

A TI, que estás dentro de mim e que há 15 semanas me fazes vivenciar “esta coisa” da transição para a parentalidade!

“As pessoas com pensamento crítico acreditam sempre que há lugar para o aperfeiçoamento.”

(Rosalinda Alfaro Lefevre)

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CLDS-VS – Contrato Local de Desenvolvimento Social – Vertente Sul

EpS – Educação para a Saúde

MAC – Maternidade Dr. Alfredo da Costa

NN – Notícia de Nascimento

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – Recém-Nascido

RN's – Recém-Nascidos

SAPE – Serviço de Apoio à Prática de Enfermagem

SINUS – Sistema Informático Nacional das Unidades de Saúde

SIJ – Saúde Infantil e Juvenil

SM – Saúde Materna

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UCSPO – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Olaio

UCSPS – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Sede

USFR – Unidade de Saúde Familiar da Ramada

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
PARTE I – A TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE – A INQUIETUDE DE UMA REALIDADE PERCEPCIONADA	18
1. A TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE – A PROBLEMÁTICA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS	18
1.1. Caracterização da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Olaio	19
1.2. Consultas de Enfermagem Saúde Materna	21
1.3. Sessões de Educação para a Preparação para o Nascimento	23
1.4. Consultas de Saúde Infantil e Juvenil	24
1.5. Caracterização da Comunidade – Bairro Vale do Forno	27
2. SUBSÍDIOS TEÓRICOS SOBRE O PÓS-PARTO E A VISITA DOMICILIÁRIA	30
2.1. Dificuldades da Puérpera/Família na Transição para a Parentalidade	30
2.2. Visita Domiciliária à Puérpera/Recém-Nascido/Família	33
PARTE II – INTERVIR NA COMUNIDADE – CUIDAR, EDUCAR E CAPACITAR NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE	39
1. VISITA DOMICILIÁRIA À PUÉRPERA/RECÉM-NASCIDO/FAMÍLIA – UM PROJECTO DE INTERVENÇÃO	39
1.1. Estratégias e Objectivos em Contexto Domiciliário	40
1.2. Perspectivas de Avaliação	43
PARTE III – A PONTE DO ACES COM A MATERNIDADE	47
1. O CONTRIBUTO DA VISITA DOMICILIÁRIA NO PÓS-PARTO	47

2. A ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS	48
CONCLUSÃO	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	56
ANEXOS	61
Anexo 1. Pedido de Autorização para recolha de dados no ACES de Odivelas..	63
Anexo 2. Cronograma.....	67
Anexo 3. Grade de Dados de Observação das dificuldades da Puérpera/RN durante a primeira consulta de enfermagem em Saúde Infantil e Juvenil.....	75
Anexo 4. Protocolos inerentes à Visita Domiciliária	79
Anexo 5. Panfleto Informativo da Visita Domiciliária.....	93
Anexo 6. Protocolo de Observação em Contexto Domiciliário.....	97
Anexo 7. Grade de Dados de Observação Durante a Visita Domiciliária.....	101
Anexo 8. Brochura a anexar ao Boletim de Saúde da Grávida.....	105
Anexo 9. Protocolo de Alta de Enfermagem.....	109

INTRODUÇÃO

Na trajetória do Curso de Mestrado de Natureza Profissional em Enfermagem, Especialização em Enfermagem Comunitária, na Universidade Católica Portuguesa, foi proposta a elaboração de um Relatório de Estágio, que descrevesse reflexivamente o desenvolvimento e a aquisição de competências no cuidado em enfermagem avançada à família, grupo e comunidade.

Segundo Alarcão (2001), ser competente é ser possuidor de um conjunto de conhecimentos, capacidades, comportamentos, objectivos e atitudes que se revelam nos níveis de desempenho adequados às circunstâncias.

Neste sentido, e nos termos do n.º 3, do art.º 4.º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) o:

“enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”.

A elaboração deste relatório torna-se, assim, pertinente pois permite ao estudante reflectir sobre a sua aprendizagem no sentido dos seus reais interesses e sobre o seu desenvolvimento de competências específicas, fomentando a ligação da teoria à prática e onde foram possibilitadas aprendizagens profissionalmente relevantes.

Divido em três partes distintas, o relatório narra a realização de três Módulos de Estágio no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Odivelas, respectivamente:

- I Módulo – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Olaió (UCSPO).
- II Módulo – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Sede (UCSPS).
- III Módulo – UCSPS/Unidade de Saúde Familiar da Ramada (USFR).

A escolha destes locais de Estágio justifica-se não só pelo interesse pessoal da comunidade onde estão inseridas as várias unidades, mas também por motivos de ordem profissional. Exercendo funções no Serviço de Puerpério II da Maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC), a área de eleição é a Área de Saúde da Mulher e Recém-Nascido (RN) inseridos na Família/Comunidade. Por seu lado, o ACES de Odivelas tem como maternidade de referência a MAC.

Face à diversidade de temáticas que emergem da comunidade, a selecção daquelas que despertam mais interesse favorecem um maior envolvimento neste

percurso. Por seu lado, a definição e implementação de estratégias realistas e exequíveis, que apelam à criatividade e à iniciativa, mobilizando saberes e gerindo os recursos existentes e a realização de indicadores para avaliação da eficácia das mesmas levam a um processo de responsabilização do estudante, sob orientação e supervisão.

Um projecto germina de uma inquietação e revela uma intenção, constituindo um guia iluminador para o desenrolar da acção. Assim, pretende-se com esta “inquietação” implementar o Projecto de Intervenção “Visita Domiciliária à Puérpera/RN/Família” no ACES de Odivelas.

Justifica-se também, porque este projecto de intervenção, vai desde logo de encontro com as necessidades sentidas pela equipa multidisciplinar dos vários locais de estágio aquando da elaboração do seu plano de acção, pelo facto de se perceber a importância que reflecte a Visita Domiciliária no período de pós-parto.

Ao confirmar-se esta percepção que lhe é inerente, esta problemática deveria constituir uma situação que no âmbito geral da saúde fosse interiorizada com compromisso por parte de todos os seus intervenientes em ganhos para a saúde.

Assim, no Módulo I (Parte I do relatório) pretende-se fazer o diagnóstico da situação na UCSPO no que concerne à problemática da transição para a parentalidade identificada neste local de estágio, bem como recorrer a estratégias e actividades com objectivos direccionados para a sua elaboração, tendo como principio orientador o planeamento em saúde e justificar a importância da implementação do projecto de intervenção supracitado.

Espera-se, assim, nas várias vertentes direccionadas para a saúde da mulher e da criança, conducentes a um diagnóstico da situação, uma experiência enriquecedora que contribua para a aquisição de competências enquanto enfermeiro especialista em saúde comunitária.

O Módulo II (Parte II do relatório) está direccionado para a intervenção em enfermagem em contexto domiciliário no período de pós parto e para a identificação da problemática que lhe está intrínseca, tendo como fio condutor o projecto de intervenção desenhado para o efeito. Neste módulo deu-se primazia à observação como instrumento de colheita de dados, utilizando metodologia qualitativa para a obtenção resultados que contribuam para a melhoria de cuidados de enfermagem em contexto domiciliário que promovam a transição para a parentalidade saudável e que previnam factores de risco para a mesma.

No Módulo III (Parte III do relatório) espera-se, face à problemática que envolve a transição para parentalidade na comunidade, fazer a ligação – construindo uma “Ponte” – entre os cuidados de saúde primários e a maternidade da área de influência,

facilitadora para a comunicação e articulação de cuidados com vista ao bem-estar da família nesta etapa do ciclo vital.

Concretamente, em relação ao trabalho espelhado neste relatório, importa referir que a elaboração do mesmo, tem em conta o relato do Projecto de Estágio previamente elaborado. O presente trabalho servirá, também, para avaliação da unidade curricular – Relatório de Estágio.

O propósito deste relatório assenta nos seguintes e principais objectivos, durante o decurso dos três Módulos de Estágio:

- Enunciar o que foi realizado e como foi executado (que estratégias, actividades e recursos foram utilizados para a sua concretização);
- Apresentar os principais dados recolhidos da investigação realizada;
- Realizar uma apreciação global do mesmo de uma forma crítica e construtiva na aquisição de competências.

Para finalizar, este relatório deixa transparecer os principais contributos inerentes ao percurso realizado ao longo dos estágios quer do ponto de vista pessoal e profissional, quer para as várias instituições por onde se foi colhendo experiências frutíferas e para a profissão de enfermagem em si. Salienta-se ainda as principais sugestões de mudança para o futuro e para quem se “atreva” a experienciar estes “trilhos”, então percorridos, que “desenham” arte em enfermagem comunitária.

PARTE I – A TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE – A INQUIETUDE DE UMA REALIDADE PERCEPCIONADA

No exercício de funções no Serviço de Puerpério II da MAC, durante sete anos, na Área da Saúde da Mulher e RN inseridos na Família/Comunidade, questionou-se como será o regresso a casa das famílias em transição para a parentalidade, face às dificuldades observadas ao longo do internamento na maternidade.

Com base na inquietude de um percurso profissional em meio hospitalar e não tendo à priori experiência em intervenção comunitária, gostaria de implementar a “Visita Domiciliária à Puérpera/RN/Família” na UCSPPO como um dos objectivos a concretizar nesta unidade durante o ensino clínico.

Assim, para a implementação deste projecto de intervenção comunitária foi crucial o seu enquadramento no diagnóstico da situação para o efectivo planeamento em saúde.

1. A TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE – A PROBLEMÁTICA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS

Para a operacionalização do supracitado projecto foi realizado no I Módulo de Estágio o diagnóstico da situação de que fez parte o levantamento das necessidades junto dos profissionais de saúde da referida unidade.

Por outro lado, houve a necessidade de identificar os problemas e as dificuldades das famílias em transição para a parentalidade na UCSPPO com o intuito de minimiza-los, posteriormente, em contexto domiciliário com o fim último de promover uma parentalidade saudável, tendo sido formalizado de início, um pedido de autorização para recolha de dados no ACES de Odivelas (ANEXO 1) relativo aos Módulos I e II de Estágio.

Para além da determinação das necessidades e da identificação da situação problemática importa reportar para a fixação de objectivos exequíveis na aquisição de competências enquanto enfermeira especialista em saúde comunitária (Imperatori e Geraldes, 1993).

Constituiu uma valiosa ajuda para a elaboração deste relatório, a construção ao longo desta caminhada, de um portfólio, onde foram sucessivamente registadas todas as estratégias e actividades desenvolvidas de forma reflexiva e crítica, constituindo

este agora, um importante instrumento de registo para a descrição e análise reflexiva das mesmas.

Assim, as estratégias e actividades desenvolvidas em ensino clínico na UCSPO conducentes à construção do diagnóstico da situação reflectem como todo este percurso contribuiu não só para a aquisição de conhecimentos e competências em cuidados de saúde primários, como também para o crescimento pessoal e profissional enquanto enfermeira em contexto hospitalar.

Assim, para o efectivo diagnóstico da situação é necessário uma visão alargada do funcionamento e estrutura do local de estágio para a consecução de estratégias e actividades propícias no cuidar nas suas várias vertentes, nomeadamente na saúde da mulher e da criança.

1.1. Caracterização da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Oiaio

O Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro cria os ACES do Serviço Nacional de Saúde, estabelecendo o seu regime de organização e funcionamento.

De acordo com o regime agora estabelecido, os ACES são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, cuja missão é garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.

De entre as unidades funcionais consta a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), à qual compete, à luz do disposto no artigo 10º do Decreto-Lei nº 28/2008, prestar cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos.

Assim, o ACES de Odivelas é constituído por várias unidades funcionais, onde se inscreve a UCSPO na qual se realizou o I Módulo de Estágio.

Na UCSPO, de acordo com o Sistema Informático Nacional das Unidades de Saúde (SINUS), em Abril de 2010 estavam inscritos 35786 clientes, dos quais 18464 tinham médico de família atribuído e 17322 não tinham médico de família atribuído, tendo estes últimos que recorrer a médico de recurso.

Nesta UCSP, em Abril de 2010, existiam 18 médicos, dos quais apenas 11 tinham clientes atribuídos. Os restantes 7 médicos faziam consultas de recurso.

Quanto à equipa de enfermagem, era constituída por 9 elementos. Com estes dados verifica-se que quase metade dos clientes inscritos nesta unidade não têm médico de família o que leva a pensar na equidade no que respeita à Saúde que, ao mesmo tempo, se repercute na transição para a parentalidade. Por seu lado, é notória

a discrepância de enfermeiros face à equipa médica, o que leva a reflectir sobre a qualidade de cuidados de enfermagem prestados.

Na UCSPO existem três salas de tratamento, duas salas de vacinação, uma sala de saúde infantil e uma sala de saúde materna/planeamento familiar a funcionar e pelas quais os enfermeiros são distribuídos durante todos os dias úteis da semana.

Apesar da escassez de recursos humanos de enfermagem tudo “é feito” de forma a garantir o acesso a cuidados de enfermagem.

Para o conhecimento organizacional e estrutural da UCSPO e para posterior realização do projecto de intervenção foi necessária, para consecução dos objectivos propostos, a realização das seguintes actividades de acordo com o Cronograma (ANEXO 2) previamente desenhado.

- Pesquisa bibliográfica sobre a temática em estudo, permitindo aprofundar conhecimentos sobre a mesma, e recolha de informação pertinente, feita essencialmente através da consulta de protocolos e relatórios de actividades da UCSPO/ACES de Odivelas na área de saúde materno-infantil, Circulares Normativas e/ou Informativas, Orientações Técnicas da Direcção-Geral da Saúde, várias Leis Decretos-Lei e Portarias, dados do Instituto Nacional de Estatística, e ainda leitura de obras, artigos e outros textos de literatura nacional e internacional sobre a temática.
- Participação em reuniões formais com a Vogal do Órgão de Direcção do ACES de Odivelas, reuniões formais e informais com a docente e tutora do estágio e com a enfermeira orientadora do mesmo e restante equipa multidisciplinar, permitindo uma partilha de experiências e reflexão sobre o decurso do estágio que contribuíram para o desenvolvimento e aquisição de competências.
- Traduziu-se, também numa mais valia o conhecimento dos recursos da comunidade que articulavam com a UCSPO que permitiram, futuramente, adequar de uma forma mais eficaz e eficiente as respostas, tendo em conta a especificidade das necessidades da Grávida/Puérpera/Casal/RN/Família em transição para a parentalidade.

Com o objectivo de intervir no âmbito da enfermagem comunitária para o cuidado de enfermagem avançada a indivíduos, famílias, grupos e comunidades e

para complementar a caracterização da USPO foram, ainda, desenvolvidas as actividades delineadas nos quatro pontos seguintes.

1.2. Consultas de Enfermagem Saúde Materna

Uma das actividades cruciais desenvolvidas em âmbito de estágio que serviu de alicerce na construção do diagnóstico da situação foi a realização de consultas de enfermagem em Saúde Materna (SM).

A vigilância da gravidez é um direito da mulher, no entanto na UCSPO o acesso a consultas de enfermagem em SM foi interrompido de Novembro de 2009 até Março de 2010 devido à escassez de recursos humanos. Neste período de tempo eram só prestados nesta instituição cuidados assistenciais de enfermagem na Vacinação e Sala de Tratamentos.

A consulta de enfermagem em SM reiniciou em Março de 2010 onde são orientadas e vigiadas grávidas/ casais nas várias fases da sua gravidez. Ainda com a falta evidente de profissionais de enfermagem nesta instituição é feito o possível para garantir o acesso a esta consulta.

A consulta de enfermagem em SM está direccionada para os diferentes três trimestres da gravidez, onde é feita vigilância e Educação para a Saúde (EpS) tendo em conta a especificidade de cada trimestre.

Ao realizar consultas de enfermagem em SM deparou-se com a problemática da transição para a parentalidade na dimensão multicultural, tendo a mesma contornos muito específicos na comunidade de Odivelas.

A migração no Concelho de Odivelas é visivelmente notória dada a sua proximidade e acessibilidade a Lisboa. Sendo a cidade de Odivelas multicultural, chegam até à mesma várias nacionalidades oriundas das diferentes partes do mundo e onde é visível a sua afluência no acesso a cuidados de saúde, nomeadamente a consultas de saúde materna.

No decorrer da consulta de enfermagem em SM contactou-se com várias nacionalidades e culturas, ficando a experiência e a partilha das várias formas de vivenciar a transição para a parentalidade e de como a mesma é influenciada pela cultura. Das várias nacionalidades destacam-se a cultura árabe, indiana, africana, brasileira e de países de leste.

Uma das dificuldades sentidas no cuidar no período de transição para a parentalidade foi a barreira linguística com algumas nacionalidades nomeadamente, paquistanês e indiano, ficando o sentimento de impotência perante estas famílias que por si só são muito fechadas e reservadas no que respeita ao cuidar da saúde e onde

se verifica dificuldades no acesso a cuidados de saúde, nomeadamente na vigilância de saúde materna.

Daí que o enfermeiro deva estar desperto para compreender as diferentes culturas com os seus modos de vida e com formas diferentes de encarar o nascimento.

O recorrer a construtos teóricos e a teorias de Enfermagem é uma estratégia essencial para orientar a reflexão e acção do enfermeiro, de forma a permitir o desenvolvimento da Enfermagem enquanto disciplina e enquanto prática profissional.

Com Leininger surge o conceito de *Enfermagem Transcultural* definindo-a como uma área de estudo e prática, com enfoque no cuidado (cuidar) cultural comparativo de valores, crenças e práticas de indivíduos ou grupos, de culturas similares ou díspares com o objectivo de promover práticas de cuidar de enfermagem culturalmente específicas e universais que promovam saúde ou bem-estar, ou ajudem as pessoas a fazer face a condições humanas desfavoráveis, doença ou morte, através de formas culturalmente significativas (Leininger, 1995).

Leininger defende que as enfermeiras não podem separar as visões do mundo, o enquadramento social e as crenças culturais de saúde, do bem-estar, da doença ou do cuidar quando trabalham com as culturas, porque estes factores estão intimamente ligados. Os factores da estrutura social tais como a religião, a política, a cultura, a economia e os laços de sangue são forças significativas que afectam o cuidar e que influenciam os padrões de bem-estar e de doença (Welch, 2004).

Também é visível a migração na cidade de Odivelas das várias zonas do território português, nomeadamente do interior do país que pelas mesmas circunstâncias descritas anteriormente – proximidade e acessibilidade a Lisboa – escolhem residência em Odivelas. A maioria destas famílias ao inscrever-se na UCSPO fica sem médico atribuído pelo que se verifica através do SINUS que algumas nunca ou pouco recorrem à unidade, o que leva a pensar e a constatar que as que têm possibilidades financeiras recorrem a consultas de foro particular e as que não tem essas condições não vigiam a sua saúde, nomeadamente a gravidez.

Nas consultas de enfermagem em SM importa referir que estão implícitas actividades onde o enfermeiro tem um papel fundamental na identificação das necessidades da grávida/casal inseridos numa comunidade. Devido à multiparidade bem visível nestas famílias, estas consultas propiciam um clima facilitador na identificação precoce de necessidades e problemas manifestados em gravidezes anteriores.

Também, estas consultas proporcionam um ambiente e um estabelecimento de confiança determinantes para a promoção da saúde e prevenção de factores de risco.

Saber fomentar uma relação de ajuda com a grávida/casal/família, aceitando este(a) como tal e promovendo a expressão de sentimentos por parte do mesmo(a), é fundamental na detecção precoce de situações risco e vulnerabilidade e na sua posterior resolução ou minimização.

Uma relação de confiança promove e aceita a expressão tanto dos sentimentos positivos como dos negativos. Envolve coerência, empatia, um calor humano não possessivo e uma comunicação eficaz (Neil, 2004; Lazure, 1994).

Numa posição privilegiada de proximidade com a grávida/casal/família, e com a ajuda das suas competências adquiridas e a mobilização de conhecimentos diferenciados, o enfermeiro especialista, deve saber prevenir, detectar e intervir em situações de risco, contribuindo para a promoção uma parentalidade saudável.

1.3. Sessões de Educação para a Preparação para o Nascimento

A “Preparação para o Nascimento” tem como objectivo primordial a preparação de casais para a gravidez, o parto, a paternidade e a maternidade, permitindo-lhes vivenciar em toda a sua plenitude esta etapa de vida, com a certeza de que saberão dar o melhor a si e ao seu bebé, desde o momento da concepção.

As Sessões de Educação para a Preparação para o Nascimento desenvolvidas no ACES de Odivelas destinam-se a grávidas/casais grávidos a partir da 28^a semana de gestação. As mesmas fornecem conhecimentos sobre fisiologia do parto, epidural, puericultura (banho do bebé, amamentação, e todas as dúvidas que poderão surgir acerca dos cuidados a prestar ao bebé), técnicas de relaxamento de forma a ajudar a grávida a manter-se em forma física e psicológica, bem como procedimentos durante o trabalho de parto e parto. Estas sessões propiciam um clima ideal para a partilha de experiências entre os participantes, onde se desmistificam ideias preconcebidas sobre esta etapa do ciclo vital, facilitando a minimização de angústias e receios.

A participação activa nestas sessões é extremamente gratificante pois estabelece-se com a grávida/casal grávido uma relação de confiança, facilitadora para uma continuidade de cuidados. Uma das estratégias utilizadas, durante este módulo de estágio, foi a participação nestas sessões de educação para um posterior envolvimento com a família em contexto domiciliário demonstrado durante a visita domiciliária no período de pós-parto. Verificou-se, posteriormente, durante a mesma, que a receptividade das famílias que participaram nestas sessões era maior comparativamente às que não participaram.

Estas sessões dirigem-se a toda a população de casais grávidos do ACES de Odivelas. No entanto, devido ao limite de vagas para cada grupo de sessões,

questiona-se sobre a equidade no seu acesso. A sua divulgação é feita no decurso das consultas de enfermagem de SM e verifica-se que o desejo em participar e a adesão às sessões é grande, o que comprova o interesse por esta população específica em adquirir conhecimentos que promovam uma parentalidade saudável.

O envolver a grávida/casal num futuro cuidar de um RN é indispensável para o seu digno desenvolvimento, pelo que o enfermeiro tem um papel preponderante na promoção de cuidados de enfermagem antecipatórios com vista à plenitude da dimensão holística da futura criança através da capacitação dos seus progenitores.

O conhecer e acompanhar mais de perto as funções do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica, sendo a orientadora de estágio especialista nesta área, comparativamente às funções do enfermeiro especialista em Saúde Comunitária foi uma mais valia para a reflexão sobre prestação futura de cuidados comunitários e para a mobilização de saberes entre as duas especialidades tão interligadas bem visíveis nestas sessões de educação para a saúde.

1.4. Consultas de Saúde Infantil e Juvenil

A presente problemática vivenciada na UCSPPO, onde a carência de enfermeiros é evidente, também se repercute na consulta de enfermagem em Saúde Infantil e Juvenil (SIJ). No entanto, há uma preocupação constante dos mesmos em proporcionarem à população a referida consulta.

Após a sua inexistência (desde Novembro de 2009), esta consulta reiniciou o seu funcionamento em Março de 2010, de igual modo como na consulta de enfermagem em SM.

Para o incremento desta consulta de enfermagem é extremamente importante que a mesma comece a ser interiorizada e reforçada durante a gravidez, de forma a consciencializar os futuros pais para a sua adesão e continuidade com vista à promoção da saúde da futura criança.

Na primeira consulta de enfermagem em SIJ deve ser efectuada uma abordagem ao RN/Puérpera/Família tendo como base o respeito pelos seus direitos e interesses e tendo sempre presente cada um deles, como seres únicos e individuais ao longo das diferentes etapas vitais e cuja dignidade humana deverá sempre ser um valor inestimável a preservar.

Uma abordagem holística deve ser sempre orientada pelos princípios éticos que regem os cuidados de saúde, nomeadamente de enfermagem. Logo, o envolver a família no cuidar do RN é essencial para o seu saudável crescimento e desenvolvimento, pelo que o enfermeiro deverá capacitar a família para o seu

autocuidado de forma a elevar os níveis de saúde de cada indivíduo em particular e da família em geral e que a mesma seja capaz de encontrar recursos na comunidade onde está inserida. O saber estabelecer uma relação de confiança e ajuda com cada família, na consulta de enfermagem em SIJ, é também essencial para detectar precocemente situações de risco e de vulnerabilidade, encontrando-se o enfermeiro numa posição privilegiada para o fazer, tendo em conta os contornos da profissão como anteriormente referido. Quanto maior a confiança estabelecida com a família e o conhecimento sobre a mesma melhor se definem estratégias a adoptar na prestação de cuidados, nomeadamente na prevenção da doença e de situações de risco materno-infantil.

Pelo que a ida do RN, pela primeira vez, aos cuidados de saúde primários para a realização do Diagnóstico Precoce Neonatal se traduz no guia para o acesso e adesão às consultas de enfermagem em SIJ.

A “Notícia de Nascimento” (NN) é um instrumento facilitador na articulação de cuidados entre cuidados de saúde diferenciados e os cuidados de saúde primários. No entanto, muitas NN chegam atrasadas ou não chegam ao destino, por vezes estão incompletas, constituindo-se uma falha de comunicação que se deveria evitar.

Como exemplo desta falha nos cuidados de saúde, uma das púerperas, de nacionalidade estrangeira recorreu à UCSPO três semanas após o parto com o RN, não estando o mesmo inscrito na referida instituição e não tendo realizado sequer o Diagnóstico Precoce. Quanto à NN, a mesma ainda não tinha sido recepcionada na unidade. Se a mesma fosse identificada precocemente, a família seria notificada para a realização do referido diagnóstico e conseqüentemente para a consulta de enfermagem em SIJ. Daí, a utilidade valiosa da “Notícia de Nascimento”.

Durante o decurso do I Módulo de Estágio recorreram à UCSPO dezasseis Recém-Nascidos (RN's) para realização do Diagnóstico Precoce Neonatal, uma das intervenções de enfermagem a realizar na primeira consulta em SIJ.

De forma a complementar o diagnóstico da situação em curso, propôs-se identificar as dificuldades que a Puérpera/RN manifestam no pós-parto durante a primeira consulta de enfermagem em SIJ.

Para a identificação das dificuldades foi elaborada uma grelha de observação participante, em que os sujeitos da observação sabiam que estavam a ser observados, utilizando como modelo a estratégia utilizada por Estrela (1994) na observação de classes em ambiente escolar. Esta metodologia foi adaptada à realidade da consulta de enfermagem em SIJ.

A observação é uma técnica utilizada para estudar fenómenos através de manifestações comportamentais, sendo estruturada quando se constrói *à priori* uma

grelha de análise usada para no decorrer da observação registar a ocorrência de comportamentos pré-definidos (Azevedo e Azevedo, 2008).

A grelha, também designada de Grade (Estrela, 1994), foi construída com base nos conhecimentos adquiridos na prática diária de cuidados num serviço de puerpério onde são prevalentes dificuldades inerentes ao processo de transição para a parentalidade, nomeadamente para a puérpera. A Grade de Observação (optou-se daqui em diante por esta designação) divide-se em duas partes: *dificuldades da puérpera face ao RN* e *dificuldades da puérpera face a si própria* (ANEXO 3).

Na primeira consulta de enfermagem em SIJ, através de observação participante, verifica-se, à semelhança do observado na prática de cuidados em contexto hospitalar, que as puérperas apresentam dificuldades quer em relação a si próprias quer em relação a RN.

Analisando, posteriormente, a Grade de Observação constata-se que uma das maiores dificuldades encontradas na consulta de enfermagem em SIJ relaciona-se com a amamentação.

Agrupadas como dificuldades da amamentação, encontram-se dificuldades na técnica e posicionamento na amamentação, mamilos fissurados, ingurgitamento mamário, edema mamário, bloqueio dos ductos e mastite. Estas denominações são consideradas dificuldades um vez que interferem no estado físico e psicológico da puérpera e na alimentação do RN. É de salientar que, durante as várias observações não se detectou nenhum caso de mastite.

Apesar de a maioria dos RN's ser alimentado com leite materno exclusivo, alguns são alimentados também com leite artificial devido às dificuldades na amamentação atrás referenciadas. Só um dos RN's era alimentado com leite artificial exclusivo devido a situação clínica da mãe impeditiva de aleitamento materno.

No que diz respeito à problemática da amamentação, anteriormente discutida, evidencia-se o papel preponderante do enfermeiro no sucesso do aleitamento materno, minimizando as dificuldades da puérpera.

A observação em duas das consultas chama à atenção para o facto de duas das puérperas não recorrerem à UCSPO por dificuldade em se mobilizarem, segundo relato dos familiares que acompanharam os RN's até à unidade de saúde. Nestes dois casos não foi possível observar outras dificuldades inerentes à puérpera. Estes dois RN's vieram acompanhados, um pelo pai e o outro pela avó materna. Estes dois casos ressaltam já para a evidente importância da visita domiciliária no pós-parto onde se observa a família no seu todo, inserida no seu ambiente e onde pode haver uma participação de todos os membros nesta nova etapa do ciclo de vida familiar.

Similarmente ao verificado nas consultas em SM, também nas consultas em SIJ é, cada vez mais, visível a multiculturalidade onde o número de RN's de mães de outras nacionalidades tem vindo a aumentar comparativamente a RN's de nacionalidade portuguesa. Dos dezasseis RN's, que recorreram à UCSPPO para realização do Diagnóstico Precoce Neonatal e que nasceram em território português, verificou-se que nove eram de mães de nacionalidade estrangeira.

Outra das dificuldades mais observadas durante a consulta em SIJ diz respeito à prevenção de acidentes. Durante a consulta de enfermagem observou-se que as puérperas/pais deixam o RN sozinho em cima da marquesa, transportam o sistema de retenção (vulgarmente designado por cadeirinha de automóvel) sem o arnês ou colocam-no em cima de cadeiras ou no chão sem qualquer vigilância, representando potenciais perigos para o RN, o que leva a reflectir sobre o cuidar em enfermagem e a EpS na prevenção de acidentes, onde o enfermeiro tem um papel preponderante na educação para a parentalidade.

1.5. Caracterização da Comunidade – Bairro Vale do Forno

O Bairro Vale do Forno é um dos “bairros problemáticos” abrangido pela UCSPPO e segundo o SINUS e o ficheiro de grávidas da Consulta de Saúde Materna da referida instituição foram identificadas seis grávidas neste bairro no mês de Maio de 2010.

Fazendo uma breve caracterização através da colheita de dados obtida através do SINUS e das fichas de grávidas constata-se que cinco são oriundas de países estrangeiros (Brasil, Moçambique, Guiné e Paquistão). Apenas uma era portuguesa, natural do interior do país e que veio para Lisboa à procura de melhores condições de trabalho, acabando por vir residir para este bairro por deficit de condições económicas.

Quatro grávidas vivem em famílias alargadas ou reconstruídas e onde já estão presentes outras crianças, das quais ajudam a cuidar.

É, também, visível a multiculturalidade neste bairro e em que a mesma se reflecte no cuidar e na transição para a parentalidade. Cinco das gravidezes são mal vigiadas por falta às consultas ou por falta de acesso às mesmas, acabando por a primeira consulta de vigilância ocorrer num estadio avançado da gravidez.

É interessante verificar que o casal paquistanês, apesar da sua cultura “fechada” é assíduo na vigilância da gravidez e sempre na presença de ambos e do único filho até então. No entanto, a língua é um grande obstáculo no decurso da consulta de enfermagem questionando-se e reflectindo-se sobre a presença de dificuldades não identificadas por causa dessa limitação.

O percurso neste bairro foi muito enriquecedor e contou com o recurso e apoio do Contrato Local de Desenvolvimento Social – Vertente Sul (CLDS-VS) de Odivelas.

O CLDS da Vertente Sul de Odivelas tem como missão promover a inclusão social dos cidadãos residentes nos cinco bairros da zona (Vale do Forno, Encosta da Luz, Quinta do Zé Luís, Serra da Luz, Quinta das Arrombas e respectivas áreas envolventes), de forma multisectorial e integrada, através de acções a executar em parceria, de maneira a combater a pobreza e a exclusão social do território em causa. Pretende traduzir-se num projecto de intervenção social inovador e de referência, sustentado numa abordagem integrada de conceber o ser humano (modelo bio-psico-social). O CLDS defende princípios de dignidade humana, solidariedade, qualidade e inovação, numa perspectiva de empowerment dos clientes a quem se dirige.

O CLDS-VS, criado pela portaria 396/2007 de 2 de Abril, prevê a existência de quatro eixos de intervenção obrigatórios e respectivas acções, que podem ser caracterizadas genericamente da seguinte forma:

- **Emprego, formação e qualificação** – Criação de gabinetes de empregabilidade, com o objectivo de apoiar os clientes no processo de inserção, qualificação e/ou requalificação profissional, assim como apoiar o empreendedorismo, com eventual recurso a programas tais como: Criação de empresas de inserção, cooperativas e microcrédito. Potenciar a articulação entre empregadores e potenciais empregados, escolas profissionais e centros de formação, nomeadamente através de acções de informação e de sensibilização junto de agentes económicos.
- **Intervenção familiar e parental** – Criação de centros de recursos e qualificação para desenvolvimento de acções de apoio à comunidade e às famílias (planeamento familiar, informação e educação para a cidadania e direitos humanos, grupos de auto-ajuda, actividades para o desenvolvimento pessoal, treino de competências pessoais, gestão doméstica, definição de projectos de vida, identificação e diagnóstico de factores de stress e de risco, intervenção em situações de crise).
- **Capacitação da comunidade e das instituições** – Desenvolvimento de acções de apoio à auto-organização dos habitantes e à criação de associações (de moradores, temáticas, juvenis, etc.), estimulando os grupos alvo através do acompanhamento de iniciativas e disponibilizando espaços para guarda de material.

- **Informação e acessibilidade** – Desenvolvimento de ações facilitadoras do acesso às novas tecnologias da informação e comunicação orientadas para diversos grupos-alvo (crianças, jovens, pessoas em idade activa, pessoas idosas).

Estando os quatro eixos interligados, destaca-se, no entanto, o eixo de intervenção familiar e parental por estar na base da área de intervenção comunitária traduzida neste relatório, recorrendo-se ao CLDS-VS de Odivelas como uma das estratégias de aproximação à população do Bairro Vale do Forno.

Realizaram-se, junto do CLDS-VS, nomeadamente com a psicóloga e com a Animadora Social, várias reuniões e entrevistas informais para conhecimento da realidade deste bairro, cruciais para concretização do Diagnóstico de Situação. Nestas reuniões negociou-se, também, a realização de sessões de EpS sobre temáticas onde se detectaram problemas inerentes à transição para a parentalidade, havendo desta forma uma partilha enriquecedora e uma parceria com esta instituição.

Como a CLDS-VS conhecia todos os habitantes/famílias deste bairro foi mais fácil de chegar junto da população em transição para a parentalidade, mais especificamente, nesta fase de estágio, grávidas onde pudesse posteriormente intervir em contexto domiciliário no II Módulo.

Com o objectivo de estabelecer uma relação de confiança com estas grávidas/famílias e de aproximá-las dos cuidados de saúde utilizou-se como estratégia/actividade a realização de sessões de EpS sobre algumas temáticas baseadas nas dificuldades identificadas na consulta de enfermagem em SM: “Alimentação e Exercício físico”, “Higiene Oral da grávida”, “Desconfortos durante a gravidez”, “Sinais de Alerta durante a gravidez” e “Promoção do Aleitamento Materno”.

Este estabelecimento de confiança precoce durante a gravidez fortalecerá o suporte necessário para a promoção da relação de confiança em contexto domiciliário. Verificou-se, à semelhança das Sessões de Educação para a Preparação para o Nascimento, durante a visita domiciliária, que a receptividade das famílias do Bairro Vale do Forno que participaram em sessões de EpS era maior comparativamente às que não participaram.

Para além deste objectivo, pretendia-se que estas grávidas/famílias detivessem conhecimentos sobre as várias temáticas abordadas com vista à promoção de uma gravidez saudável, sendo estas sessões um momento oportuno para despiste de potenciais problemas prejudiciais à mesma. Os conhecimentos foram, posteriormente, validados através de questões colocadas aos participantes no final da sessão. No final desta, os participantes eram encaminhados para a UCSPO para esclarecimento de

dúvidas nas consultas de SM, de forma a terem um maior contacto com a UCSP na promoção da vigilância da gravidez.

Para participarem nestas sessões de grupo, as grávidas/casais foram convocados telefonicamente para comparecerem às mesmas em dias pré-estabelecidos conforme planos da sessão de EpS previamente elaborados.

Como actividades foram, também, realizadas notas e diários de campo junto da população de grávidas inseridas no seu bairro, nas sessões de EpS e durante as consultas de SM que serviram de instrumento facilitador de colheita de dados imprescindíveis para o diagnóstico da situação. Dada a extensão de notas e diários de campo, os mesmos não foram colocados em anexo.

Em síntese, para o efectivo planeamento da saúde durante o período de transição para a parentalidade é imprescindível a construção sustentada do diagnóstico da situação nas várias vertentes direccionadas para a saúde da mulher e da criança. Daí, a pertinência de um percurso, em ensino clínico, pelas várias vertentes, que conduziu a uma experiência enriquecedora e reflectida.

Inserida numa comunidade problemática, mas na qual se colhem experiências enriquecedoras no cuidar em enfermagem, fica o sentimento de ter adquirido competências de enfermeiro especialista em saúde comunitária que contribuem para o processo de capacitação de grupos e comunidades.

2. SUBSÍDIOS TEÓRICOS SOBRE O PÓS-PARTO E A VISITA DOMICILIÁRIA

2.1. Dificuldades da Puérpera/Família na Transição para a Parentalidade

A transição para a parentalidade é um fenómeno complexo que requer a interiorização e aprendizagem de novos conhecimentos e aquisição de novas habilidades para o assumir do novo papel (Vieira, 2008).

A transição para a parentalidade envolve alterações e segundo Mendes (2007, p. 1):

“o Pós-parto é um período marcado pela grande vulnerabilidade emocional para ambos os pais em geral e da mulher em particular. Precedido de uma gravidez que envolveu grandes mudanças ao nível dos ajustamentos fisiológicos (súbita mudança hormonal, fadiga, desconforto físico, entre outros), e psicossociais (preparação para a maternidade), outras mudanças acontecem no parto e pós-parto que podem agravar as situações pré-existentes (inexperiência em cuidar do seu filho; mudanças da rotina diária, consolidação da relação mãe/filho, pai/filho, relação conjugal e relacionamento familiar)”.

A gravidez e a parentalidade representam, deste modo, um enorme esforço tanto físico como psicológico e são momentos que se apresentam como crises evolutivas e de extrema vulnerabilidade (Relvas, 2004). Também, para Canavarro (2001, p. 36) “os processos de gravidez e maternidade, como mudanças que são implicam stress”.

Nesta perspectiva são bem visíveis os eventos transicionais do ser humano que permeiam o ciclo vital familiar, bem como as condições condutivas aos processos de transição e as suas relações ao cuidado.

Para Meleis (2000), transição é um conceito de interesse para a enfermagem, é um “conceito central” a pesquisadores, teóricos e cuidadores. Logo, estas alterações no ciclo de vida familiar são um dos focos de intervenção da enfermagem e que levam ao desenvolvimento de novas perspectivas, reflexão e criatividade para a realidade presente, conduzindo a uma revisão na mentalidade e nos valores sociais.

A enfermagem avançada – *advanced nursing* – surgiu através de Meleis que gerou uma teoria de enfermagem, na qual os enfermeiros têm todo o potencial para desenvolverem cuidados que ajudem as pessoas a lidar com as transições de vida.

A transição é definida como “a passagem ou movimento de um estado, condição ou de um lugar para outro (...) transição refere-se a ambos os processos e resultados de uma complexa interacção entre pessoa-ambiente. Pode envolver mais do que a pessoa e o seu envolvimento no contexto e na situação” (Meleis e Transgenstein 1994, p. 256).

A mudança e a diferença são propriedades essenciais das transições. Embora semelhantes, estas propriedades não são substituíveis, nem são sinónimo de transição. A mudança pode estar relacionada a acontecimentos críticos e que alteram o equilíbrio, a rupturas em relacionamentos e rotinas, ou ideias, percepções e identidades. A diferença é exemplificada pelas expectativas divergentes ou não atendidas, sentir-se diferente, ou ver o mundo e os outros de maneiras diferentes. Frequentemente, a emigração mostra diferenças de classe social e de tipo de emprego (Meleis [et al.], 2000) que devem ser tomadas em conta na visita domiciliária.

Meleis [et al.] (2000) referem também condições facilitadoras ou inibidoras dos processos de transição, nomeadamente, condições pessoais, o significado atribuído aos acontecimentos que desencadeiam a transição, as atitudes e as crenças, o status sócio-económico e a preparação ou o conhecimento acerca do próprio processo de transição. Falam ainda das condições sociais, da comunidade, do apoio dos familiares ou pessoas significativas, da informação relevante recolhida a partir de fontes credíveis. Como factores inibidores referem o suporte insuficiente e a informação inadequada.

Compreender as propriedades e condições inerentes a um processo de transição, como a transição para a parentalidade, vai levar ao desenvolvimento de intervenções de enfermagem que sejam congruentes com as experiências únicas dos clientes e suas famílias, promovendo respostas saudáveis à transição (Meleis [et al.] 2000).

A preparação e a transição para a maternidade são influenciadas pelas circunstâncias pessoais e sociais, o status socioeconómico, o conhecimento, a preparação para a maternidade (Vieira, 2008).

As novas mães necessitam de aprender e adaptar-se ao novo papel, recorrendo a vários recursos com o intuito de colmatar as suas necessidades de informação relativamente a esta transição. Estas necessidades são colmatadas através do recurso a profissionais de saúde, a livros e revistas, televisão, amigos, rádio, internet, folhetos informativos e também às suas próprias mães.

No entanto, as mulheres referem que não estão satisfeitas com a informação que recebem durante a gravidez ou após o parto, especialmente as que são mães pela primeira vez (Vieira, 2008). Daí, que se deva repensar e reflectir sobre os cuidados de enfermagem e a importância que os enfermeiros têm no cuidar em situações de transição, nomeadamente na transição para a parentalidade.

E este desafio para a enfermagem começa na comunidade, onde a educação parental pré-natal é fundamental nos cuidados de saúde primários.

Os enfermeiros detêm a experiência, o conhecimento e a competência para criar e inovar. São empreendedores no desenvolvimento de estratégias pedagógicas que podem efectivamente satisfazer as necessidades de aprendizagem.

As necessidades de aprendizagem dos novos pais surgem durante a gravidez, durante a hospitalização e no regresso a casa. Apesar da importância de todas estas etapas na interiorização e aquisição de aprendizagens destacam-se as necessidades de aprendizagem em casa.

Com a diminuição do tempo de hospitalização há uma maior necessidade das mães se apoiarem nos enfermeiros e nos recursos da comunidade para a satisfação das suas necessidades de informação.

Os recursos da comunidade devem ser enfatizados, tendo em conta que as necessidades de aprendizagem e o momento da aprendizagem são potenciados em casa.

Face a esta problemática, a visita domiciliária de enfermagem diminui empiricamente o custo das visitas aos cuidados de saúde primários ou reinternamentos hospitalares, se a mulher/família for informada esclarecida num ambiente que lhe é familiar. Por outro lado, promove a oportunidade de resolução de

problemas que são detectados em casa como por exemplo problemas no aleitamento materno.

No entanto, a visita domiciliária pode ser dificultada pelo receio que mulher/família socioeconomicamente desfavorecida tem de ser referenciada para o tribunal de menores por incompetência. Daí a importância do estabelecimento de uma relação de confiança com o enfermeiro o mais precocemente, para que o processo de aprendizagem seja facilitado.

Estas mulheres/famílias socioeconomicamente desfavorecidas têm mais dificuldade em obter informação pertinente devido à presença frequente de conflitos relacionais, em ter acesso a suporte informativo por parte de familiares e amigos e são relutantes em procurar ajuda nos serviços de saúde com receio de serem julgadas de incompetentes. Também têm um acesso mais limitado à Internet devido ao custo, iliteracia, habilidades informáticas e localização geográfica.

Pelas circunstâncias e desvantagens desta classe socioeconómica, as necessidades de informação destas mulheres são diferentes daquelas que pertencem a um estatuto mais favorecido. Daí, se considerar que o enfermeiro deve ir ao encontro das necessidades de aprendizagem da comunidade de forma a colmatar as desigualdades no acesso à informação.

Outro factor que influencia as necessidades de aprendizagem segundo Gonçalves (2008) é a autonomia educacional das mães que é influenciada pela necessidade de recorrer a terceiros e pela capacidade inventiva e reflexiva. Assim, o enfermeiro tem um papel fundamental como educador na promoção e na adequação de estratégias na resolução de problemas, tornando a mãe activa e responsável no seu processo de cuidar, não a substituindo.

Na enfermagem, a identificação das necessidades de aprendizagem dos casais, representa uma área de intervenção de especial relevância, pois visa facilitar a transição para a parentalidade e promover a aquisição de competências parentais. A resposta a essas necessidades com rigor é um saber fazer imprescindível na prática de cuidados.

2.2. Visita Domiciliária à Puérpera/Recém-Nascido/Família

Com a constante diminuição da duração do internamento hospitalar/maternidade, a capacidade de resposta em cuidados de enfermagem às necessidades da Puérpera/RN/Família pode ser comprometida pela não satisfação das necessidades dos mesmos e pela não detecção precoce de problemas associados ao puerpério.

A puérpera necessita de uma recuperação física e emocional, o RN necessita de se adaptar à vida extra-uterina e o casal/família precisa de se reorganizar no seu novo ciclo vital.

Segundo Rice (2004, p. 413) “o nascimento envolve um período de recuperação, que deve ser supervisionado, bem como uma crise de desenvolvimento, que nova família deve resolver para se manter saudável”.

A necessidade do casal/família se adaptar a esta situação de crise de desenvolvimento da família pode ser colmatada com recurso a um programa de cuidados domiciliários no pós-parto.

A Visita Domiciliária é uma das actividades mais importantes no cuidado de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, pois permite o conhecimento da realidade e do contexto em que os mesmos se inserem.

Para se garantir uma recuperação e readaptação segura no pós-parto, bem como para dar resposta às necessidades de cuidados ao núcleo familiar, é extremamente importante a formação de enfermeiros especializados e qualificados na área dos cuidados domiciliários.

O enfermeiro de família tem assim um papel criativo e importante na prestação de cuidados no domicílio.

O enquadramento teórico da Visita Domiciliária na elaboração deste relatório surge da necessidade de se reflectir sobre a optimização dos cuidados domiciliários no contexto da saúde da família e da comunidade, como um meio de melhor promover a saúde e a qualidade de vida.

Na visita domiciliária à Puérpera/RN/Família é útil interiorizar o Modelo de Sistemas de Neuman, na medida em que compreende múltiplas interacções e inter-relações entre os diversos intervenientes. Para esta teórica “nas parcerias comunitárias tanto os membros da comunidade como os profissionais que têm interesse no sucesso de esforços comuns, participam activamente na tomada de decisões de colaboração” (Stanhope, 1999, p. 204). Para este modelo, a comunidade é vista como um sistema, constituído por subsistemas que se inter-relacionam.

Neuman citada por Freese (2004, p. 340) vê a enfermagem como uma “profissão única na medida em que está relacionada com todas as variáveis que afectam a resposta do indivíduo ao stress”. No seu modelo apresenta o conceito de pessoa enquanto cliente/sistema do cliente que pode ser um indivíduo, família, grupo, comunidade ou questão social. O sistema do cliente é um composto dinâmico de inter-relações entre factores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento.

No seu domicílio, a pessoa/família, após o nascimento de uma criança, depara-se com toda esta diversidade de factores em relação com o ambiente envolvente e que influencia o bem-estar. Para Neuman os *stressores* são importantes para o conceito de ambiente e são descritos como forças ambientais que interagem com e alteram potencialmente a estabilidade do sistema (Freese, 2004).

Já para Benner (2001) a enfermagem é vista como uma prática de cuidados cuja ciência é conduzida pela arte e pela ética moral do cuidar e da responsabilidade. Assim, “o conhecimento clínico de uma enfermeira é relevante ao ponto de a sua manifestação nas competências de enfermagem fazer a diferença no cuidar e nos resultados do doente” (Brykczynski, 2004, p. 194). Neste contexto, a enfermeira perita, em cuidados domiciliários, apoia e otimiza o papel positivo dos membros da família, oferecendo a informação necessária para uma parceria de cuidados e o apoio afectivo. A enfermeira deve ter em linha de conta as necessidades de toda a família como um todo e as necessidades de cada membro da família na sua individualidade. Para Benner (2001) a enfermeira deve saber quando se deve permitir aos membros da família terem um maior papel e quando os deve substituir.

Cuidar de uma pessoa em contexto domiciliário supõe o reconhecimento dos seus valores culturais, suas crenças e suas convicções (Leininger citada por Kérouac [et al.] 1994).

O enfermeiro é responsável pela prestação de cuidados à família, como unidade de cuidados no âmbito dos cuidados de saúde primários. Estes cuidados de saúde são o ponto de partida no contacto do indivíduo, da família e da comunidade com o sistema de saúde, permitindo que a assistência na saúde se aproxime o mais possível dos locais onde a população está inserida.

Neste sentido, a visita domiciliária deve ser entendida como uma das diferentes estratégias de intervenção utilizada na prestação de cuidados de enfermagem junto família.

Segundo Garcia (1997, p. 27):

“podemos definir cuidados domiciliários como um conjunto de actividades que resultam de uma planificação prévia, desenvolvida pelos profissionais que integram a equipa multidisciplinar de cuidados de saúde e tem como objectivo proporcionar cuidados de saúde, incluindo a promoção, protecção, tratamento e reabilitação com a responsabilização do utente e da sua família, e colaboração com os profissionais de saúde, no domicílio dos clientes (...)”.

Para Resende (2006, p. 8) “quando nos referimos a visitas domiciliárias e a cuidados domiciliários devemos ter em consideração que ambos são conceitos, de alguma forma, distintos, contudo complementares e interligados”. Porém, após uma

breve revisão da literatura existente sobre esta temática, constata-se que estes termos têm vindo a ser utilizados indiferentemente.

A mesma autora (2006, p. 8) é da opinião:

“que a visita domiciliária pode ser definida como um actividade fundamental das equipas em cuidados de saúde primários e uma das diferentes estratégias de intervenção na prestação de cuidados. Por sua vez, os cuidados domiciliários podem ser definidos como serviços prestados ao indivíduo e respectiva família na sua própria habitação, sendo que o prestador de cuidados domiciliários é uma pessoa ou instituição que presta cuidados no domicílio”

A visita domiciliária é uma “arte comunitária” que vê a pessoa no seu todo, centralizando a sua acção na promoção e protecção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação. No entanto, na actual prática de cuidados, é a situação de doença que, maioritariamente, conduz à intervenção de enfermagem através da visita domiciliária. Neste contexto e com base na experiência profissional, importa reflectir sobre o “cuidar” em enfermagem nas suas múltiplas vertentes e níveis de prevenção. Porque se trata ou reabilita, quando o cuidado quotidiano indispensável para assegurar a vida não é tomado em conta?

Cabe a cada enfermeiro reflectir e mudar a sua prática de cuidados. Isto implica uma mudança individual, mas também uma mudança organizacional e institucional. Só assim, o papel do enfermeiro é valorizado e é insubstituível junto das famílias, tendo em conta a especificidade dos seus cuidados.

O ambiente familiar e domiciliário é um desafio à enfermagem onde é essencial apelar à criatividade e a flexibilidade. Os enfermeiros, na visita domiciliária, devem estar providos de competências técnicas, de comunicação, de relação, de gestão quando inseridos numa equipa multidisciplinar com o fim último de cuidar da pessoa, família e comunidade, tendo sempre presente o código deontológico que rege a profissão.

Duarte (2007, p. 13) refere que “em contexto de cuidados domiciliários, o enfermeiro é um cuidador, um hóspede polido e educado na casa do doente (Purkis 2001), um professor, um procurador/defensor, um recurso”.

Para a mesma autora (2007, p. 21) “o contexto domiciliário não é apenas o espaço físico onde se habita mas o porto seguro para onde são levados sentimentos, desejos, aspirações, atitudes e comportamentos. É o local mais íntimo em que a pessoa vive e nela se encontra a sua essência.”

“O cuidado no domicílio envolve mais que a realização de técnicas e procedimentos: engloba factores como a empatia, interesse, preocupação, apoio nas dificuldades, ensino e orientação dos cuidadores, isto é, envolve conhecimentos científicos e competências relacionais” Duarte (2007, p. 21).

Para Leonardo (1995) citado por Resende (2006, 9):

“a essência do cuidar está na relação enfermeiro - indivíduo, indo ao encontro da pessoa como um todo, com seu passado, experiências e vivências, tendo a percepção das suas limitações e necessidades, bem como das expectativas dos seus familiares, em função dos recursos disponíveis, actuando tendo como objectivo a promoção da saúde e manutenção da autonomia”.

Importante, também, é o respeito pelas convicções culturais, políticas, religiosas, entre outras de cada pessoa mais visíveis em ambiente domiciliar. Cuidar de uma pessoa no domicílio requer atenção para não impor à mesma e sua família as crenças e valores pessoais do enfermeiro, procurando, pelo contrário, inserir-se no espaço, de tal forma que possam ocorrer as intervenções necessárias em interacção com a família.

Também para Duarte (2007, p. 13):

“os enfermeiros em cuidados domiciliários devem desenvolver, reconhecer e adaptar-se aos valores culturais e práticas de vida do doente e família, e consolidar uma relação de confiança na qual as intervenções de enfermagem são edificadas em função das necessidades individuais, dentro do contexto próprio do cliente. Entrar como hóspede envolve reconhecer que o doente domina o local o que pode tornar a negociação de cuidados mais complexa. Implica manter relações efectivas com os doentes e família, definir a identidade, fronteiras de responsabilidade, autonomia e cooperação e desenvolver um nível de confiança que permita que as intervenções de enfermagem sejam oferecidas e aceites”.

Para Spiers citado por Duarte (2007, p. 13) “Negociar cuidado é um processo complexo de ajustar princípios de confiança, legitimidade, autoridade, autonomia, competência e vulnerabilidade.”

Neste sentido é essencial que o apoio domiciliário seja iniciado o mais precocemente possível de forma a contribuir eficazmente na qualidade de vida.

De acordo com Resende (2006, p. 9) “a visita domiciliária é um dos instrumentos mais indicados para se começar a trabalhar o indivíduo, a família e a comunidade na prestação de assistência à sua saúde, dentro do seu contexto social, desde que seja realizada mediante um processo racional e com objectivos definidos que estejam dentro dos princípios de eficiência”.

A visita domiciliária constitui, assim, uma actividade de excelência na assistência à saúde exercida junto do indivíduo, da família e da comunidade.

Os cuidados domiciliários proporcionam um espaço privilegiado para a promoção e educação para a saúde, tendo em conta a relação de proximidade que se estabelece pelo contacto e interacção em contexto familiar. Deste modo, a visita domiciliária deve ser entendida como uma das estratégias de intervenção da enfermagem na prestação

de cuidados, centrada holisticamente, tanto na pessoa que requer o cuidado, como na família e/ou no sistema de suporte inseridos na comunidade.

Explanado este referencial teórico digerido com alguma reflexão pessoal propício à aquisição de competências, propôs-se no II Módulo de Estágio realizar um projecto de intervenção na área da visita domiciliária no pós-parto e ao mesmo tempo adequar estratégias e actividades de acordo com o diagnóstico da situação anteriormente elaborado na identificação de necessidades.

PARTE II – INTERVIR NA COMUNIDADE – CUIDAR, EDUCAR E CAPACITAR NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

O nascimento de uma criança é um acontecimento saudável, que inicia uma nova fase de transição do ciclo vital da família, em que a mesma tem de se adaptar e reorganizar para se manter em harmonia e onde o enfermeiro tem um papel fundamental no bem-estar familiar. Para Relvas (2004, p. 76) esta transição “trata-se da reorganização familiar, através da definição de papéis parentais e filiais e de nova redefinição de limites face ao exterior, visando uma maior abertura às famílias de origem e à comunidade”.

Assentando na premissa de que o enfermeiro deve ser cada vez mais um membro da comunidade, com a qual e para a qual trabalha, a visita domiciliária não é mais que a representação do enfermeiro como um ser próximo desta comunidade, deslocando-se até à mesma para a promoção da sua saúde e prevenção da doença. Esta aproximação inicia-se mesmo antes do nascimento – Intervenção para a Vida.

Logo, ao intervir numa comunidade em transição para a parentalidade, durante a visita domiciliária, o enfermeiro está a cuidar, educar e a capacitar com o fim último de promover o bem-estar nesta etapa do ciclo vital.

1. VISITA DOMICILIÁRIA À PUÉRPERA/RECÉM-NASCIDO/FAMÍLIA – UM PROJECTO DE INTERVENÇÃO

A intervenção de enfermagem em cuidados de saúde primários é caracterizada pela relação que se estabelece com a comunidade e as suas estruturas básicas, das quais se destaca a família e toda a envolvente familiar.

É na família que se inter-relacionam os ambientes físico, sociocultural e afectivo que vão determinar o bem-estar do indivíduo. Assim, para obtermos ganhos em saúde não podemos considerar o indivíduo isoladamente, mas dentro do contexto em que o mesmo se insere.

Para se realizar a visita domiciliária no pós-parto é necessário fazer um planeamento da mesma eficaz, responsabilidade esta que cabe a um enfermeiro competente que tenha uma perspectiva completa da família, para além da puérpera e do recém-nascido como foco de atenção. De acordo com Batalha (2000, p. 22), “sem um bom planeamento será difícil escolher estratégias de intervenção que permitam atingir os resultados pretendidos, com uma aplicação racional de recursos”. Para tal, é

imprescindível realizar um cuidadoso diagnóstico da situação, onde devem constar todas as informações pertinentes como por exemplo a caracterização da população e da área geográfica abrangida pela unidade de cuidados de saúde primários, a definição da população alvo, a identificação das situações de risco, entre outras informações. Paralelamente, é necessária a interligação e articulação entre os diversos serviços de saúde e comunitários no sentido de “juntar esforços” para o bem-estar familiar.

Para Batalha (2000, p. 22) “não existem receitas para a forma como se deve realizar uma visita domiciliária, cada uma tem os seus objectivos, estratégias e limites de tempo”. No entanto, existem algumas orientações e estratégias a ter em conta no seu planeamento e intervenção.

Com o objectivo de prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família, em situação de saúde ou doença, no pós-parto em contexto domiciliário tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar da mulher/RN/família e a promoção do desenvolvimento de competências parentais, foram delineadas estratégias e objectivos descritos no próximo ponto.

1.1. Estratégias e Objectivos em Contexto Domiciliário

Para uma intervenção eficaz em contexto domiciliário é fulcral o estabelecimento de confiança durante a gravidez de modo a facilitar a futura visita domiciliária. Para a concretização da visita domiciliária no II Módulo de Estágio foi necessário à priori o estabelecimento de confiança com a mulher/casal/família previsto no Módulo I.

Assim, recapitulando, foram utilizadas como estratégias de aproximação junto da comunidade em transição para a parentalidade:

- A participação nas consultas de SM
- A participação nas Sessões de Preparação para o Nascimento
- A Integração na comunidade do Vale do Forno
- A promoção de uma relação de confiança/ajuda terapêutica com a mulher/casal/família em transição para a parentalidade

Para intervir em parceria com a família no pós-parto, em contexto domiciliário, desenharam-se como principais objectivos:

- Despistar alterações psicológicas/comportamentais
- Compreender as dinâmicas familiares
- Promover uma sexualidade saudável – Planeamento Familiar

- Despistar comportamentos de risco: Alcoolismo/Toxicod dependência e Tabagismo
- Avaliar as condições socioeconómicas
- Promover o autocuidado da puérpera/família
- Promover a amamentação exclusiva
- Promover a saúde do RN (Alimentação-Amamentação/Preparação do biberão, Higiene e conforto, Higiene do sono, Posicionamento, Prevenção de acidentes, Vacinação, Diagnóstico Precoce, Peso/Medidas antropométricas, Consultas, Despiste de anormalidades)
- Prestar cuidados em situação de doença que tenha ocorrido durante a gravidez ou pós-parto e realização de tratamentos.
- Prestar cuidados específicos em Situações de Risco, Luto e Morte Neonatal
- Intervir em grupos de risco: Gravidez na adolescência, Toxicod dependência, HIV e SIDA, Adopção, Doença associada à gravidez, Doença anterior à gravidez, RN com malformação ou doença

Para alcançar estes objectivos foi necessário o recurso a estratégias exequíveis como:

- A promoção de reuniões na equipa para coordenação das intervenções
- O encaminhamento e coordenação para/com outras instituições da comunidade, promovendo a interligação entre os diversos serviços de saúde e outros
- Registo e avaliação das actividades realizadas.

Para registo e avaliação das actividades planeou-se a realização de um instrumento de colheita de dados indispensável na intervenção em contexto domiciliário denominado Protocolo de Registo de Enfermagem da Visita Domiciliária à Puérpera/RN/Família (ANEXO 4).

Também para o planeamento da Visita Domiciliária foi realizado um Protocolo de Visita Domiciliária (ANEXO 4) de forma a delinear as actividades na pré, durante e pós-visita de forma eficaz.

A eficácia, qualidade e impacto da visita domiciliária na vida da família depende fortemente da confiança que esta deposita no profissional que a visita, mas também de todo o planeamento efectuado para a mesma.

O reunir toda a informação existente antes de interagir com a família facilita um conhecimento prévio da mesma antes de a visitar. Com este conhecimento pode

individualizar-se o plano de cuidados, estabelecer-se prioridades e evitar perder-se algum tempo na colheita de informação já feita anteriormente.

Em planeamento da saúde o enfermeiro deve encarar a família como sua parceira, uma vez que ambos têm o mesmo objectivo – promover o bem-estar da família, estabelecendo-se desta forma uma metodologia interactiva e de colaboração no cuidar.

Nesta interligação, o enfermeiro educa para a saúde de toda a família, respeitando a individualidade de cada membro, de modo a que esta seja responsabilizada pela sua própria saúde. Estimula-se, assim, o auto-cuidado da família bem como a capacidade de a mesma tomar decisões conscientemente, nomeadamente na transição para a parentalidade.

Em parceria, o enfermeiro deve juntamente com a família proceder à identificação das necessidades desta, recursos e planear a acção. Há uma “contratualização” e um compromisso entre ambas as partes em que há uma responsabilidade partilhada com o fim último de bem-estar.

A visita domiciliária no pós-parto é uma intervenção comunitária efectiva e valiosa que merece um planeamento sistémico e cuidadoso tendo em conta a especificidade de cada família em transição para a parentalidade.

A caminhada com a família, durante este módulo II, nem sempre foi fácil pois a mesma ainda não está preparada e consciencializada para tomadas de decisão com responsabilidade, delegando as mesmas no enfermeiro enquanto cuidador. Faz parte das competências de um enfermeiro especialista educar a comunidade para a responsabilização activa e informada da sua saúde.

Continuando, falar em informação reporta para a necessidade de divulgar qualquer projecto para que este tenha continuidade na comunidade onde está inserido. Para além da divulgação do projecto de intervenção “Visita domiciliária à Puérpera/RN/Família no Pós-Parto” dentro da comunidade institucional e profissional, foi necessária a divulgação do mesmo à população alvo a quem se dirige. Para tal, foi elaborado um Panfleto Informativo (ANEXO 5) a fornecer às grávidas durante a consulta de enfermagem em SM.

Considerado à priori a necessidade, após a visita, de articular com a equipa multidisciplinar e/ou com recursos da comunidade, no sentido da resolução de problemas identificados, foi também criado um instrumento Protocolo de Articulação de Recursos Comunitários (ANEXO 4).

Todo este percurso do ensino clínico não foi pacífico, pelo que houve a necessidade de ir fazendo adaptações a situações novas. Estava previsto a realização do I e II Módulo no mesmo campo de estágio, à necessidade de obras das instalações

houve a necessidade de mudar no II Módulo de Estágio para a UCSPS de Odivelas. A escolha deste local deveu-se ao facto de as famílias em transição para a parentalidade acompanhadas durante o I módulo passarem a recorrer provisoriamente a esta unidade (e para onde grande parte da equipa multidisciplinar foi também transferida). Esta mudança tornou-se numa experiência enriquecedora para a aquisição de competências como enfermeira especialista em Saúde Comunitária destacando a capacidade de adaptação e adequação de estratégias a uma nova realidade.

1.2. Perspectivas de Avaliação

Observação como instrumento de avaliação

A experiência em visita domiciliária efectuou-se em contexto do II Módulo de Estágio e o critério de selecção para a sua realização foi acidental de acordo com as Notícias de Nascimento recebidas na UCSPS e após adesão da família à VD.

Cada visita domiciliária centrou-se na observação de todo o contexto no sentido da minimização das dificuldades que lhe eram intrínsecas. A visita domiciliária é um fenómeno rico, imerso de complexidade e onde a observação é primordial.

Observar a dinâmica de vida familiar, os estilos de vida adoptados pela família, as estratégias para lidar com o stress familiar e dificuldades, a comunicação familiar envoltos pela cultura, a espiritualidade, o apoio social e económico, permite avaliar a adequação da família em transição para a parentalidade.

Utilizou-se como metodologia, a observação naturalista, crendo que todo o comportamento expressa uma função do indivíduo inserido no seu ambiente.

O enfermeiro como educador para poder intervir no ambiente natural terá de saber observar e problematizar. Ou seja, interrogar a realidade encontrada e construir hipóteses explicativas sobre os problemas encontrados para posterior a avaliação e resolução dos mesmos.

Assim a intervenção que correspondeu ao trabalho de campo propriamente dito assentou em seis (6) pontos fundamentais da Teoria e Prática de Observação de Classes segundo Albano Estrela (1994):

1. Tempo e condições de observação

O tempo de observação oscilou entre os 40 e 60 minutos e as condições da mesma estavam associadas às características de cada habitação e meio envolvente, podendo estes interferir na observação.

2. Objectivos e critérios de observação

Os objectivos e critérios delineados tiveram como suporte um Protocolo de Observação adaptado à realidade da visita domiciliária, com base no mesmo autor (ANEXO 6). Este protocolo incide em seis áreas de observação/intervenção em contexto domiciliário:

- Observação física e comportamental da puérpera
- Observação física e comportamental do RN
- Observação da amamentação
- Observação da interacção familiar
- Observação do ambiente doméstico
- Observação dos boletins de saúde de vacinas do agregado familiar

3. Meios de observação

Utilizou-se como instrumentos de observação naturalista (observação no ambiente natural do sujeito observado) a Grade de Observação (ANEXO 7), o Protocolo de Registo de Enfermagem da Visita Domiciliária à Puérpera/RN/Família (Anexo 4) e Notas de Campo.

4. Campo de observação

O campo de observação era a habitação de cada família, sendo a interacção em diferentes assoalhadas consoante o contexto de cada visita. Maioritariamente a visita decorria na sala de estar e quarto de casal.

5. Resultados obtidos

Os resultados obtidos, após chegar à saturação/repetição dos mesmos, foram sujeitos a uma análise de conteúdo e a uma categorização que deu origem a quatro áreas problemáticas chave:

- Problemas durante o processo da amamentação
- Risco de acidentes infantis
- Vacinação em atraso do agregado familiar
- Dificuldade no acesso a consultas

6. Reflexão crítica

Ao analisar cuidadosamente os resultados obtidos chegou-se à conclusão de que era necessário intervir nas quatro áreas problemáticas supracitadas, não só em contexto domiciliário no pós-parto, mas prioritariamente durante as consultas de SM e durante o internamento hospitalar após nascimento de modo a minimizar as mesmas aquando a visita domiciliária.

Observação naturalista em contexto domiciliário

Utilizando metodologia qualitativa em contexto domiciliário, inicialmente, pensou-se em utilizar a entrevista para a colheita de dados, mas por dificuldade em aplicá-la devido a barreira linguística em algumas famílias achou-se que a mesma não era o melhor instrumento face à realidade encontrada. Devido ao contexto multicultural vivenciado durante o ensino clínico, algumas das famílias, nomeadamente provenientes de países asiáticos tinham dificuldade em comunicar devido às diferenças linguísticas. Algumas tinham intérpretes (um familiar ou amigo que já vive há mais tempo em Portugal e que já tem alguma conhecimentos de português), mas nem sempre é o caso pelo que se torna fulcral a observação do meio envolvente durante a interacção em contexto domiciliar.

Considera-se a observação naturalista como a observação do comportamento do Homem no seu ambiente. Para Henry citado por Estrela (1990, p. 46) “ a observação naturalista é o estudo de um fenómeno no seu meio natural”.

Nesta perspectiva, o contexto domiciliário foi visto como ambiente natural. Como tal, utilizou-se a *Teoria e Prática de observação de Classes* segundo Albano Estrela (1994). Este autor utiliza, como já foi referenciado, uma grade de observação de comportamentos inventariados em contexto de sala de aula. Assim, tal como na consulta de SIJ, adaptou-se esta grade aos comportamentos observados em contexto domiciliário no cuidar em enfermagem.

Salienta-se, também, que esta observação para além de ser naturalista é também uma observação participante, uma vez que o enfermeiro com observador participa no grupo alvo de intervenção na tentativa de resolução de problemas.

No entanto, não se pode deixar de pensar no reducionismo e enviesamento da realidade que a observação transporta, intrínsecos à limitação da investigação qualitativa.

No entanto, considerou-se como ponto de partida a observação das dificuldades em contexto domiciliário para posterior resolução das mesmas através de Eps.

Observar para educar em saúde

Apesar das limitações subjectivas que lhe são inerentes, nunca é demais sublinhar a importância que assume a observação dos comportamentos no processo de ensino-aprendizagem. Segundo Estrela (1994, p. 128) “a pedagogia actual tem chamado a atenção para o papel desempenhado pelos processos de observação, diagnóstico e avaliação como fundamento de toda a acção educativa.”

A promoção da saúde em geral e a EpS em particular devem ser consideradas como funções de cidadania organizadas, onde se verifique a participação activa de todo o cidadão. Não obstante esta necessidade de participação colectiva, o enfermeiro desempenha um papel preponderante enquanto agente de EpS.

E o enfermeiro como professor é desafiado não só a fornecer educação específica para o cliente e família, como também a focar as necessidades educacionais da sociedade.

Assim sendo, “só a observação permite caracterizar a situação educativa à qual o professor terá de fazer face em cada momento. A identificação das principais variáveis em jogo e a análise das suas interacções permitirão a escolha das estratégias adequadas à prossecução dos objectivos visados”. (Estrela, 1994, p. 128).

Ora, apesar da importância da observação enquanto alicerce da educação para a saúde, a posição do enfermeiro enquanto observador não é a mais favorável a um processo que deveria ser objectivo e sistemático. Se toda a observação implica dificuldades e limitações devidas ao sujeito observador, ao sujeito observado e às interacções entre ambos, as situações pedagógicas e complexas ainda acentuam mais as dificuldades e limitações no que respeita ao cuidar, havendo, assim, na interacção, aspectos que fogem ao controlo do enfermeiro enquanto educador e observador.

Importa, no entanto, como uma das competências de enfermeiro especialista em saúde comunitária, incorporar na prática diária de cuidados resultados de investigação válidos e relevantes de forma a melhorar a prestação de cuidados e a promoção de nova investigação.

PARTE III – A PONTE DO ACES COM A MATERNIDADE

O III Módulo de Estágio que decorreu na UCSPS e USF da Ramada teve como objectivo articular os cuidados de saúde primários com a maternidade de referência, mais especificamente o ACES de Odivelas com a MAC.

Inicialmente, estava previsto a realização do último ensino clínico na USF da Ramada. Mas por questões de atraso de abertura desta nova unidade, tal não foi possível, pelo que se manteve no anterior local de estágio, junto da orientadora de estágio até à abertura da USF da Ramada.

A experiência de realizar um estágio numa USF em “fase embrionária” foi bastante enriquecedora, pois havia o sentimento de que a abertura e iniciativa para novos projectos eram maiores. Era, portanto, o momento oportuno para implementar precocemente o projecto de intervenção comunitária “Visita Domiciliária à Puérpera/RN/Família”. Por outro lado, havia o sentimento de que seria mais fácil a articulação de cuidados numa equipa nova e motivada.

1. O CONTRIBUTO DA VISITA DOMICILIÁRIA NO PÓS-PARTO

A visita domiciliária foi uma das experiências mais enriquecedoras ao longo deste percurso em estágio. O ser convidada a entrar numa casa que é completamente desconhecida, um ambiente em que não estava habituada a cuidar, traz um misto de sentimentos: o desconforto pelo que se vai encontrar além portas mas ao mesmo tempo o desafio, pois esse é o ambiente da família e onde se pode ter uma percepção da mesma num ambiente que lhe é natural.

Em situação oposta, estão os cuidados em instituição onde o enfermeiro trabalha num ambiente que lhe é conhecido mas que não o é para a família. E é neste contexto que os enfermeiros estão mais habituados a trabalhar. Daí, o grande desafio da visita domiciliária para aquisição de competências enquanto enfermeira especialista em saúde comunitária no “apalpar e pisar” terreno que não lhe é próprio e conhecido.

O cuidar de famílias em transição para a parentalidade no período de pós-parto e em contexto domiciliário abre para novos horizontes o cuidar em enfermagem avançada.

Quando se realiza uma visita domiciliária há uma continuidade de cuidados após a mesma porque se colheu um conhecimento mais aprofundado dessa família e para a

qual podemos traçar novos planos de cuidar, havendo um planeamento de saúde mais enriquecido.

Durante a realização da visita domiciliária no pós-parto observou-se que existem quatro áreas onde é prioritário intervir antes, durante e após a mesma.

A primeira área diz respeito à promoção do aleitamento materno que deve ser feita o mais precocemente possível, durante a gravidez de forma a prevenir potenciais problemas após o nascimento.

A prevenção do risco de acidentes infantis é outra grande área de intervenção, onde a visita domiciliária é o momento propício para a identificação de potenciais riscos, uma vez que é o ambiente natural da mesma. No entanto, reflecte-se para a grande necessidade de alertar sobre a prevenção de acidentes durante a gravidez e no pós-parto para evitar que os mesmos aconteçam.

Também, apesar de a visita ser maioritariamente dirigida para a puérpera e RN verifica-se que, ao observar os boletins de vacinas, grande parte do agregado familiar tem vacinas em atraso. Daí a necessidade de intervir na área da vacinação em cuidados de saúde primários.

Por último, mas não menos importante, verifica-se que há dificuldade no acesso a consultas, nomeadamente de SIJ e de Planeamento Familiar pós-parto. Na realidade experienciada durante o estágio, em que o número de habitantes é elevado face ao número de profissionais, muitas famílias têm dificuldade em marcar consultas por falta de desconhecimento, nomeadamente quem não tem médico de família atribuído.

A visita domiciliária alertou também para a necessidade de articulação de cuidados primários e diferenciados com vista ao Bem-Estar das famílias em transição para a parentalidade.

2. A ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS

Consciencializada a importância da visita domiciliária no pós-parto e face à problemática vivenciada em contexto domiciliário, torna-se pertinente a prevenção e a minimização das dificuldades identificadas e a promoção de uma parentalidade saudável.

Par tal, é necessário apostar na EpS, nomeadamente nas temáticas onde foram identificadas dificuldades com maior evidência em contexto domiciliário durante o período de gravidez e período inicial de puerpério (internamento hospitalar). Conhecer à priori e precocemente as dificuldades encontradas no período de transição para a parentalidade será facilitador para intervenção em contexto domiciliário.

Torna-se, assim, relevante a articulação de cuidados entre os cuidados de saúde primários e os cuidados em contexto hospitalar com o intuito de melhorar a saúde no período de transição para a parentalidade.

Neste sentido, propôs-se no III Módulo de Estágio fazer uma articulação entre os cuidados de saúde primários e a maternidade de referência.

No decurso do exercício profissional, num serviço de puerpério, constata-se que grande maioria de puérperas/família apresenta dificuldades nas várias temáticas atrás referidas. É de referir, no entanto, que devido ao “turbilhão” de acontecimentos novos que a puérpera/família está a vivenciar, a mesma não está tão desperta e motivada para a realização de EpS. A fadiga e vulnerabilidade emocional características deste período, a preocupação pelo bem-estar do RN, o próprio internamento hospitalar, são factores que influenciam a não atenção para EpS neste período transicional.

Pelo contrário, o período gravídico é o momento propício para EpS, quer para a mulher quer para o casal/família, uma vez que a sua atenção está focada para a aquisição de conhecimentos que proporcionem a vinda de um bebé saudável.

Acima de tudo, a gravidez é potencialmente uma experiência/vivência de mudança e renovação, enriquecimento e desafio. Perante tal envolvência, mediada também por um sentimento de profunda atenção, consciência e preocupação, a grávida vai adquirindo novos conhecimentos e competências durante o período gestacional, fundamentais na transição segura para a maternidade, caminhando assim para uma integração efectiva no seu papel de mãe (Mendes, 2002).

O conhecimento desta realidade em contexto de trabalho e a aquisição, ao mesmo tempo, de experiência num percurso de ensino clínico em cuidados de saúde primários, fez reflectir sobre aspectos complexos de âmbito profissional e académico, com o fim último de garantir cuidados de qualidade nesta etapa do ciclo vital: Transição para a Parentalidade.

Pensando na articulação de cuidados, elaborou-se, em ensino clínico, uma brochura a anexar ao Boletim de Saúde da Grávida (ANEXO 8) com as temáticas onde foram identificadas maiores dificuldades no pós-parto em contexto domiciliário. Esta brochura tem como principais objectivos identificar precocemente essas dificuldades e realizar EpS nessas temáticas nas CSM.

Como exemplo ilustrativo, tendo um conhecimento prévio sobre as dificuldades vivenciadas pela grávida no que respeita ao processo de amamentação em filhos anteriores, será mais fácil minimizar esses problemas na gestação actual através da desmistificação de ideias preconcebidas. Não é por acaso que, durante o internamento hospitalar, várias puérperas me referenciam que “não tiveram leite” ou que o mesmo é

“insuficiente e fraco”. E, se estas ideias não forem desmistificadas podem levar a um novo insucesso na amamentação.

Também, no caso de um ingurgitamento mamário ou de uma mastite anterior é crucial educar no sentido da sua prevenção e de como actuar se tal venha a acontecer de forma a promover a amamentação. Importa, por isso, a sua promoção durante a gravidez.

Na mesma linha de pensamento, nesta brochura são anotadas as temáticas onde se realizou EpS durante as CSM para dar continuidade à mesma durante o internamento hospitalar. São várias as puérperas que referem em contexto de trabalho que “... não me explicaram nada disso no cento de saúde...” SIC. Mas, não se pode deixar de reflectir sobre a vulnerabilidade psicológica inerente a este período de transição que interfere na própria memória e concentração.

Esta brochura torna-se, assim, num valioso instrumento de comunicação entre os cuidados de saúde primários e maternidade de referência, onde nomeadamente nos serviços de puerpério pode levar a um reforço de EpS nestas temáticas com vista à minimização de problemas durante o internamento e posteriormente no regresso a casa.

Por seu lado, pela experiência adquirida até então, reconhece-se que ainda subsistem falhas de comunicação entre estes organismos no que respeita à alta hospitalar. No decurso dos módulos I e II averiguou-se que as NN enviadas aquando a alta da maternidade não chegavam a tempo da primeira CSIJ ou eram extraviadas e quando chegavam muitas delas estavam mal ou pouco preenchidas. Por outro lado, os Boletins de Saúde da Grávida e os Boletins de Saúde Infantil e Juvenil traziam pouca informação relativa ao próprio internamento hospitalar, o que levou a reflectir sobre a articulação de cuidados com vista à qualidade de cuidados de enfermagem prestados.

Estando numa posição facilitadora que contribui para a melhoria dessa articulação, devido ao local de trabalho num serviço de puerpério e face às competências de enfermeiro especialista em saúde comunitária adquiridas até então, questionou-se sobre a necessidade da realização de um instrumento de comunicação direccionado da maternidade para os cuidados de saúde primários.

Devido às falhas inerentes, até então diagnosticadas, reflectiu-se sobre a necessidade de implementação de um “Protocolo de Alta de Enfermagem” (ANEXO 9) durante o internamento hospitalar. Nessa folha consistem todos os dados importantes relativos à situação da puérpera/RN/ família de forma a promover a continuidade de cuidados nos cuidados de saúde primários. Era opinião unânime da equipa de saúde do ACES de Odivelas de que havia perda de informação acerca das famílias durante o período de internamento na maternidade.

Como estratégias para a implementação destes dois instrumentos de comunicação foram realizadas duas sessões de formação na UCSPS e USF da Ramada, respectivamente, onde houve espaço para a partilha de ideias, de críticas construtivas e de como contornar obstáculos com o objectivo de fomentar a sua importância da sua implementação para melhoria dos cuidados de saúde, nomeadamente cuidados de enfermagem.

Paralelamente, em contexto de trabalho, no serviço de puerpério, foi realizada uma acção de formação com o objectivo de sensibilizar para a equipa de enfermagem para a utilização deste Protocolo de Alta de Enfermagem (Anexo 9).

Posteriormente, houve o convite pelo ACES de Odivelas para realizar a sessão de formação na Unidade de Cuidados da Comunidade da Pontinha face ao interesse manifestado pela equipa de enfermagem no que respeita à dinamização, articulação dos cuidados e implementação do referido protocolo.

Estas sessões de formação contribuíram para aperfeiçoar de forma eficaz e eficiente estes dois instrumentos de trabalho (Anexos 8 e 9), com o fim último de melhorar a comunicação entre os cuidados de saúde primários e maternidade da área de influência. Espera-se a curto prazo a implementação destes instrumentos nas referidas instituições como uma mais valia para o Bem-Estar da comunidade em transição para a parentalidade.

CONCLUSÃO

Numa análise global de toda esta caminhada, enquanto aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Comunitária, fica a sensação de que um dos aspectos mais positivos foi o facto de exercer funções em contexto hospitalar – maternidade, cuidados diferenciados – paralelamente à realização dos módulos de estágio em cuidados de saúde primários.

Nesta vivência pessoal houve uma visão mais alargada e uma ligação mais estreita com as famílias em transição para a parentalidade. Ou seja, acompanhou-se as famílias durante a gravidez nos cuidados de saúde primários, durante o internamento na maternidade e novamente nos cuidados de saúde primários no período pós-parto, estabelecendo-se desta forma uma maior relação de confiança com estas famílias facilitadora para o cuidar das famílias nesta etapa do ciclo vital.

Após um primeiro contacto com a realidade dos cuidados de saúde primários, o estágio foi iniciado com a realização do diagnóstico da situação onde foi verificada a situação problemática previamente identificada. Constatou-se que existem dificuldades na transição para a parentalidade quer durante a gravidez quer durante o pós-parto. Enquanto pós-parto, as dificuldades existem em contexto de internamento na maternidade e persistem, posteriormente, em contexto de cuidados de saúde primários.

Esta situação constitui, também, uma preocupação sentida por todos os profissionais da UCSPO. Por outro lado, a inadequação de respostas, deve-se ao facto do elevado número de famílias inscritas nesta unidade face ao número de profissionais que nela trabalham. Também, os bairros problemáticos abrangidos pela UCSPO, nomeadamente o Bairro Vale do Forno, constituem outra fonte de problemas para a mesma. Toda esta situação problemática interfere nas famílias em transição para a parentalidade, às quais nem sempre se consegue dar resposta por falta de recursos.

A própria instabilidade vivida nos cuidados de saúde primários interfere nas famílias em transição para a parentalidade. Reporta-se para o caso vivenciado em que para obras de melhoramento das instalações da UCSPO, as famílias foram transferidas, provisoriamente, para outras unidades de saúde perdendo desta forma o elo de ligação com os seus cuidadores habituais.

Esta situação remete para a importância da reflexão das Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária, nomeadamente, no que respeita à

capacidade de actuar perante situações imprevistas e complexas e o adequar estratégias de resolução e minimização de problemas.

O alcance de identificação desta problemática teve como base a observação estruturada, natural e participante das famílias em transição para a parentalidade durante as consultas de enfermagem em SIJ e a realização de notas e diários de campo em vários contextos, sobretudo, nas consultas de enfermagem em SM, nas sessões de educação para a preparação para o nascimento e na comunidade Vale do Forno.

Após a análise dos resultados, ficou bem patente, a necessidade e a pertinência da elaboração e implementação de um projecto de intervenção no período de pós-parto denominado “Visita Domiciliária à Puérpera/RN/Família”.

Este projecto de intervenção foi operacionalizado, no II Módulo de Estágio, na UCSPS, onde se deu início à visita domiciliária propriamente dita.

Os cuidados domiciliários proporcionam um espaço privilegiado para a promoção e educação para a saúde, tendo em conta a relação de proximidade que se estabelece pelo contacto e interacção em contexto familiar. Deste modo, a visita domiciliária deve ser entendida como uma das estratégias de intervenção da enfermagem na prestação de cuidados, centrada holisticamente, tanto na pessoa que requer o cuidado, como na família e/ou no sistema de suporte inseridos na comunidade.

A Visita Domiciliária à Puérpera/RN/Família constitui, assim, uma actividade de excelência na assistência à saúde exercida junto do indivíduo, da família e da comunidade. E, para que possa haver um efectivo e verdadeiro reconhecimento dos cuidados de enfermagem como tais, só os enfermeiros podem demonstrar que estes cuidados são a expressão de cumprimento de um serviço imprescindível, fundamental e necessário independentemente do local ou espaço onde os mesmos sejam prestados.

Para que se alcance a excelência da prática de enfermagem em contexto domiciliário, é fulcral que a mesma se verifique e decorra de acordo com os padrões de enfermagem, com a legislação sobre a prática de enfermagem e de acordo com a preparação e experiência do enfermeiro que a efectua.

A visita domiciliária poderá ser, deste modo, a “chave de abertura” para a consolidação da autonomia da prática em enfermagem.

Para a justificação e pertinência da visita domiciliária no período de pós-parto, à semelhança da construção do diagnóstico no primeiro momento de estágio, foram utilizados como instrumentos de colheita de dados a observação e as notas e diários de campo em contexto domiciliário.

Da mesma forma, após análise de conteúdo dos resultados obtidos com a aplicação destes instrumentos, constatou-se de que era imprescindível intervir em quatro grandes áreas de intervenção – Problemas durante o processo da amamentação, Risco de acidentes infantis, Vacinação em atraso do agregado familiar e Dificuldade no acesso a consultas.

Face a esta problemática em contexto domiciliário considerou-se de extrema relevância a articulação de cuidados entre os cuidados de saúde primários e os cuidados em contexto hospitalar com o intuito de melhorar a saúde no período de transição para a parentalidade. Pelo que, no III Módulo de Estágio, se deu início a essa articulação, como um dos objectivos a concretizar no mesmo, na esperança de que a equipa de cuidados de saúde primários possa dar continuidade à mesma e que a adapte conforme as necessidades sentidas durante a prestação de cuidados nesta etapa do ciclo vital.

Resta referir, ainda, que os objectivos traçados para os três módulos de estágio foram atingidos, num percurso sinuoso e com obstáculos que teve de ser contornado com o intuito de alcançar as metas propostas, adquirindo desta forma competências de adaptação e de resposta perante situações imprevistas e complexas no cuidar em enfermagem.

Para a concretização dos objectivos foram utilizadas estratégias e realizadas actividades planeadas em projecto de estágio mas, por necessidades sentidas e imprevistos no decorrer do estágio, foram delineadas novas estratégias e actividades que também foram concretizadas porque quando se faz um projecto está-se em projecto.

O leque de aprendizagens proporcionado por esta experiência em estágio não tem limites. Iniciou-se pela metodologia de portfólio, estando este inacabado, pois foi essencial para o desenvolvimento de todo o percurso em estágio, para a realização deste relatório e, com certeza irá continuar em construção durante a prática futura de cuidados.

Não tendo experiência prévia, enquanto profissional, em cuidados de saúde primários, a realização de algumas actividades constituiu uma mais valia pessoal, sem dúvida alguma, ficando o “bichinho em metamorfose” pela área da saúde comunitária.

Apesar de algumas limitações como a barreira linguística com algumas famílias inseridas na comunidade houve uma partilha de aspectos culturais enriquecedores que contribuiram para a aquisição de competências quer profissionais que pessoais.

Fica o sentimento, nesta experiência em estágio, de que se interveio num “Arco-íris” (uma comunidade multicultural) que aparece e desaparece, mas que para o manter sempre luminoso é preciso cuidar dele – O Cuidar em Enfermagem.

Como uma mais valia para a “Enfermagem”, sugere-se, face à necessidade ainda sentida, que haja cada vez mais uma articulação mais próxima entre os cuidados primários e cuidados diferenciados através da melhoria da informatização dos registos de enfermagem. A utilização do Serviço de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) já utilizado em algumas unidades, podia facilitar essa comunicação ou a utilização de outro suporte informático como elo de ligação entre as instituições intervenientes, de forma a impulsionar o máximo de informação e evitar a duplicação de registos desnecessária.

Para o Cuidar em Enfermagem é necessário pisar novos trilhos, realizar novos projectos, mesmo que pareçam trajectos inconcretizáveis, com o fim último de maximizar e alcançar o bem-estar da Comunidade.

A promoção da saúde no âmbito da maternidade e dos cuidados de saúde da mulher/família continua a representar, no presente, uma prioridade na dinâmica de estudos que contextualizem a importância da qualidade de vida ao longo das diferentes etapas do ciclo vital da família.

Na transição para a parentalidade a Enfermagem (Comunitária) é uma Arte e cabe a cada enfermeiro a competência de saber ser, estar, fazer e conhecer para manter funcional as vicissitudes inerentes a esta etapa das famílias/comunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEVEDO, Carlos A. M.; AZEVEDO, Ana G. – *Metodologia científica: contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos*. 9ª ed. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2008. 178p. ISBN 978-972-54-0212-2.

ALARCÃO, Isabel – Formação reflexiva. *Referência*. Coimbra. ISSN 084-0283. I Série. 6 (2001) 53-59.

BATALHA, Luís Manuel Cunha – Implementação das visitas domiciliárias materno-infantil. *Nursing*. Lisboa. ISSN 0871-6196. 143 (2000) 20-23.

BENNER, Patricia – *De Iniciado a Perito (Excelência e Poder na Prática clínica de Enfermagem)*. Edição Comemorativa, Coimbra: Quarteto Editora, 2001. 295p. ISBN 972-8535-97-X.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. – *Investigação Qualitativa em Educação. Uma Introdução à Teoria dos Métodos*. Porto: Porto editora, 1994.

BRADEN, S. Pennie – *Enfermagem Materno-Infantil*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2000. ISBN 85-87148-41-9.

BRAZELTON, T. Berry – *Tornar-se família: o crescimento da vinculação, antes e depois do nascimento*. Lisboa: Terramar, 2000. ISBN 972-710-058-2.

BRYKCZYNSKI, Karen – *De Principiante a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. In Ann Tomey e Martha Alligood, Teóricas de enfermagem e sua obra. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. p.185-207. ISBN: 972-8383-74-6.

CANAVARRO, Maria Cristina – *Psicologia da gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. 407p. ISBN 972-8535-77-5.

CONTRATO LOCAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL PARA A VERTENTE SUL DE ODIVELAS – *Diagnóstico Social 2008*. [S.l.:s.n], [2008].

CRUZ, Orlanda – *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto Editora, 2005. 260p. ISBN 989-558-054-1.

DECRETO-LEI 161/96 de 4 de Setembro. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República nº 205, 1ª Série-A.

DECRETO-LEI 28/2008 de 22 de Fevereiro. Criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde. *Diário da República nº 28, 1ª Série*.

DUARTE, Susana – O Papel do Enfermeiro em Contexto dos Cuidados Domiciliários: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Investigação em Enfermagem*. Edições Sinais Vitais. Coimbra. ISSN 0874-7695.16 (2007) 11-23.

DURÁN, Hernán – *Planeamento da Saúde: Aspectos Conceptuais e Operativos*. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. Ministério da Saúde, 1989.

ESTRELA, Albano – *Teoria e Prática de Observação de Classes: Uma Estratégia de Formação de Professores*. 4ª ed. Porto: Porto Editora, 1994. 479p. ISBN 972-0-34043-6.

FORTIN, Marie-Fabienne – O Processo de Investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência, 1999. 388p. ISBN 972-8383-10-X.

FREESE, Barbara – *Modelo de Sistemas*. In Ann Tomey e Martha Allgood, Teóricas de enfermagem e sua obra. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. p. 335-375. ISBN: 972-8383-74-6.

GARCIA, Elisa – Visita Domiciliária tratar ou cuidar? *Servir*. Lisboa. ISSN 0871/2370. 45: 1 (1997) 26-28.

GONÇALVES, Ana Raquel – Aprender a ser mãe. Processos de aprendizagem de mães primíparas durante os primeiros dois meses pós-parto. *Sísifo. Revista de Ciências da Educação*. Lisboa. ISSN 1646-4990. 5 (2008) 59-68.

HANSON, Shirley May Harmon – *Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação*. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2005. 497p. ISBN 972-8383-83-5.

IMPERATORI, Emillio; GIRALDES, Maria do Rosário – *Metodologia do Planeamento da Saúde*. 3ª ed. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 1993.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA – *Census 2001*. Retirado em 12/05/2010 de www.ine.pt, 2001.

KLASS, Carol S. – A relação entre a visitadora domiciliária e os pais: a essência da visita domiciliária. *Acta Pediátrica Portuguesa*. Lisboa. 28: 4 (1997) 381-387.

KÉROUAC, S. [et al.] – *La pensée Infirmière*. Laval editions. Etude Vivantes, 1994. 162p.

LAZURE, Hélène – *Viver a relação de Ajuda*. Lisboa: Lusodidacta, 1994. 214p. ISBN: 972-95399-5-2.

LEAHEY, Maureen; WRIGHT, Lorraine M. – *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. 3ª ed. São Paulo: Roca, 2002. 327p. ISBN 85-7241-356-4.

LEININGER, Madeleine – Enfermagem Transcultural: Imperativo da Enfermagem Mundial. *Enfermagem*. ISSN 0871-0775. 2ª Série. 10 (1998) 32-36.

LEININGER, Madeleine – *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practices*. 2nd. New York: McGraw-Hill, 1995. 706p. ISBN 0-07-037660-3.

LOWDERMILK, Deitra L. – *Cuidados Domiciliários*. In Bobak, Jensen e Lowdermilk, Enfermagem na Maternidade. 4ª ed. Loures: Lusociência, 1999. p. 529-553. ISBN 972-8383-09-6.

MELEIS, Afaf [et al.] – Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science* [serial online]. Aspen Publishers, Inc., September 2000, 23 (1): 12-28. Available from: CINAHL Plus with Full Text, Ipswich, MA. Accessed November 30, 2009.

MELEIS, Afaf e TRANGENSTEINN, P. A. – *Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission*. *Nursing Outlook*, 1994. 42p. 255-259.

MENDES, Isabel – *Ajustamento Materno e Paterno: Experiências Vivenciadas pelos Pais no Pós-Parto*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto, 2007. 383 p. Tese de Doutoramento.

MENDES, Isabel – *Ligação Materno-Fetal*. Coimbra: Quarteto Editora, 2002. 125p. ISBN 972-8717-67-9.

NEIL, Ruth – *Filosofia e Ciência do Cuidar*. In Ann Tomey e Martha Alligood, Teóricas de enfermagem e a sua obra. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. p.163-184. ISBN: 972-8383-74-6.

POLIT, Denise; HUNGLER, Bernardette – *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391p. ISBN 85-7307-101-X.

PORTARIA 396/2007 de 2 de Abril. Criação do Programa de Contratos Locais de Desenvolvimento Social. *Diário da Republica nº 65, 1ª Série*.

REGULAMENTO 128/2011 de 18 de Fevereiro. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República nº 35, 2ª Série*.

RELVAS, Ana Paula – *O Ciclo Vital da Família: Perspectiva Sistémica*. 3ª ed. Porto: Edições Afrontamento, 2004. 238p. ISBN 972-36-0413-2.

RESENDE, Marta – *Cuidados Domiciliários: Uma Modalidade de Intervenção*. *Nursing*. Lisboa. ISSN 0871-6196. 216 (2006) 7-10.

RIBEIRO, Ilda; NUNES, Carla; VALIDO, Susana – Visitação domiciliária à puérpera e ao recém-nascido: concepções e percepções. *Enfermagem*. Lisboa. ISSN 0871-0775. 41 (2006) 35-46.

Rice, Robyn – *Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários*. 3ª ed. Loures: Lusociência, 2004. 579p. ISBN 972-8383-46-0.

STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette – *Enfermagem Comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Lisboa: Lusociência, 1999. 1225p. ISBN 972-8383-05-3.

VIEIRA, Ana R. [et al.] – Necessidades de Aprendizagem dos Pais na Transição para a Parentalidade: Uma Revisão da Literatura. *Servir*. Lisboa. ISSN 0871-2379. 56: 3-4 (2008) 146-154.

WELCH, Alice – *Cuidar Cultural: Teoria da Diversidade e da Universalidade*. In Ann Tomey e Martha Alligood, Teóricas de enfermagem e sua obra. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. p. 563-591. ISBN: 972-8383-74-6.

ANEXOS

ANEXO 1

Pedido de Autorização para recolha de dados no ACES de Odivelas

2010 09:27 FAX 351 219347459

C S ODIVELAS - DIRECÇÃO → OLAIO

001/001



CENTRO DE SAÚDE DE ODIVELAS

Exma. Sr.ª Directora Executiva do ACES de Odivelas
Dr.ª Margarida do Vale

Vanda Isabel Moreirinha Zacarias, enfermeira na Maternidade Dr. Alfredo da Costa, a frequentar o Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem Comunitária, vem por este meio informar que no âmbito dos ensinamentos clínicos a realizar na Unidade Funcional do Olaio, pretende implementar um projecto de intervenção comunitária - Visita Domiciliária à Puérpera, Recém-Nascido e Família.

Para a sua implementação será necessário realizar um diagnóstico de saúde que justifique a sua importância na referida unidade de saúde.

Assim, na sequência da investigação que pretendo desenvolver, venho solicitar a autorização para recolha de dados junto da população que recorre a esta unidade de saúde, nomeadamente nas consultas de enfermagem de saúde materna e de saúde infantil.

O processo de recolha de dados decorrerá durante os meses de Maio e Junho de 2010 e posteriormente, durante os meses de Outubro e Novembro de 2010.

O presente trabalho e as suas conclusões irão porventura ser úteis no desenvolvimento de actividades dirigidas para a comunidade abrangida por esta unidade de saúde e, posteriormente, pela futura UCC.

Sem outro assunto, agradeço a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos.

Odivelas, 24 de Maio de 2010

Vanda Isabel M. Zacarias
Vanda Isabel Moreirinha Zacarias

PC e não rfo

fez com carinho

Margarida Santos
Enf.ª Margarida Santos
Vogal do Conselho Técnico
ACES de Odivelas

ACES-ODIVELAS
09. JUN 10 04969

Unidade Funcional do Olaio, ACES de Odivelas - Rua Major Rosa Bastos, nº 2 - Odivelas
TELEPHONE: 219347710 FAX: 219329861

VSF
→

ANEXO 2

Cronograma

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES (2010) – MÓDULO I

ACTIVIDADES	MÊS	Abril				Mai				Junho		
	DIAS	5 9	12 16	19 23	26 30	3 7	10 14	17 21	24 28	31 4	7 11	14 18
Elaboração do Projecto de Estágio e estabelecimento dos primeiros contactos com o local de Estágio												
Revisão dos conteúdos teóricos do Curso de Especialidade em Enfermagem Comunitária e pesquisa de bibliografia pertinente												
Consulta e aquisição de conhecimentos sobre as competências do enfermeiro especialista em Saúde Comunitária												
Consulta de normas, protocolos, dados epidemiológicos e outros instrumentos de informação pertinentes existentes na UCSPO – ACES de Odivelas												
Conhecimento da Equipa de Enfermagem/Multidisciplinar da UCSPO – ACES de Odivelas												
Diagnóstico de Saúde da População em Transição para a Parentalidade abrangida pela Extensão do Olaio												
Diagnóstico de Saúde Neonatal da Extensão do Olaio												
Planeamento e Implementação da Visita Domiciliária no Puerpério												
Elaboração do Protocolo de Registo de Enfermagem da Visita Domiciliária à Puérpera/ RN/ Família												
Elaboração de Protocolo de Visita Domiciliária à Puérpera/ RN/ Família												
Registo sistemático das experiências significativamente vivenciadas no Portfólio												
Partilha de experiências em Seminário								28				18

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES (2010) – MÓDULO II

ACTIVIDADES	MÊS	Set			Outubro			Novembro		
	DIAS	27 1	4 8	11 15	18 22	25 29	1 5	8 12	15 19	
Revisão dos conteúdos teóricos do Curso de Especialidade em Enfermagem Comunitária e pesquisa de bibliografia pertinente										
Consulta e aquisição de conhecimentos sobre as competências do enfermeiro especialista em Saúde Comunitária										
Consulta de normas, protocolos, dados epidemiológicos e outros instrumentos de informação pertinentes existentes na UCSPS – ACES de Odivelas										
Prestação de cuidados em parceria com família no pós-parto em contexto domiciliário no período de puerpério										
Promoção de reuniões na equipa para coordenação das intervenções										
Encaminhamento e coordenação para/com outras instituições da comunidade, promovendo a interligação entre os diversos serviços de saúde e outros										
Registo e avaliação das actividades realizadas										
Registo sistemático das experiências significativamente vivenciadas no Portfólio										
Partilha de experiências em Seminário					22				19	

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES (2010/2011) – MÓDULO III

ACTIVIDADES	MÊS	Novembro		Dezembro				Janeiro			
	DIAS	22 26	29 3	6 10	13 17	20 24	27 31	3 7	10 14	17 21	24 29
Revisão dos conteúdos teóricos do Curso de Especialidade em Enfermagem Comunitária e pesquisa de bibliografia pertinente						Férias Natal					
Consulta e aquisição de conhecimentos sobre as competências do enfermeiro especialista em Saúde Comunitária											
Articulação do ACES de Odivelas com a maternidade da área de referência (MAC)											
Reuniões entre as instituições envolvidas para coordenação de actividades											
Realização de um Instrumento de Colheita de Dados sobre Educação para a Saúde nos Cuidados de Saúde Primários a anexar ao Boletim de Saúde da Grávida											
Realização de um Protocolo de Alta de Enfermagem											
Elaboração de panfletos informativos sobre as temáticas: Vigilância de Saúde Infantil, Promoção do Aleitamento Materno, Vacinação, Prevenção de Acidentes e Planeamento Familiar e Contracepção no Pós-Parto											
Realização de Sessões de Educação para a Saúde											
Registo e avaliação das actividades realizadas											
Registo sistemático das experiências significativamente vivenciadas no Portfólio											
Partilha de experiencias em Seminário					16						29

ANEXO 3

Grade de Dados de Observação das dificuldades da Puérpera/RN durante a primeira consulta de enfermagem em Saúde Infantil e Juvenil

GRADE DE DADOS DE OBSERVAÇÃO DAS DIFICULDADES DA PUÉRPERA/RN DURANTE A PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

	Dificuldade da Puérpera Face ao Recém-Nascido								Dificuldade da Puérpera Face a Si Própria							
	Alimentação	Eliminação	Higiene e Conforto	Sono e Repouso	Segurança e Prevenção de Acidentes	Afecto e Estimulação	Vigilância de Saúde	Auto-cuidado	Amamentação	Contracepção /Sexualidade	Vigilância de Saúde	Acesso aos Cuidados de Saúde Primários	Sócio-Económicas	Familiares		
Puérperas	1	1		1				1	1	1						
	2		1		1	1			1							
	3									1	1					
	4	1				1			1				1			
	5		1						1							
	6												1			
	7			1		1		1		1			1	1		
	8												1			
	9					1		1			1		1	1		
	10	1							1							
	11				1	1										
	12	1	1						1							
	13		1		1				1	1						
	14					1		1		1	1					
	15	1							1							
	16	1	1		1	1			1					1		
Total	6	5	2	4	7	0	3	3	9	4	3	3	4	2		

ANEXO 4

Protocolos inerentes à Visita Domiciliária

ACES DE ODIVELAS

PROTOCOLO DA VISITA DOMICILIÁRIA À PUÉRPERA, RECÉM-NASCIDO E FAMÍLIA

INTERVENÇÕES PRÉ-VISITA

- ✓ Estabelecimento de um clima de confiança com a família de forma a promover e a facilitar a adesão à visita;

- ✓ Fornecimento de Panfleto da Visita Domiciliária com contactos da UCSP/USF na Consulta de Saúde Materna;

- ✓ Esclarecimento de dúvidas sobre a pertinência da Visita Domiciliária na Consulta de Saúde Materna;

- ✓ Incentivo à grávida para contactar a UCSP/USF na semana anterior à data provável do parto para planeamento da Visita Domiciliária (se tal não for possível, como o caso de parto prematuro, contactar imediatamente a seguir ao parto);

- ✓ Contacto telefónico às grávidas de risco próximo da data provável do parto para agendamento da visita que até à data não marcaram;

- ✓ Agendamento da visita após conhecer disponibilidade da viatura (se necessário);

- ✓ Identificação dos recursos comunitários de acordo com as necessidades já identificadas;

- ✓ Planeamento da visita e preparação da mala com o material necessário para a avaliação e intervenção familiar;

- ✓ Confirmação do endereço e do trajecto para a casa da família.

INTERVENÇÕES DURANTE A VISITA

- ✓ Reapresentação e estabelecimento da finalidade da visita para a puérpera, para o recém-nascido e para a família, dando à família a oportunidade para esclarecer as suas expectativas em relação ao contacto;

- ✓ Interação com a família de forma a tornar-se conhecida e a estabelecer uma relação de confiança;

- ✓ Avaliação sistémica da puérpera e do recém-nascido para determinar a adaptação fisiológica ou qualquer complicação existente;

- ✓ Observação e recolha de dados para avaliar a adaptação individual de cada membro da família ao nascimento e às alterações no estilo de vida. Avaliação da interação dos membros da família como o recém-nascido e entre si;

- ✓ Avaliação do sistema de suporte e apoio familiar e/ou comunitário;

- ✓ Observação do ambiente doméstico quanto à adequação dos recursos, quanto ao estado de conservação e à existência de riscos para a segurança;

- ✓ Prestação de cuidados à puérpera e recém-nascido de fornecimento de orientações de acordo com as necessidades identificadas;

- ✓ Encaminhamento da família para os recursos da comunidade existentes e informação sobre linhas telefónicas de consulta e de grupos de apoio;

- ✓ Avaliação de que a família reconhece possíveis problemas e estratégias de resolução;

- ✓ Informação de como contactar a enfermeira e ou serviços de saúde após visita domiciliária.

INTERVENÇÕES PÓS-VISITA

- ✓ Preenchimento da Folha de Registo da Visita Domiciliária de Enfermagem à Puérpera; Recém-Nascido e Família;

- ✓ Articulação com Equipa Multidisciplinar da UCSP/USF/ACES, com outros profissionais de saúde e com instituições da comunidade (Recurso ao Protocolo de Articulação de Recursos Comunitários).

*(Readaptação do “Protocolo de uma Visita Domiciliária no Pós-Parto” de BOBAK,
LOWDERMILK e JENSEN, 1999, 546)*

ACES DE ODIVELAS**PROTOCOLO DE REGISTO DA VISITA DOMICILIÁRIA DE ENFERMAGEM À
PUÉRPERA, RN e FAMÍLIA**

Registo N° _____

IDENTIFICAÇÃO DA PUÉRPERA		
Nome:		
Data de Nascimento: ___/___/19__	Idade: ___ Anos	Estado Civil:
Profissão:	Grau de Escolaridade:	
Morada:		
Morada de Visita (Se diferente):		
Contactos Telefónicos:		
Médico de Família:	N° Proc:	

DADOS RELATIVOS AO COMPANHEIRO		
Nome:		
Data de Nascimento: ___/___/19__	Idade: ___ Anos	Estado Civil:
Profissão:	Grau de Escolaridade:	

ANTECEDENTES PESSOAIS

ANTECEDENTES FAMILIARES RELEVANTES

SITUAÇÃO SOCIOECONÓMICA FAMILIAR	
Genograma	Ecomapa
Observações:	

Condições do Agregado Familiar			
<input type="checkbox"/> Família Nuclear	<input type="checkbox"/> Família Monoparental	<input type="checkbox"/> Família Reconstituída	<input type="checkbox"/> Família Alargada
Percepção da Situação Económica		<input type="checkbox"/> Favorável	<input type="checkbox"/> Desfavorável
Sinalizada Para Serviço Social			
<input type="checkbox"/> C. Saúde	<input type="checkbox"/> Internamento Hospitalar	<input type="checkbox"/> Visita Domiciliária	
Tipo de Habitação			
<input type="checkbox"/> Andar	<input type="checkbox"/> Moradia	<input type="checkbox"/> Quarto	<input type="checkbox"/> Barraca
<input type="checkbox"/> Instituição _____		<input type="checkbox"/> Outro _____	
Número de Assoalhadas _____			
Saneamento Básico	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Água Canalizada	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Electricidade	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Condições de Higiene	<input type="checkbox"/> Boas	<input type="checkbox"/> Razoáveis	<input type="checkbox"/> Más
Observações:			
Rendimentos			
<input type="checkbox"/> Salário	<input type="checkbox"/> Pensão	<input type="checkbox"/> Rendimento Mínimo	<input type="checkbox"/> Outros _____
Observações:			

HISTÓRIA OBSTÉTRICA	
Gravidez	
<input type="checkbox"/> Vigida	<input type="checkbox"/> Não Vigida
<input type="checkbox"/> Planeada	<input type="checkbox"/> Não Planeada
<input type="checkbox"/> Aceite	<input type="checkbox"/> Não Aceite
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Risco _____
Fez Preparação Para o Nascimento	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
ÍO _____	
Observações:	
Parto	
Local do Parto _____	
Data do Parto ____/____/20____	Idade Gestacional ____ Semanas
Tipo de Parto _____	
Observações/Complicações:	
Pós-Parto	
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Complicações _____
Grupo Sanguíneo _____	Rh _____ Isoimunização <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Data da Alta Hospitalar ____/____/20____	
Observações:	

PLANO NACIONAL DE VACINAÇÃO	
Cumprido	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Observações:	

AValiação Física da Puérpera		
Sinais Vitais		
TA ___/___	FC ___	FR ___ T ___ Dor ___
Aspecto Geral		
<input type="checkbox"/> Cuidado <input type="checkbox"/> Descuidado		
Pele e Mucosas		
<input type="checkbox"/> Coradas <input type="checkbox"/> Descoradas <input type="checkbox"/> Hidratadas <input type="checkbox"/> Desidratadas <input type="checkbox"/> Ictéricas		
Mamas		
Mamas	Mamilos	Amamentação
<input type="checkbox"/> Flácidas	<input type="checkbox"/> Íntegros	<input type="checkbox"/> LM Exclusivo
<input type="checkbox"/> Cheias	<input type="checkbox"/> Fissurados	<input type="checkbox"/> Misto
<input type="checkbox"/> Ingurgitadas	<input type="checkbox"/> Proeminentes	<input type="checkbox"/> LA exclusivo
<input type="checkbox"/> Edemaciadas	<input type="checkbox"/> Rasos	Observações:
<input type="checkbox"/> Mastite	<input type="checkbox"/> Invertidos	
Útero		
Lóquios	Quantidade	Involução Uterina
<input type="checkbox"/> Hemáticos	<input type="checkbox"/> Grande	<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Serohemáticos	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Serosos	<input type="checkbox"/> Escassa	
Episiotomia	Sutura Operatória	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Retirados Ponto/Agrafos ___/___/20___	
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Vias de Cicatrização	
<input type="checkbox"/> Vias de Cicatrização	<input type="checkbox"/> Sinais Inflamatórios	
<input type="checkbox"/> Sinais Inflamatórios	<input type="checkbox"/> _____	
Eliminação Vesical	Eliminação Intestinal	
<input type="checkbox"/> Sem Alterações	<input type="checkbox"/> Sem Alterações	
<input type="checkbox"/> Com Alterações	<input type="checkbox"/> Com Alterações	
Observações:	<input type="checkbox"/> Obstipação	
	<input type="checkbox"/> Hemorróidas	
	<input type="checkbox"/> Outra	
	Observações:	
Membros inferiores		
Edema	Varizes	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	

REVISÃO DO PARTO
Data de Revisão do Parto ___/___/20___
Local <input type="checkbox"/> Centro de Saúde <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Privado
Contraceção
Demonstra Conhecimentos <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Observações:

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DA PUÉRPERA	
Estado Psicológico <input type="checkbox"/> Tranquila <input type="checkbox"/> Ansiosa <input type="checkbox"/> Labilidade Emocional <input type="checkbox"/> Deprimida <input type="checkbox"/> Cansada Observações:	Apoio da Psicologia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Solicitado no Intern. Hospitalar/C. Saúde <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

VINCULAÇÃO COM O RN	
Mãe <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não _____	Pai <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não _____

IDENTIFICAÇÃO/AVALIAÇÃO DO RN	
Nome:	
<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	Data de Nascimento: ___/___/20___
IA 1ºm ___ 5ºm ___ 10ºm ___	Peso ao Nascer _____ gr Peso Actual _____ gr
<input type="checkbox"/> Pré-Termo <input type="checkbox"/> Termo <input type="checkbox"/> Pós-Termo	
Problemas:	
Medicação:	
Exames/Consultas:	
Data da Alta Hospitalar ___/___/20___	
Data do Diagnóstico Precoce ___/___/20___	

OBSERVAÇÃO DO RN		
Fontanelas <input type="checkbox"/> Normotensa <input type="checkbox"/> Deprimida <input type="checkbox"/> Hipertensa	Pele e Mucosas <input type="checkbox"/> Rosado <input type="checkbox"/> Ictérico <input type="checkbox"/> Pálido <input type="checkbox"/> Hidratado <input type="checkbox"/> Plectórico <input type="checkbox"/> Desidratado	Tónus <input type="checkbox"/> Hipotónico <input type="checkbox"/> Hipertónico <input type="checkbox"/> Normal
Choro <input type="checkbox"/> Vigoroso <input type="checkbox"/> Irritado <input type="checkbox"/> Débil	Reflexos Presentes <input type="checkbox"/> Moro <input type="checkbox"/> Marcha <input type="checkbox"/> Prensão <input type="checkbox"/> Babinsky <input type="checkbox"/> Sucção <input type="checkbox"/> Deglutição	Vitalidade <input type="checkbox"/> Sem Alterações <input type="checkbox"/> Com Alterações
Observações:		
Alimentação <input type="checkbox"/> Leite Materno Intervalo das Mamadas _____ <input type="checkbox"/> Leite Artificial Duração das Mamadas _____		
Padrão de Sono <input type="checkbox"/> Tranquilo Chupeta <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Agitado	Número de horas de sono durante a noite _____	

Eliminação	
<input type="checkbox"/> Sem Alterações	
<input type="checkbox"/> Com alterações	
Observações:	
Cordão Umbilical	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sem Sinais Inflamatórios
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Com Sinais Inflamatórios _____

AUTONOMIA DA MÃE FACE AO RN
Autonomia nos Cuidados
<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não
Dificuldades/Preocupações Manifestadas:

APOIO FAMILIAR
Companheiro <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Presente
Relação Conjugal:
Apoio nas Tarefas Domésticas
<input type="checkbox"/> Sim Quem:
<input type="checkbox"/> Não Observações:
Apoio no Cuidado dos Outros Filhos
<input type="checkbox"/> Sim Quem:
<input type="checkbox"/> Não Observações:

VIGILÂNCIA DA SAÚDE INFANTIL
Local <input type="checkbox"/> Centro de Saúde <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Privado
Boletim Individual de Saúde Actualizado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Livro de Vacinas Actualizado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Data da Próxima Consulta ____/____/20____

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE
Ensinos Relativos à Puérpera/Casal
<input type="checkbox"/> Alimentação <input type="checkbox"/> Vacinação <input type="checkbox"/> Parentalidade
<input type="checkbox"/> Auto-cuidado <input type="checkbox"/> Revisão do Parto <input type="checkbox"/> Amamentação
<input type="checkbox"/> Exercício Físico/Repouso <input type="checkbox"/> Sexualidade <input type="checkbox"/> Outros
Ensinos Relativos ao RN
<input type="checkbox"/> Alimentação <input type="checkbox"/> Sono e Repouso <input type="checkbox"/> Consultas
<input type="checkbox"/> Banho RN <input type="checkbox"/> Prevenção e Acidentes <input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Conforto/Massagens <input type="checkbox"/> Vacinação
Observações:

OUTRAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

PLANO NEGOCIADO/RESULTADOS ESPERADOS

ENCAMINHAMENTO APÓS VISITA DOMICILIÁRIA

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Visita Domiciliária | <input type="checkbox"/> Serviço Social |
| <input type="checkbox"/> Centro de Saúde | <input type="checkbox"/> Psicologia |
| <input type="checkbox"/> Hospital | <input type="checkbox"/> PIIPO |
| <input type="checkbox"/> Recurso na Comunidade _____ | <input type="checkbox"/> Outro _____ |

Motivo de Encaminhamento/Observações:

AVALIAÇÃO

Enfermeiro(a)

Data ___ / ___ /20___

Legenda

- IA - Índice de Apgar
- IG - Idade Gestacional
- IO - Índice Obstétrico (Nº de Partos de Termo, Nº de Partos Pré-Termo, Nº de Gravidezes Ectópicas/Abortos, Nº de Filhos Vivos)
- LA - Leite Artificial
- LM - Leite Materno
- Nº - Número
- PIIPO - Projecto de Intervenção Infantil Precoce em Odivelas
- Proc - Processo
- RN - Recém-Nascido

PROTOCOLO DE ARTICULAÇÃO DE RECURSOS COMUNITÁRIOS**À atenção de:**

Instituição: _____

Morada: _____ Telefone: _____

Profissional que envia:

Instituição: _____

Telefone: _____ Fax: _____ Data de Envio: ___/___/___

Referente a:

Data de Nascimento: ___/___/___ Médico de Família: _____

Morada: _____

Telefone: _____

Genograma	Ecomapa

Situação/Problema:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mãe Adolescente | <input type="checkbox"/> Prematuridade |
| <input type="checkbox"/> Gravidez Não/Mal Vigada | <input type="checkbox"/> Patologia |
| <input type="checkbox"/> Multiparidade | <input type="checkbox"/> Maus-tratos |
| <input type="checkbox"/> Toxicodependência | <input type="checkbox"/> Carência Económica |
| <input type="checkbox"/> Alcoolismo | <input type="checkbox"/> Ausência de Suporte Familiar |
| <input type="checkbox"/> Alterações/Perturbações Psicológicas | <input type="checkbox"/> Dinâmica Familiar Alterada |
| <input type="checkbox"/> Outra _____ | |

Apoio Solicitado:

Plano de Intervenção:

Profissional: _____

Observações:

___/___/___

ANEXO 5

Panfleto Informativo da Visita Domiciliária

UCSP do Olaio
Morada: Rua Major Rosa Bastos, nº 2
2675-434 Odivelas
Telefone: 219347710

Elaborado por:

Vanda Zacarias, Aluna do 3º Curso de Mestrado em
Enfermagem, Especialidade em Saúde Comunitária da
Universidade Católica Portuguesa de Lisboa

ACES de Odivelas

UCSP do Olaio

Papás!...

...Cheguei a Casa!...

... e Agora?



VISITA DOMICILIÁRIA
NO PÓS-PARTO

Odivelas, 2010

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

O vosso bebé já nasceu?!...

Agora pode solicitar o apoio da sua Enfermeira da Extensão de Saúde do Olaió na sua casa após o parto!

Informe-se durante as suas consultas de vigilância da gravidez ou contacte a enfermeira para planeamento da Visita Domiciliária!

... CONTACTE-NOS LOGO!

Cuidados ao Bebé

- Realização do “Teste do Pezinho”
- Educação Para a Saúde sobre:
 - Alimentação
 - Banho e Conforto ao Bebé
 - Vacinação
 - Vigilância de Saúde do Bebé
 - Planeamento e Encaminhamento de Consultas

Cuidados à Mãe/Casal/Família

- Realização do penso e/ou extracção de pontos/agafos da sutura operatória da cesariana
- Educação para a Saúde:
 - Cuidados na Amamentação
 - Planeamento Familiar
 - Vacinação
 - Planeamento de Consultas

... entre outros cuidados.

ANEXO 6

Protocolo de Observação em Contexto Domiciliário

PROTOCOLO DE OBSERVAÇÃO EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO

OBSERVAÇÃO FÍSICA E COMPORTAMENTAL DA PUÉRPERA

Características físicas da puérpera
Comportamento da puérpera face ao RN
Comportamento da puérpera em transição para a parentalidade
Comportamento da puérpera face ao ambiente que a rodeia

OBSERVAÇÃO FÍSICA E COMPORTAMENTAL DO RN

Exame físico do RN
Estado de alerta ou e vigília
Comportamento sensorial
Resposta a estímulos ambientais

OBSERVAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO

Anatomia da mama
Postura corporal da puérpera e do RN
Resposta do RN face à amamentação
Sucção do RN
Duração e terminação da mamada

OBSERVAÇÃO DA INTERACÇÃO FAMILIAR

Interacção entre os membros da família
Apoio dos membros da família à puérpera nos cuidados e nas tarefas domésticas

OBSERVAÇÃO DO AMBIENTE DOMÉSTICO

Características do ambiente doméstico
Interacção da mãe e do RN em ambiente doméstico

OBSERVAÇÃO DOS BOLETINS DE SAÚDE E DE VACINAS DO AGREGADO FAMILIAR

Boletim de vacinas de todo o agregado familiar para verificação das mesmas de acordo com o Plano Nacional de Vacinação

Boletim de Saúde da Grávida para verificação do método de contraceção desejado e da marcação da Consulta de Revisão do Parto

Boletim de Saúde Infantil e Juvenil para verificação da marcação da próxima consulta

ANEXO 7

Grade de Dados de Observação Durante a Visita Domiciliária

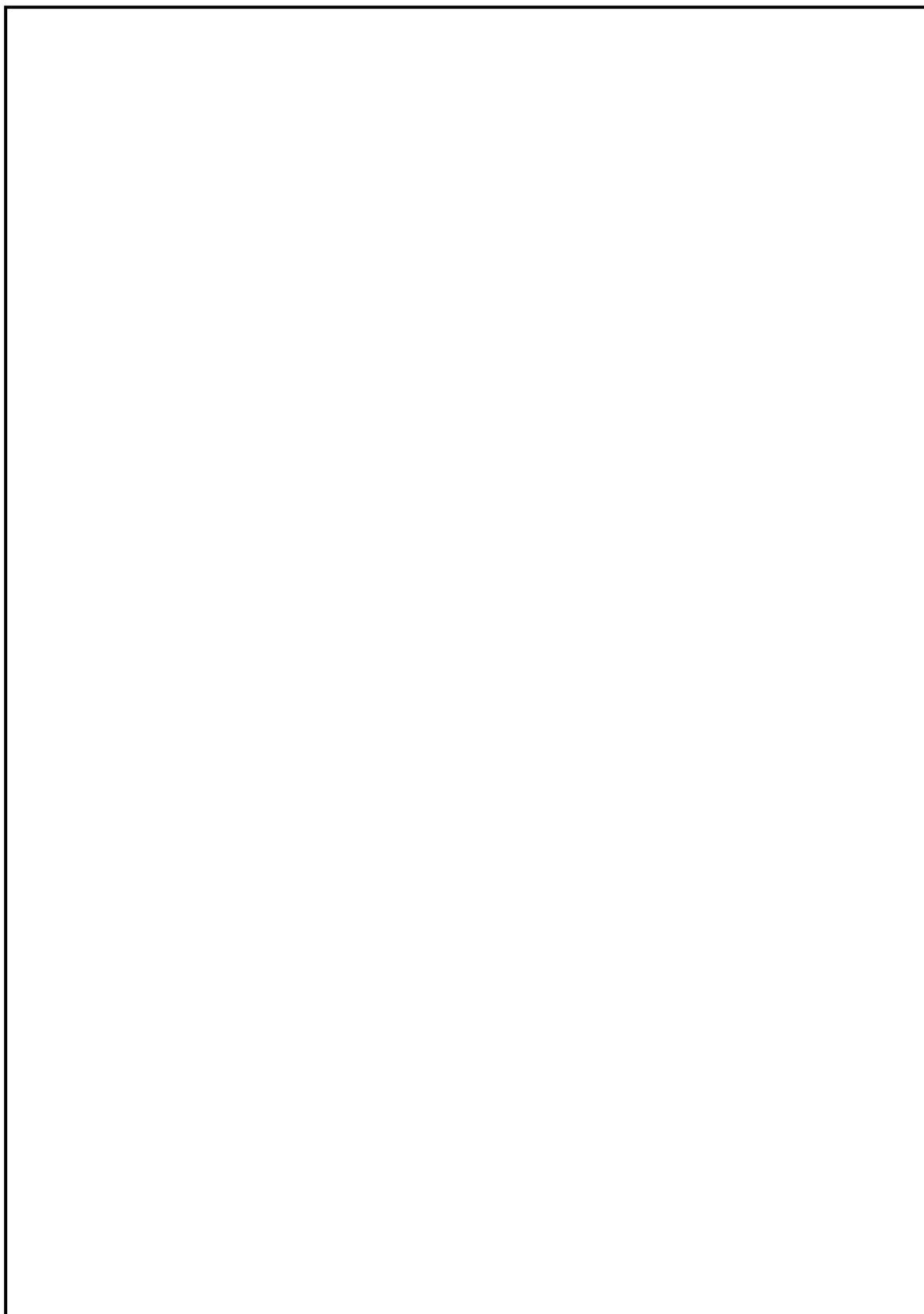
GRADE DE REGISTO DE DADOS DE OBSERVAÇÃO DURANTE A VISITA DOMICILIÁRIA

Nome da Puérpera: _____ Nome do RN: _____ Grade N°: _____

Observadores: _____ Data: ___/___/___ Duração: _____ N° de Pessoas do Agregado Familiar: _____

OBSERVAÇÃO FÍSICA E COMPORTAMENTAL DA PUÉRPERA	OBSERVAÇÃO FÍSICA E COMPORTAMENTAL DO RECÉM-NASCIDO	OBSERVAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO	OBSERVAÇÃO DA INTERACÇÃO FAMILIAR	OBSERVAÇÃO DO AMBIENTE DOMÉSTICO	OBSERVAÇÃO DOS BOLETINS DE SAÚDE E DE VACINAS DO AGREGADO FAMILIAR

DIÁRIO DA VISITA DOMICILIÁRIA



ANEXO 8

Brochura a anexar ao Boletim de Saúde da Grávida

Nome: _____ D. Nasc.: ___/___/19___

Educação para a Saúde nos Cuidados de Saúde Primários:

<input type="checkbox"/> Aleitamento Materno			
Motivada	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Amamentou Filhos Anteriores	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
1º Filho Até: ___ Meses de Idade	2º Filho Até: ___ Meses de Idade	3º Filho Até: ___ Meses de Idade	4º Filho Até: ___ Meses de Idade
<u>Dificuldades Sentidas</u> Adaptação Fissuras Mamilo raso/Invertido Ingurgitamento Edema Mastite	<u>Dificuldades Sentidas</u> Adaptação Fissuras Mamilo raso/Invertido Ingurgitamento Edema Mastite	<u>Dificuldades Sentidas</u> Adaptação Fissuras Mamilo raso/Invertido Ingurgitamento Edema Mastite	<u>Dificuldades Sentidas</u> Adaptação Fissuras Mamilo raso/Invertido Ingurgitamento Edema Mastite
Obs: _____ _____			

<input type="checkbox"/> Vigilância de Saúde da Puérpera	<input type="checkbox"/> Autocuidado no Pós-Parto
Obs: _____	

<input type="checkbox"/> Planeamento Familiar
<input type="checkbox"/> Contraceção Desejada no Pós-Parto _____
<input type="checkbox"/> Promoção para a Parentalidade

<input type="checkbox"/> Vigilância de Saúde do RN	<input type="checkbox"/> Cuidados ao RN
<input type="checkbox"/> Primeira Consulta no C. Saúde	<input type="checkbox"/> Alimentação
<input type="checkbox"/> Evolução Ponderal	<input type="checkbox"/> Eliminação
<input type="checkbox"/> Realização do Diagnóstico Precoce	<input type="checkbox"/> Higiene e Conforto
<input type="checkbox"/> Vacinação	<input type="checkbox"/> Sono e Repouso
<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Prevenção de Acidentes
	<input type="checkbox"/> Outros _____

Fez Preparação Para o Nascimento	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
---	------------------------------	------------------------------

Agendamento de Visita Domiciliária à Puérpera e RN no Pós-Parto	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
---	------------------------------	------------------------------

Enfermeiro(a)

Data ___/___/20___

ACES DE ODIVELAS – Telefone _____

ANEXO 9

Protocolo de Alta de Enfermagem

PROTOCOLO DE ALTA DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO DA PUÉRPERA

--

ANTECEDENTES PESSOAIS

--

ANTECEDENTES FAMILIARES RELEVANTES

--

HISTÓRIA OBSTÉTRICA

Gravidez

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Viguada | <input type="checkbox"/> Não Viguada |
| <input type="checkbox"/> Planeada | <input type="checkbox"/> Não Planeada |
| <input type="checkbox"/> Aceite | <input type="checkbox"/> Não Aceite |
| <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Risco _____ |

ÍO _____

Observações:

Parto

Local do Parto _____

Data do Parto ____/____/20____

Idade Gestacional ____ Semanas

Tipo de Parto _____

Observações/Complicações:

Pós-Parto

- | | |
|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Complicações _____ |
|---------------------------------|---|

Grupo Sanguíneo _____ Rh _____ Isoimunização Sim Não

Data da Alta Hospitalar ____/____/20____

Observações:

AValiação Física da Puérpera		
Sinais Vitais		
TA ___/___	FC ___	FR ___ T ___ Dor ___
Aspecto Geral		
<input type="checkbox"/> Cuidado <input type="checkbox"/> Descuidado		
Pele e Mucosas		
<input type="checkbox"/> Coradas <input type="checkbox"/> Descoradas <input type="checkbox"/> Hidratadas <input type="checkbox"/> Desidratadas <input type="checkbox"/> Ictéricas		
Mamas		
Mamas	Mamilos	Amamentação
<input type="checkbox"/> Flácidas <input type="checkbox"/> Cheias <input type="checkbox"/> Ingurgitadas <input type="checkbox"/> Edemaciadas <input type="checkbox"/> Mastite	<input type="checkbox"/> Íntegros <input type="checkbox"/> Fissurados <input type="checkbox"/> Proeminentes <input type="checkbox"/> Rasos <input type="checkbox"/> Invertidos	<input type="checkbox"/> LM Exclusivo <input type="checkbox"/> Misto <input type="checkbox"/> LA exclusivo Observações:
Útero		
Lóquios	Quantidade	Involução Uterina
<input type="checkbox"/> Hemáticos <input type="checkbox"/> Serohemáticos <input type="checkbox"/> Serosos	<input type="checkbox"/> Grande <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Escassa	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Episiotomia	Sutura Operatória	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Vias de Cicatrização <input type="checkbox"/> Sinais Inflamatórios	<input type="checkbox"/> Pontos/Agrafos <input type="checkbox"/> Vias de Cicatrização <input type="checkbox"/> Sinais Inflamatórios <input type="checkbox"/> _____	
Eliminação Vesical	Eliminação Intestinal	
<input type="checkbox"/> Sem Alterações <input type="checkbox"/> Com Alterações Observações:	<input type="checkbox"/> Sem Alterações <input type="checkbox"/> Com Alterações <input type="checkbox"/> Obstipação <input type="checkbox"/> Hemorróidas <input type="checkbox"/> Outra Observações:	
Membros inferiores		
Edemas	Varizes	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

AValiação Psicológica da Puérpera	
Estado Psicológico	Apoio da Psicologia
<input type="checkbox"/> Tranquila <input type="checkbox"/> Ansiosa <input type="checkbox"/> Labilidade Emocional <input type="checkbox"/> Deprimida <input type="checkbox"/> Cansada Observações:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Solicitado no Internamento Hospitalar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

AVALIAÇÃO SOCIAL DA PUÉRPERA	
Percepção da Situação Económica <input type="checkbox"/> Favorável <input type="checkbox"/> Desfavorável	Sinalizada pelo Serviço Social <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Observações:	

PLANEAMENTO FAMILIAR
Contraceção
Início ___/___/20___
<input type="checkbox"/> Consulta de Planeamento Familiar no Centro de Saúde/Particular
<input type="checkbox"/> Consulta de Planeamento Familiar marcada para ___/___/20___ na MAC

AUTONOMIA DA PUÉRPERA FACE A SI PRÓPRIA
Autonomia nos Cuidados/Amamentação <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Dificuldades/Preocupações Manifestadas:

AUTONOMIA DA PUERPERA FACE AO RN
Autonomia nos Cuidados <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Dificuldades/Preocupações Manifestadas:

IDENTIFICAÇÃO/AVALIAÇÃO DO RN	
Nome: _____	
<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	Data de Nascimento: ___/___/20___
IA 1ºm ___ 5ºm ___ 10ºm ___	Peso ao Nascer _____ gr Peso Actual _____ gr
<input type="checkbox"/> Pré-Termo <input type="checkbox"/> Termo <input type="checkbox"/> Pós-Termo	
Problemas: _____	
Medicação: _____	
Exames: _____	
Data da Alta Hospitalar ___/___/20___	

OBSERVAÇÃO DO RN		
Fontanelas <input type="checkbox"/> Normotensa <input type="checkbox"/> Deprimida <input type="checkbox"/> Hipertensa	Pele e Mucosas <input type="checkbox"/> Rosado <input type="checkbox"/> Ictérico <input type="checkbox"/> Pálido <input type="checkbox"/> Hidratado <input type="checkbox"/> Plectórico <input type="checkbox"/> Desidratado	Tónus <input type="checkbox"/> Hipotónico <input type="checkbox"/> Hipertónico <input type="checkbox"/> Normal
Choro <input type="checkbox"/> Vigoroso <input type="checkbox"/> Irritado <input type="checkbox"/> Débil	Reflexos Presentes <input type="checkbox"/> Moro <input type="checkbox"/> Marcha <input type="checkbox"/> Preensão <input type="checkbox"/> Babinsky <input type="checkbox"/> Sucção <input type="checkbox"/> Deglutição	Vitalidade <input type="checkbox"/> Sem Alterações <input type="checkbox"/> Com Alterações
Observações: _____		
Alimentação <input type="checkbox"/> Leite Materno Intervalo das Mamadas _____ <input type="checkbox"/> Leite Artificial Duração das Mamadas _____		
Padrão de Sono <input type="checkbox"/> Tranquilo Chupeta <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Agitado		
Eliminação <input type="checkbox"/> Sem Alterações <input type="checkbox"/> Com alterações Observações: _____		
Cordão Umbilical <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sem Sinais Inflamatórios <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Com Sinais Inflamatórios _____		

VIGILÂNCIA DA SAÚDE INFANTIL		
Local <input type="checkbox"/> Centro de Saúde <input type="checkbox"/> Privado		
Consulta de Pediatria na MAC a ___/___/20___		
Vacina VHB	<input type="checkbox"/> Sim a ___/___/20___	<input type="checkbox"/> Não
Vacina BCG	<input type="checkbox"/> Sim a ___/___/20___	<input type="checkbox"/> Não
Data do Diagnóstico Precoce ___/___/20___		

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE		
Ensinos Relativos à Puérpera/Casal		
<input type="checkbox"/> Alimentação	<input type="checkbox"/> Vacinação	<input type="checkbox"/> Parentalidade
<input type="checkbox"/> Auto-cuidado	<input type="checkbox"/> Revisão do Parto	<input type="checkbox"/> Amamentação
<input type="checkbox"/> Exercício Físico/Repouso	<input type="checkbox"/> Sexualidade	<input type="checkbox"/> Outros
Ensinos Relativos ao RN		
<input type="checkbox"/> Alimentação	<input type="checkbox"/> Sono e Repouso	<input type="checkbox"/> Consultas
<input type="checkbox"/> Banho RN	<input type="checkbox"/> Prevenção e Acidentes	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Conforto/Massagens	<input type="checkbox"/> Vacinação	
Observações:		

OUTRAS OCORRÊNCIAS RELEVANTES

Enfermeiro(a)

 Data ___ / ___ /20___
Legenda

IA - Índice de Apgar

IG - Idade Gestacional

IO - Índice Obstétrico (Nº de Partos de Termo, Nº de Partos Pré-Termo, Nº de Gravidezes Ectópicas/Abortos, Nº de Filhos Vivos)

LA - Leite Artificial

LM - Leite Materno

RN - Recém-Nascido

