



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE BEJA**

**I MESTRADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COMUNITÁRIA**

**RELATÓRIO**

**Projecto de intervenção comunitária**

**Visitação domiciliária à puérpera e ao recém-nascido  
do Concelho de Tavira**

**BEJA**

**2012**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE BEJA**

**I MESTRADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COMUNITÁRIA**

**Projecto de intervenção comunitária**

**Visitação domiciliária à puérpera e ao recém-nascido  
do Concelho de Tavira**

**TRABALHO PROJECTO DE MESTRADO, ORIENTADO  
PELA PROFESSORA SANDRA XAVIER**

**AUTOR**

**Maria José Nunes Santos Marcelino Mendes Pacheco**

**BEJA  
2012**

***“Nenhuma alteração da nossa maneira de pensar ou agir pode ser mais decisiva do que colocar o ser humano no centro de tudo o que fazemos”.***

***Kofi Annan***

À minha Querida Amiga *Xís*

Um anjo que eu tive o privilégio de conhecer e que aceitou iluminar a minha vida com o seu sorriso, carinho e AMIZADE...

## **Agradecimentos**

À Professora Sandra Xavier, pela orientação deste trabalho, pelos ensinamentos, pela competência, assertividade e disponibilidade sempre demonstrados.

Ao Professor Doutor Luís Graça pela amabilidade e disponibilidade demonstradas na cedência dos seus trabalhos de investigação.

A todas as grávidas que acederam a participar no estudo.

Ao órgão de gestão do ACES Sotavento e à Enfermeira Lúcia Lobo (EESMO) pelo apoio e colaboração na implementação do projecto.

A todos os meus AMIGOS que sempre me apoiaram e me impediram de desistir nos momentos de maior incerteza e desânimo.

## Resumo

A alta hospitalar precoce tornou-se uma prática generalizada. A maioria das mulheres regressa ao domicílio 48h após o parto. Este curto período de internamento releva-se insuficiente para a aquisição de competências com vista ao desempenho desta nova e exigente tarefa – “ser mãe”.

Para responder a esta necessidade, alguns serviços começam a explorar formas alternativas de assegurar cuidados materno-infantis após a alta hospitalar. A visita domiciliária impõe-se, nesta etapa do ciclo de vida da mulher e da criança, como uma “ferramenta” importante de prestação de cuidados de enfermagem e vigilância de saúde no pós-parto.

Este projecto de intervenção comunitária: “Implementação da visita domiciliária à puérpera e ao recém-nascido do Concelho de Tavira” surge para dar resposta a uma lacuna importante detectada no apoio comunitário, que emergiu do diagnóstico de situação de saúde das grávidas residentes no concelho de Tavira, efectuado em Maio de 2010, no âmbito do 1º CPLEEC da ESS\_IPB. Tem como finalidade promover a parentalidade e o desenvolvimento de competências para a autonomia nos cuidados ao recém-nascido, contribuindo para a melhoria da saúde e bem-estar das puérperas, recém-nascidos e respectivas famílias.

**Palavras-chave:** visita domiciliária; cuidados materno-infantis; pós-parto

## **Abstract**

The early hospital discharge has become a widespread practice. Most women return to the home 48 hours after delivery. This falls short period of hospitalization is insufficient for the acquisition of skills in the attainment of this new and demanding task - "being a mother."

To meet this need, some services are beginning to explore alternative ways of ensuring maternal and newborn care after discharge. The home visit is required at this stage of the life cycle of women and children, as a "tool" important to provide nursing care and health monitoring in postpartum.

This community intervention project: "Implementation of the postpartum home visits to newborns in the Municipality of Tavira" appears to address an important gap detected in the community support that emerged from the diagnosis of health status of pregnant women residing in the county of Tavira, made in May 2010 under the 1st of CPLEEC ESS\_IPB. It aims to promote the development of parenting skills for autonomy in the care of newborns, contributing to improved health and well-being of mothers, newborns and their families.

**Keywords:** home visits, maternal and newborn care, postpartum

## ÍNDICE

	P.
0 – <u>INTRODUÇÃO</u>	11
1 – <u>TRABALHO DE PROJECTO: VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA À PUÉRPERA E AO RECÉM-NASCIDO DO CONCELHO DE TAVIRA</u>	15
1.1 – PROBLEMÁTICA/ JUSTIFICAÇÃO	15
1.2 – OBJECTIVOS	19
1.3 – VIGILÂNCIA DE SAÚDE NO PÓS-PARTO	20
1.3.1 – <u>Visita domiciliária</u>	20
2 – <u>DESENHO DO PROJECTO</u>	27
2.1 – CARACTERIZAÇÃO DO CONCELHO DE TAVIRA	27
2.2 – AMOSTRA SELECIONADA	28
2.3 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	28
2.4 – PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	29
2.5 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	29
2.6 – ANÁLISE DE DADOS	31
3 - <u>PROJECTO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA: VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA À PUÉRPERA E AO RECÉM-NASCIDO DO CONCELHO DE TAVIRA</u>	33
3.1 - ESTRUTURA DO PROJECTO	34
3.2 - METODOLOGIA DO PROJECTO	35

3.2.1 – <u>Objectivos e indicadores do projecto</u>	35
3.2.2 – <u>Stakeholders</u>	37
3.2.3 – <u>Seleção de estratégias</u>	38
3.2.4 – <u>Execução do projecto</u>	39
3.2.5 – <u>Recursos e estimativa de custos</u>	41
3.2.6 – <u>Avaliação do projecto</u>	43
4 – <u>LIMITAÇÕES</u>	46
5 – <u>QUESTÕES ÉTICAS</u>	48
6 – <u>IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA</u>	49
7 – <u>CONCLUSÃO</u>	51
8 – <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	52
ANEXOS	
Anexo I – Instrumento de colheita de dados e formulário de consentimento informado	58
Anexo II – Pedido de autorização ao ACES Sotavento	59
Anexo III – Folheto de divulgação da VD	60
Anexo IV – Formulário de referenciação da VD	61
Anexo V – Guião de registo de dados da VD	62
Anexo VI – Cronograma de actividades	63
	64

## INDICE DE QUADROS

	P.
Quadro nº 1 – Fases e actividades de uma visita domiciliária	22
Quadro nº 2 – Problemas e estratégias de intervenção	33
Quadro nº 3 – Objectivos e indicadores	36
Quadro nº 4 – Actividades desenvolvidas pela gestora do projecto	40
Quadro nº 5 – Actividades desenvolvidas pela EESMO	41
Quadro nº 6 – Recursos humanos e materiais	42
Quadro nº 7 – Estimativa de custos	43
Quadro nº 8 – Avaliação do Projecto	45

## CHAVE DE SIGLAS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ACS	Alto Comissariado da Saúde
CPP	Curso de Preparação para a Parentalidade
CPLEEC	Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CST	Centro de Saúde de Tavira
DGS	Direcção Geral da Saúde
EEEECSP	Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública
EESMO	Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia
EESIP	Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica
ESS	Escola Superior de Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
IPB	Instituto Politécnico de Beja
ODM	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNS	Plano Nacional de Saúde
RMDE	Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem
SAPE	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
US	Unidade de Saúde
USF	Unidade de Saúde Familiar

## **0 - INTRODUÇÃO**

Desde há um século atrás, quando os partos passaram do ambiente familiar para os hospitais, e até aos dias de hoje, a duração do internamento hospitalar sofreu uma forte diminuição. A maioria das mulheres permanece cerca de dois dias na maternidade. A alta do parto vaginal é, em regra, dada às 48h e a alta do parto por cesariana é dada às 96h.

*“Actualmente, com a “alta precoce”, as mães podem ir para casa 6 a 48h após o nascimento. Tal facto criou a necessidade crescente de cuidados domiciliários”.* (Bobak, 1999, p. 8)

A prestação de cuidados de saúde domiciliários permite a continuidade dos cuidados prestados em contexto hospitalar, pelo que a visita domiciliária de enfermagem assume um papel de destaque, constituindo-se como meio de apoio, ensino e aconselhamento para que cada puérpera/família adquira competências e ultrapasse, com sucesso, as dificuldades inerentes a esta etapa da vida.

Tendo em vista a melhoria do estado de saúde da população, em 2000, a ONU apresentou a Declaração do Milénio, que integra 8 grandes objectivos (ODM) os quais representam um compromisso da comunidade internacional com o desenvolvimento humano a nível global, e onde a saúde materno-infantil assume um papel de destaque, nomeadamente através dos ODM 4 – reduzir a mortalidade infantil e ODM 5 – melhorar a saúde materna. Portugal foi um dos 189 estados que subscreveu esta declaração. No sentido de efectivar o compromisso assumido, a Assembleia da República aprovou, em 24 de Junho de 2010, uma resolução dando particular destaque à imperiosa necessidade de cumprimento dos ODM 4 e 5. (Portugal, 2010)

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 preconizou medidas específicas centradas em “momentos especiais como o nascer” dado este (entre outros) se constituir como uma excelente oportunidade “para a educação para a saúde, para acções de prevenção, para rastreios de doenças e outras intervenções” (Ministério da Saúde 2004b, p.1). Neste contexto, surge reforçado o papel dos profissionais de enfermagem, com particular enfoque para o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de

saúde pública, dadas as suas competências específicas enquanto agente na promoção e educação para a saúde em contexto comunitário.

De acordo com o Relatório dos Cuidados de Saúde Primários da OMS (2008), as exigências em Saúde mudaram na mesma medida em que a própria sociedade também mudou. É urgente repensar as políticas de saúde e adaptá-las às características específicas de cada comunidade, no sentido de dar resposta efectiva às reais necessidades de saúde evidenciadas.

Torna-se então prioritário responder a essas exigências e permitir que os serviços de Saúde sejam centrados nas necessidades identificadas, quer individuais quer familiares ou das próprias comunidades onde essas famílias vivem. O despacho nº 10143/09 de 16 de Abril aprova o regulamento da organização e funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade, que visa dar resposta a este novo desafio em Saúde, no qual se definem os princípios orientadores destas Unidades funcionais. Tais princípios são a cooperação, a solidariedade e o trabalho em equipa, a autonomia, a articulação com restantes unidades funcionais do ACES, a parceria com estruturas da comunidade e a avaliação contínua com base numa gestão participativa.

A prestação de cuidados especializados, designadamente a preparação para a parentalidade faz parte do compromisso assistencial das UCC. Na sua carteira de serviços consta visita domiciliária à puérpera e ao recém-nascido, devendo ser efectuada uma visita nos primeiros 15 dias após o parto, preferencialmente, durante a primeira semana de vida do recém-nascido.

Vários estudos realizados, demonstram que os cuidados domiciliários podem evitar 30 a 60% dos problemas de saúde em puérperas e recém-nascidos, em ambientes onde a mortalidade é elevada. (Bang & et al, 1999; Baqui & et al, 2008; Kumar & et al, 2008; Bhutta & et al, 2008). Os primeiros dias de vida são determinantes. A maioria das mortes neo-natais (75%) ocorre na primeira semana de vida (Law, Cousens, Zupan, 2005). É também nesse período que se verifica o maior número de disfunções maternas e neo-natais. (UNICEF, 2009)

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, fruto do conhecimento adquirido, com base no percurso de formação especializada e na experiência clínica, está habilitado a:

participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projectos de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades na consecução de projectos de saúde colectiva (Portugal, 2011)

Uma das competências específicas do enfermeiro especialista consiste em estabelecer, “*com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade*”. (Portugal, 2011)

O planeamento em saúde compreende um processo dinâmico e “*contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objectivos determinados*” (Tavares, 1990, p. 29)

Assim, no âmbito do 1º CPLEEC, da ESS/IPB, tendo por base o planeamento em saúde, foi elaborado o diagnóstico de situação de saúde das grávidas (Maio 2010) e implementado o curso de preparação para a parentalidade (Dezembro 2010).

Sendo que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública “*intervém em múltiplos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados*” (Portugal, 2011)

É neste contexto e, no âmbito do I Mestrado de Enfermagem em Saúde Comunitária, da, da ESS/IPB, em conformidade com o decreto-lei nº 70/2000 de 4 de Maio, procurando enquadrar-se num projecto alargado de intervenção comunitária na área da parentalidade, a ser desenvolvido pela UCC de Tavira, direccionado, especificamente para as grávidas, puérperas e recém-nascidos residentes no concelho, que nasce este projecto, com o objectivo de implementar a visitação domiciliária de enfermagem às puérperas e recém-nascidos. Tem como finalidade promover a parentalidade e o desenvolvimento de competências para a autonomia nos cuidados ao recém-nascido, contribuindo para a melhoria da saúde e bem-estar das puérperas, recém-nascidos e respectivas famílias.

O presente relatório está dividido em 7 capítulos: no capítulo 1, é abordada a problemática/justificação da temática em estudo, onde são referidos os resultados mais relevantes da pesquisa bibliográfica efectuada sobre os cuidados de enfermagem domiciliários à puérpera e ao recém-nascido, com alusão aos dados estatísticos, estudos realizados e políticas de saúde, de âmbito mundial e nacional. Seguidamente

são enunciados os conceitos-chave que envolvem a promoção da saúde e bem-estar da puérpera e recém-nascido, em contexto domiciliário. Por último, é feita a abordagem da VD enquanto estratégia promotora de saúde. No capítulo 2 – desenho do projecto, é feita a caracterização da população em estudo. Segue-se o capítulo 3, que descreve a estrutura e metodologia do projecto. No capítulo 4 são referidas as limitações encontradas no decorrer do projecto. No capítulo 5 são abordadas as questões éticas inerentes aos procedimentos de recolha de dados. No capítulo 6 são referidas as implicações para a prática decorrentes da realização deste projecto e, por último, no capítulo 7, surge a conclusão, onde são tecidas as considerações finais.

## **1. TRABALHO DE PROJECTO: VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA À PUÉRPERA E AO RECÉM-NASCIDO**

A metodologia de trabalho de projecto *“baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução”*. (Ferrito, 2010)

Este capítulo apresenta os resultados mais relevantes da pesquisa bibliográfica efectuada sobre os cuidados de enfermagem domiciliários à puérpera e ao recém-nascido, os quais fornecem os referenciais teóricos que suportam e orientam o projecto. Terá início com a abordagem da problemática e justificação da temática em estudo, com alusão aos dados estatísticos, estudos realizados e políticas de saúde, de âmbito mundial e nacional. Saliencia-se a pertinência deste projecto, clarificando o que se deseja alcançar e as competências que se pretendem desenvolver. Seguidamente serão enunciados os conceitos-chave que envolvem a promoção da saúde e bem-estar da puérpera e recém-nascido, em contexto domiciliário. Por último, a abordagem da VD enquanto estratégia promotora de saúde, evidenciada em vários estudos.

### **1.1 – PROBLEMÁTICA/ JUSTIFICAÇÃO**

Actualmente, ainda morrem, por ano, devido a complicações na gravidez, no parto ou no pós-parto, mais de meio milhão de mulheres, o que corresponde a cerca de 1500 mulheres por dia. A grande maioria (80%) das mortes maternas, ocorre nos países em desenvolvimento e pode ser evitada, desde que as mulheres tenham acesso a assistência especializada durante o parto e cuidados domiciliários básicos de saúde no pós-parto. (UNICEF, 2009)

O risco de morrer devido a complicações relacionadas com a gravidez, o parto ou o pós-parto para uma mulher que vive num país pouco desenvolvido é, em média, 300 vezes superior, quando comparado com o risco de uma mulher que vive num país industrializado. Nenhuma outra taxa de mortalidade, a nível mundial, apresenta valores tão díspares. (UNICEF, 2009)

Tendo em vista a melhoria do estado de saúde da população, em 2000, a ONU apresentou a Declaração do Milénio (ONU, 2000), que emergiu da Cimeira do Milénio,

realizada em Nova Iorque, em Setembro de 2000. Esta declaração integra 8 grandes objectivos (ODM) os quais representam um compromisso da comunidade internacional com o desenvolvimento humano a nível global. Para permitir avaliar a consecução dos referidos objectivos foram estabelecidas 18 metas e criados 40 indicadores, tendo como referência o horizonte temporal 1990-2015.

A saúde materno-infantil assume um papel de destaque, nomeadamente através do ODM 4 – reduzir a mortalidade infantil e do ODM 5 – melhorar a saúde materna.

Para o ODM 4 – reduzir a mortalidade infantil – foi estabelecida a seguinte meta: reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a mortalidade de crianças com menos de 5 anos, com base em três indicadores: i) taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos; ii) taxa de mortalidade infantil; iii) proporção de crianças de 1 ano vacinadas contra o sarampo.

Relativamente ao ODM 5 – melhorar a saúde materna – foi estabelecido como meta, reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a taxa mortalidade materna, apresentado como indicadores: i) taxa de mortalidade materna; ii) proporção de partos assistidos por pessoal qualificado. (ONU, 2001). Em 2008 foi acrescentada uma nova meta e 4 indicadores com vista ao acompanhamento deste ODM. Meta: alcançar acesso universal à saúde reprodutiva até 2015. Indicadores: i) taxa de prevalência de contraceptivos; ii) taxa de partos em adolescentes; iii) cobertura de assistência pré-natal; iv) necessidades de planeamento familiar não atendidas. (UNICEF, 2009)

O último relatório de acompanhamento dos ODM, divulgado em 2011, revela que a taxa de mortalidade materna, nos países em desenvolvimento, diminuiu 34% entre 1990 e 2008. No entanto, a meta ainda está longe de ser alcançada. A taxa mortalidade de crianças menores de 5 anos apresenta uma redução de 33%, a nível mundial, apesar de se verificar um aumento do número de nascimentos. Estes dados aumentam a esperança na concretização da meta estabelecida, mas para que isso aconteça será necessária a adopção de medidas drásticas e urgentes no combate às causas da mortalidade infantil. (ONU, 2011)

À medida que 2015 se aproxima, data final preconizada para a concretização dos ODM, o desafio de melhorar as condições de saúde materno-infantil sobrepõe-se ao simples cumprimento de metas: *“significa evitar uma tragédia humana desnecessária.*

*O sucesso será medido em número de vidas salvas e em termos de melhorias nas condições de vida". (UNICEF, 2009)*

Portugal foi um dos 189 estados que subscreveu esta declaração. No sentido de efectivar o compromisso assumido, a Assembleia da República aprovou, em 24 de Junho de 2010, uma resolução dando particular destaque à imperiosa necessidade de cumprimento dos ODM 4 e 5. (Portugal, 2010)

De acordo com o Relatório dos Cuidados de Saúde Primários da OMS (2008), as exigências em Saúde mudaram na mesma medida em que a própria sociedade também mudou. É urgente repensar as políticas de saúde e adaptá-las às características específicas de cada comunidade, no sentido de dar resposta efectiva às reais necessidades de saúde evidenciadas.

O nascimento de um filho é uma etapa importante na vida de um casal, e na maioria das situações, um acontecimento esperado e desejado, sendo ímpar no seu percurso existencial. A gravidez é, não só, a gestação biológica de um ser, mas também um período de enormes transformações físicas e emocionais dos futuros pais. Sendo o processo de parentalidade, um desafio num período de mudança e dúvidas na vida do casal, este necessita do apoio de profissionais de saúde, de forma a poder vivenciá-lo de maneira plena e salutar.

Neste contexto, surge reforçado o papel dos profissionais de enfermagem dadas as suas competências específicas enquanto agentes na promoção e educação para a saúde em contexto comunitário.

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 preconizou medidas específicas centradas em "momentos especiais como o nascer" dado este (entre outros) se constituir como uma excelente oportunidade "para a educação para a saúde, para acções de prevenção, para rastreios de doenças e outras intervenções" (Ministério da Saúde 2004b, p.1).

A ausência de cuidados pré-natais, a má nutrição, os comportamentos aditivos (tabaco, álcool, drogas, medicamentos) assim como a hipertensão induzida pela gravidez mal controlada, têm repercussões negativas para a mãe e para o bebé, resultando num acréscimo na percentagem de recém-nascidos de termo com baixo peso e em mortes maternas. (ACS, 2009)

A ausência de vigilância pré-natal é um dos principais factores de risco associados à morte materna, sendo a doença hipertensiva da gravidez e a hemorragia/coagulopatia as principais causas, responsáveis por 50% das mortes. Estas ocorrem na sua maioria (76%), após o parto. Convém realçar a importância do diagnóstico atempado e a resposta adequada e imediata que, nestas situações de emergência obstétrica, pode contribuir para evitar algumas mortes. (DGS, 2009)

As mulheres que engravidam nos extremos das idades reprodutivas apresentam um risco acrescido. O risco em adolescentes é o dobro do risco em mulheres de 20-24 anos (respectivamente 9,9 e 4,8 mortes por 100000 nados vivos) e eleva-se rapidamente nos grupos etários 35-39, 40-44 e 45 e mais anos (respectivamente 25,8; 35,7; 180,3). Esta constatação é preocupante, tendo em conta o consistente aumento da idade média das parturientes em Portugal que, de 2001 a 2007, passou de 28,3 a 29,5 anos de idade, ou seja, mais de 1 ano de idade em apenas 7 anos. (DGS, 2009)

Os serviços com responsabilidade no planeamento e acompanhamento das grávidas, nomeadamente, as equipas de saúde dos Cuidados de Saúde Primários, devem reforçar a informação à população e alertar para a importância de vigiar a gravidez, que se inicia com a consulta pré-concepcional. (DGS, 2009)

Actualmente, os objectivos dos cuidados de saúde para famílias “em gestação” são uma gravidez saudável, um recém-nascido saudável e pais preparados e confiantes nos seus novos papéis. Para alcançar estes objectivos, as orientações da DGS, preconizam cuidados pré-natais numa fase precoce e de forma regular e nascimento num hospital ou maternidade. No entanto, não existe qualquer directriz que reconheça quais as necessidades das mães, recém-nascidos e famílias, após a alta hospitalar. A OMS e a UNICEF recomendam visitas domiciliárias na primeira semana de vida para diminuir a mortalidade e morbilidade dos recém-nascidos. *“Esses atendimentos devem ser prestados na forma de um continuum de cuidados que liguem as famílias e as comunidades aos sistemas de saúde”*. (OMS/UNICEF, 2009)

A pertinência deste projecto consubstancia-se no facto de, a ausência de cuidados domiciliários no pós-parto, demonstrada no diagnóstico de situação de saúde das grávidas, constituir uma lacuna na continuidade de cuidados após a alta hospitalar. Decorrente da nossa prática constatámos que várias puérperas contactam telefonicamente a enfermeira de família solicitando VD porque têm dúvidas e, por falta de condições (meio de transporte oficial e horário disponível) para se deslocar ao domicílio da puérpera, a enfermeira solicita que esta se desloque à US.

Esta situação compromete a promoção da saúde materno-infantil, gera insegurança nos pais, dificultando o exercício da parentalidade. Tem ainda como consequência o acréscimo da mobilização de recursos no centro de saúde (Graça, 1999), aumentando os custos dos cuidados de saúde.

A finalidade deste projecto é promover a parentalidade, contribuindo para a melhoria da saúde e bem-estar das puérperas, recém-nascidos e respectivas famílias.

## **1.2 – OBJECTIVOS**

A Enfermagem em Saúde Comunitária consubstancia-se no trabalho desenvolvido em prol da comunidade, em que esta desempenha um papel activo. A população-alvo dos cuidados deverá ser o *“principal objectivo do planeamento, esta deverá participar não só na implementação como também na elaboração dos projectos que lhe são dirigidos”* (Tavares, 1990, p. 33)

Um projecto é um plano de trabalho que é concebido essencialmente para resolver/ estudar um problema real, identificado na população em estudo. Assim, a metodologia de projecto surge como uma das técnicas mais utilizadas no planeamento em saúde, visto que permite ao investigador compreender melhor a realidade da população que é afectada pelo problema em questão e possibilita a tomada de decisões adequadas com vista à melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados prestados às populações, proporcionando efectivos ganhos em saúde. (Leite, 2001)

Neste projecto, em particular, pretendeu-se caracterizar a população grávida, residente no concelho de Tavira e inscrita no Centro de Saúde Tavira, sendo dado maior enfoque à temática dos cuidados domiciliários no pós-parto, de modo a que fossem desenvolvidas acções efectivas com vista à prestação destes cuidados. Assim definiu-se como objectivo deste projecto: Implementar a visita domiciliária às puérperas e aos recém-nascidos residentes no concelho de Tavira, tendo como finalidade promover a parentalidade e o desenvolvimento de competências para a autonomia nos cuidados ao recém-nascido, contribuindo para a melhoria da saúde e bem-estar das puérperas, recém-nascidos e respectivas famílias.

### **1.3 – VIGILÂNCIA DE SAÚDE NO PÓS-PARTO**

No âmbito da vigilância de saúde no pós-parto, salienta-se a importância das consultas de revisão do puerpério e seguintes, com vista à prevenção de doença ginecológica (DGS, 2002). Contudo, valoriza-se também a orientação para o planeamento familiar, prevenindo situações de gravidez não desejada/não planeada. A adaptação sexual no pós-parto é, frequentemente, motivo de preocupação no casal. A “educação” para a maternidade/paternidade consciente passa pelo aconselhamento de métodos contraceptivos seguros, atendendo aos recursos económicos, características sócio-culturais, bem como ao perfil psicológico do casal.

Os cuidados materno-infantis dirigem-se à puérpera e ao recém-nascido e visam a promoção da saúde e a prevenção da doença, de acordo com orientações da DGS. Tais cuidados tornam-se imprescindíveis para assegurar uma adaptação a esta nova etapa da vida do casal, frequentemente, geradora de stress, sobretudo se se tratar do primeiro filho.

As necessidades das famílias que acabaram de ter um filho podem ser colmatadas com recurso a um programa abrangente de cuidados domiciliários no puerpério. (Bobak 1999)

#### **1.3.1 – Visita domiciliária**

Um dos objectivos primordiais da enfermagem comunitária, consiste em promover e preservar a saúde da população, reduzindo a sua morbilidade e mortalidade. Porém, é importante ter sempre presente que a redução das taxas de mortalidade e de morbilidade não dependem, apenas, do progresso das ciências médicas mas também, e muitas vezes em grande parte, de acções da responsabilidade de outros sectores de intervenção.

A VD é uma actividade inerente aos cuidados de enfermagem, em que todas as actividades desenvolvidas neste contexto se enquadram num processo educativo com a finalidade de auxiliar o indivíduo e a família na resolução de problemas do quotidiano em situações da vida real, no ambiente familiar. (Loveland – Cherry, 1999)

Assim, a VD surge como uma importante estratégia de promoção da saúde e prevenção da doença, visto que é uma actividade realizada junto ao indivíduo, à família e à comunidade, com o intuito de aconselhar, orientar e capacitar os indivíduos para a resolução dos seus problemas de forma a torná-los autónomos e independentes.

O parecer nº 12/2011 do Conselho de Enfermagem da OE evidencia que “ *a puérpera e o recém-nascido têm de ser acompanhados de acordo com as necessidades identificadas, em cada situação*”, podendo a visitação domiciliária à puérpera e ao recém-nascido situar-se na esfera de acção do EESMO assim como do EESIP, sendo que a área de actuação de cada enfermeiro especialista tem objectivos diferentes. (Ordem Enfermeiros, 2011)

Desta forma, os enfermeiros ao desenvolverem a sua acção na área da saúde materno-infantil, deverão encarar a mulher numa perspectiva globalizante, atendendo ao seu meio e condições de vida.

A VD à puérpera e ao recém-nascido deverá ser realizada com carácter de educação para a saúde e utilizada para avaliar as reais necessidades de apoio à puérpera / recém-nascido e planear as intervenções mais adequadas a cada situação.

Actualmente, a VD torna-se cada vez mais imprescindível, uma vez que os cuidados obstétricos mudaram drasticamente e a “alta precoce” é cada vez mais frequente. (Bobak, 1999.) Tais factos, permitem que as puérperas regressem a casa ainda com muitas dúvidas e frequentemente não têm o apoio familiar necessário para a resolução dos seus problemas. (Loveland-Cherry, 1999)

Alguns serviços começam a explorar formas alternativas de assegurar cuidados materno-infantis após a alta hospitalar. O ponto mais importante é determinar quais as famílias que mais beneficiam com estes cuidados no domicílio, e qual a melhor forma de os estruturar e planear, de modo a serem eficientes e eficazes.

O crescente aumento da necessidade de cuidados de saúde materno-infantis domiciliários faz com que a VD surja, novamente, como uma forma importante de prestação de cuidados de enfermagem.

A VD requer um planeamento cuidadoso e sistemático, para que esta se torne eficaz e eficiente e os objectivos sejam satisfatoriamente atingidos. Poderá ser estruturada da seguinte forma:

Quadro n.º 1 – Fases e actividades de uma visita domiciliária

<b>Fases</b>	<b>Actividades</b>
I – Fase de iniciação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clarificar a fonte de encaminhamento da visita</li> <li>• Clarificar o objectivo da visita domiciliária</li> <li>• Partilhar informação com a família sobre o motivo e objectivo da visita domiciliária</li> </ul>
II – Fase de pré-visita	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciar contacto com a família</li> <li>• Validar com a família a percepção sobre o objectivo</li> <li>• Determinar com a família a vontade de ser visitada no domicílio</li> <li>• Marcar a visita domiciliária</li> <li>• Rever dados do encaminhamento e/ ou os registos familiares</li> </ul>
III – Fase no domicílio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação e identificação profissional</li> <li>• Interação social para estabelecer aproximação</li> <li>• Estabelecimento de relação enfermeiro – cliente</li> <li>• Implementação do processo de enfermagem</li> </ul>
IV – Fase de terminus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recapitulação da visita com a família</li> <li>• Planeamento de futuras visitas</li> </ul>
V – Fase de pós-visita	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fazer o registo da visita</li> <li>• Fazer o plano para a visita seguinte</li> </ul>

Fonte: Loveland-Cherry, C. (1999, p. 533)

A programação das visitas deverá ser feita com base nas necessidades da família e tendo em conta a capacidade de resposta do serviço.

Nesta fase – fase de iniciação – deverá ser feita uma colheita de dados referente à mãe / recém-nascido, pode ser feita através do processo clínico, recorrendo a profissionais que já cuidaram da díade ou que ainda cuidam e, se necessário, a algum membro da família.

O enfermeiro deverá fazer um plano para a VD, de modo a, não só facilitar e permitir uma comunicação eficaz bem como potenciar o relacionamento com a puérpera / família. Este planeamento exige a definição de objectivos, os quais deverão estar de acordo com as necessidades e expectativas da puérpera / família.

Segue-se a fase de pré-visita, em que é necessário iniciar o contacto com a família, através de realização de telefonema, com vista a clarificar as finalidades da VD e certificar-se de que a família expressa desejo de ser visitada. Reunidas estas condições, procede-se à marcação da VD e revisão dos dados do encaminhamento e/ou registos constantes no processo clínico familiar.

Na fase seguinte da VD, ou seja, já no domicílio, a abordagem deve ser clara e objectiva, o enfermeiro deverá apresentar-se à família, explicar a sua função, enquanto técnico de saúde especializado e explicitar os objectivos da visita.

É importante que o enfermeiro mantenha sempre uma atitude profissional, evitando que a visita seja considerada, erradamente, como uma actividade social mas, ao mesmo tempo, que seja capaz de imprimir um carácter informal, sendo que esta é uma das características / vantagens das visitas domiciliárias.

Esta é a fase crucial da VD, que consiste na operacionalização do processo de enfermagem. O enfermeiro observa o comportamento da família e identifica as competências já adquiridas, as dúvidas e necessidades de aprendizagem evidenciadas. Perante esta observação, age em conformidade, reforçando positivamente as competências demonstradas e desenvolvendo actividades de educação para a saúde com vista ao esclarecimento de dúvidas e capacitação para o auto-cuidado e prestação de cuidados ao recém-nascido. No final da visita – fase de terminus – deve ser pedido à puérpera/pais que faça(m) um breve resumo do que lhe foi transmitido/demonstrado, de modo a aferir as competências adquiridas e esclarecer possíveis dúvidas. No entanto, é sempre aconselhável deixar orientações escritas e o contacto para qualquer solicitação de auxílio.

Por último, na fase de pós-visita, procede-se ao registo de dados, uma actividade extremamente importante, que tem como objectivo favorecer e orientar a continuidade do trabalho. Deve ser feito de forma clara e concisa, de modo a incluir as informações relevantes, numa sequência lógica para dar continuidade a planos futuros. Este registo deve estar acessível a toda a equipa que presta cuidados à família para evitar a duplicação de tarefas, rentabilizando recursos e permitindo uma continuidade de cuidados de acordo com as reais necessidades da família.

Seguidamente é importante fazer a avaliação da VD, dado que permite ao enfermeiro verificar se o método utilizado foi o mais adequado e se foram aplicados os princípios fundamentais da VD (processo de enfermagem), com vista a atingir os objectivos definidos. Esta avaliação poderá ser completada através da visita seguinte a essa puérpera de acordo com a apreciação da autonomia e da responsabilização da puérpera.

Tal como referimos anteriormente, a actual estratégia de saúde na maternidade, que promove a alta precoce, permite a continuidade das dúvidas maternas, no regresso ao domicílio. Esta nova realidade, representa um desafio e uma responsabilidade acrescida para os enfermeiros.

A VD surge, neste contexto, como um recurso precioso que permite aos enfermeiros interagir com as utentes e respectivas famílias no sentido de promover a sua co-responsabilização nos cuidados, assumindo um papel relevante *“na redução de riscos de saúde e promoção da saúde das populações”*. (Loveland-Cherry, 1999, p.532)

A VD pode ser universal ou ter como alvo grupo específicos, dependendo do país e sistema de saúde.

No Reino Unido, a VD tem um carácter universal, sendo realizada por visitadoras domiciliárias e integra-se no plano básico de assistência no pós-parto. Porém, nos Estados Unidos da América a VD não é universal, baseando-se em programas com distintos objectivos e modelos de intervenção. (Bull et al., 2004),

No que se refere à realidade portuguesa, as recomendações da DGS relativamente à prática de VD são inespecíficas quanto à universalidade, ao mencionarem que se devem desenvolver os meios que a possibilitem, reconhecendo-a como fundamental na vigilância e promoção da saúde, sobretudo nos dias imediatamente após a alta hospitalar e realizada essencialmente por enfermeiras. (DGS, 2002)

Com a reforma dos Cuidados de Saúde Primários e conseqüente criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde e respectivas unidades funcionais, a VD ao recém-nascido nos primeiros 15 dias de vida surge integrada na carteira de serviços de inúmeras Unidades de Saúde Familiar, como indicador para atribuição de incentivos financeiros não tendo, portanto, carácter universal. Também muitas Unidades de Cuidados na Comunidade integraram a VD à puérpera e ao recém-nascido na sua carteira de serviços mas, na maioria dos casos, dirigida a “nichos” da população, nomeadamente, utentes sem médico de família, não sendo indicador da sua universalidade.

A VD deve constituir um modelo de intervenção específico, adaptado às necessidades identificadas, e não ser meramente um local alternativo para a prestação de cuidados, o que requer um planeamento estruturado e sistemático. (Graça, 2010)

A VD realizada dois ou três dias após a alta facilita a identificação das necessidades e o ensino à puérpera. (Olds & et al., 2007). É mais conveniente para os indivíduos e suas famílias, uma vez que estes têm mais controlo sobre o ambiente (Barkansas, Varsik et al, citados em Graça, 2010) e permite maior comodidade e individualização dos cuidados no seu ambiente natural, diminuindo a tensão quanto à revelação de preocupações e necessidades, constituindo um excelente modelo de intervenção no aconselhamento, orientação e ajuda às puérperas. (Spock & Rothenberg, 1997)

Na perspectiva de McNaughton (2007) existem três aspectos que caracterizam a VD: 1) providenciar suporte social adicional nas famílias de risco e melhorar a orgânica familiar, beneficiando a díade (mãe-criança); 2) constituir o meio (local) ideal para múltiplas intervenções; 3) colocar a relação profissional-utente como componente principal no suporte social.

Num estudo experimental, com dois grupos distintos de primíparas, realizado em Viana do Castelo, Graça (1999) concluiu que a VD de carácter formativo diminui significativamente as dificuldades das mães e aumenta a satisfação e valorização relativamente ao trabalho dos enfermeiros que as visitaram.

Um estudo conduzido por Klaus & Kennel (1997) demonstrou que a VD reduz o tempo gasto nos cuidados, contribui para a manutenção da amamentação, fomenta nos pais mais respeito pelos filhos e desenvolve mais competências para os cuidar. Verificou também que, quando os profissionais treinados estavam com o casal, o pai dava mais apoio à mãe.

No entender de Graça (2010, p.21):

A VD é um suporte importante para as mães. Com o parto e o regresso a casa, necessitam de apoio, sendo figura de referência alguém com experiência que valide o seu novo papel e lhes dê segurança nas suas responsabilidades maternas. (...) É neste particular que o papel da enfermeira poderá ser nuclear, por ser alguém com competências, contactos prévios com as mães, inserida na comunidade e capaz de transmitir segurança face ao novo papel, mas que simultaneamente seja capaz de escutar as mães nas suas preocupações.

A reforma dos Cuidados de Saúde Primários, em curso, com a criação das várias unidades funcionais veio alterar a forma de prestação de cuidados, sobretudo através

das UCC, direccionadas para a prestação de cuidados fora do espaço físico dos centros de saúde, estabelecendo parcerias no seio da comunidade e apostando essencialmente na promoção da saúde e prevenção da doença, tendo por base a co-responsabilização do indivíduo.

Considerando a nossa experiencia profissional em contexto comunitário, concretamente no local de implementação do actual projecto, no que se refere à VD materno-infantil, encontramos vários obstáculos inerentes à sua realização, ou seja, a VD não é uma prática regular implantada ao nível do centro de saúde e, a nível hospitalar, verifica-se que ainda não é reconhecida pelos enfermeiros como sendo uma ferramenta importante e imprescindível para a continuidade dos cuidados, tal como já acontece em outras áreas da prestação de cuidados, nomeadamente, ao nível dos “cuidados continuados” que se dirigem a pessoas com dependência no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados.

## **2 – DESENHO DO PROJECTO**

Este capítulo inicia-se com a caracterização do concelho de Tavira, com base no contexto demográfico e socioeconómico. Seguidamente, a partir das informações obtidas através do instrumento de colheita de dados utilizado, procede-se à caracterização da amostra em estudo nos seguintes parâmetros: idade; nacionalidade; estado civil; composição e situação económica do agregado familiar; situação laboral e habilitações literárias; história obstétrica; gravidez de alto risco; local de vigilância da gravidez; aulas de preparação para o parto e visita domiciliária. Na sequência da caracterização da amostra, surge a análise e interpretação dos dados, que permite definir o “perfil” da grávida do concelho de Tavira.

### **2.1 – CARACTERIZAÇÃO DO CONCELHO DE TAVIRA**

De acordo com os resultados provisórios dos Censos 2011, actualmente, a população residente no concelho de Tavira é constituída por 26.167 habitantes, o que representa um acréscimo cerca de 1000 habitantes, relativamente aos Censos de 2001 (24997 habitantes), representando 5,8% da população da região do Algarve. Em Tavira, o grupo etário dos 25 aos 64 anos é o mais representativo, correspondendo a 53,51% do total da população. Seguindo-se o grupo dos maiores de 65 anos com 23,95%, (INE 2012).

Destaca-se no Concelho o reduzido número de nascimentos ocorridos na maioria das freguesias, embora Santa Maria, Santiago e Luz de Tavira sejam as freguesias que apresentam uma natalidade mais favorável. As restantes freguesias revelam indicadores negativos, uma vez que os óbitos superam os nascimentos. No concelho de Tavira, em 2010, ocorreram 236 nascimentos e 343 óbitos (INE, Censos 2011), o que representa uma taxa de crescimento populacional negativa.

O índice de dependência, um indicador que relaciona a população dependente (idosos e crianças/jovens) com a população activa, é elevado no concelho de Tavira.

O desequilíbrio verificado poderá ter a sua explicação na ausência de emprego nas freguesias do interior, motivando a deslocação da população para o litoral. As freguesias que apresentam índices de dependência mais elevados são: a freguesia de Cachopo (85%); a freguesia de Santa Catarina da Fonte do Bispo (69%) e a freguesia

de Santo Estêvão (61%). A freguesia de Santa Maria (33%) apresenta o índice mais reduzido entre as freguesias do interior devido à influência da sua população urbana. Por seu lado, as freguesias de Santiago (21%) e de Santa Luzia (19%) apresentam uma maior dependência dos jovens em relação aos adultos. (INE, Censos 2001)

De acordo com os Censos de 2001, a população activa no concelho de Tavira era de 10.916 indivíduos, representando 43,7% do total. Discriminando a taxa de actividade por sexos, verifica-se que existe um aumento do número de mulheres no mercado de trabalho (35,1%). Porém, este valor ainda está muito aquém dos 52,3% registados pelo sexo masculino.

O concelho de Tavira concentra uma maior empregabilidade no sector terciário, à semelhança do que se verifica no contexto regional. A maioria da população activa é absorvida por este sector, o que em termos práticos revela uma especialização da economia concelhia e regional na área dos bens e serviços, com maior incidência no turismo. Assim, e ao nível concelhio, o sector terciário em 2001 abrangia 57,5% do total da população activa, seguindo-se o sector secundário com 24,4%, e por último o sector primário (11,5%). (INE, Censos 2001)

## **2.2 – AMOSTRA SELECCIONADA**

A amostra, em estudo, num universo de 120 mulheres grávidas inscritas no Centro de Saúde de Tavira, é constituída por 36 mulheres grávidas que efectuaram a vigilância da gravidez no centro de saúde de Tavira, no período de 5 a 30 de Setembro de 2011..

## **2.3 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**

Foi elaborado um instrumento de colheita de dados, sob a forma de questionário, especificamente para este estudo, constituído por 18 questões fechadas (anexo I). Pretende caracterizar a amostra e identificar dados relativos à gravidez.

Efectuou-se um pré-teste à totalidades (oito) de grávidas assistidas em consulta de saúde materna no dia 1 de Setembro de 2011, a fim de se poder detectar alguns erros ou limitações e consecutiva validação do instrumento. Com efeito, e após a sua aplicação, constatou-se que não pareciam existir ambiguidades que justificassem o seu aperfeiçoamento.

Apesar do local onde foi aplicado o pré-teste coincidir com o local onde foi desenvolvido o projecto, as utentes inquiridas aquando do pré-teste não foram incluídas na amostra em estudo.

## **2.4 – PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO**

O questionário foi entregue pessoalmente, pela enfermeira gestora do projecto, a trinta e seis (36) grávidas, no momento imediato à consulta médica realizada na US de referência. As grávidas que responderam ao questionário, fizeram-no voluntariamente e foram previamente informadas dos objectivos e da mais-valia que poderia assumir a sua participação no estudo, sendo-lhes garantido que os resultados obtidos seriam confidenciais e anónimos e utilizados exclusivamente para este fim. (anexo I). Os questionários devolvidos foram codificados, através de um número de 1 a 36, sendo assim identificadas as grávidas da amostra, de acordo com a ordem de entrega e preenchimento do respectivo questionário.

## **2.5 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

Os dados obtidos através da aplicação do instrumento de colheita de dados, permitem caracterizar a amostra, sendo que estes são fundamentais para dar início à primeira fase do planeamento em saúde, ou seja, o diagnóstico da situação. Este deve ser suficientemente alargado aos sectores económicos e sociais de modo a permitir identificar os principais problemas de saúde e respectivos factores condicionantes. Ser suficientemente aprofundado para explicar as causas desses problemas; ser fundamentalmente sucinto e claro para ser facilmente lido, entendido e apreendido por todos (população, técnicos e políticos). (Imperatori & Giraldes, 1982)

O diagnóstico deverá constituir o fundamento, a base de sustentação, para todas as actividades desenvolvidas e ser o padrão de comparação no momento da avaliação.

Na amostra em estudo, observa-se que, relativamente à **idade**, 32% das grávidas têm idades compreendidas entre os 30 e os 34 anos, 31% têm idades compreendidas entre os 20 e os 24 anos, 17% têm idade superior ou igual a 35 anos, 17% têm entre 25 e 29 anos e 3% têm idade inferior a 20 anos. Situando-se a média de idades nos

28,33 anos, sendo a moda igual a 23, a mediana igual a 28 e o desvio padrão igual a 5,94.

Em relação à **nacionalidade**, constatou-se que 80% das grávidas tem nacionalidade portuguesa, 8% brasileira, sendo as restantes 12%, distribuídas em partes iguais (3% cada), pelas seguintes nacionalidades: romena, alemã, francesa e holandesa.

Relativamente ao **estado civil**, verificou-se que 52% das grávidas vive em união de facto, 39% são casadas, 6% são divorciadas e 3% solteiras. Sendo que, 94% vive, maritalmente, com o pai da criança.

No que se refere à **composição do agregado familiar**: em 64% dos casos é composto por 2 pessoas, 19% por 3 pessoas e 17% por 4 pessoas. A maioria das grávidas inquiridas (48%) refere que o **rendimento do seu agregado familiar** se situa entre os 485€ e os 1000€, sendo ainda de salientar que 14% apresenta um rendimento inferior ao salário mínimo nacional (485€). Destas, 80% encontram-se desempregadas, das quais 20% com subsídio de desemprego e 60% sem subsídio de desemprego, sendo 20% estudantes. Relativamente à composição do agregado familiar, cujo rendimento é inferior ao salário mínimo, em 40% dos casos é composto por 4 pessoas, outros 40% composto por 2 pessoas e em 20% dos casos composto por 3 pessoas.

A maioria das grávidas (53%) tem casa própria e apenas 25% não tem encargos financeiros com a habitação.

No que se refere à **situação laboral**, é de salientar que 61% das grávidas encontram-se empregadas e 36% desempregadas, das quais 11% com subsídio de desemprego e 25% sem subsídio de desemprego. Relativamente às **habilitações literárias**, a maioria (49%) concluiu o ensino secundário.

No que se refere à **história obstétrica**, em 59% dos casos, trata-se de uma primeira gravidez. Relativamente ao número de filhos, 69% ainda não tem filhos, de onde se pode inferir que, em 10% das grávidas da amostra, ocorreu aborto ou morte do 1º filho.

Quanto ao número de abortos, verifica-se que 28% das grávidas já passaram pela experiência do aborto, das quais 80% teve 1 aborto e 20% já teve 2 abortos. Relativamente ao planeamento da gravidez actual, em 50% dos casos não foi planeada.

Verifica-se que a **gravidez de alto risco** está presente em 17% das inquiridas, destas, 50% estão grávidas pela 3ª vez, sendo que em 33% dos casos se trata da 1ª gravidez. Relativamente à relação entre gravidez de alto risco e abortos anteriores, constata-se que 17% das grávidas já sofreu 2 abortos anteriores. Quando se relaciona gravidez de alto risco com o rendimento do agregado familiar, observa-se que 17% tem um rendimento inferior ao salário mínimo nacional. Quando se correlaciona gravidez de alto risco com a idade da grávida, verifica-se que 67% têm idade superior ou igual a 35 anos e 16% têm idade inferior a 20 anos.

No que se refere ao **local** escolhido para a **vigilância da gravidez**, a maioria das grávidas, 58%, recorre apenas ao centro de saúde, enquanto 19% faz a vigilância no centro de saúde e médico particular. Relativamente ao médico de família, verifica-se que, 14% das inquiridas não tem médico de família.

Quando questionadas sobre a frequência de **aulas de preparação para o parto**, 72% das inquiridas responderam não frequentar aulas, mas 81% dessas desejaria poder frequentar aulas. Das 81% que referiram desejar frequentar aulas de preparação para o parto, 86% gostaria que estas se realizassem no Centro de Saúde. Das 19% que responderam não estar interessadas em realizar aulas de preparação para o parto, 80% já têm filhos.

Relativamente à **Visita Domiciliária**, 78% das grávidas responderam que gostariam de receber a VD da EESMO, apesar de 42% referir não saber do que se trata. Das que se consideram informadas sobre o conteúdo da VD, 81% consideram-na importante.

## **2.6 – ANÁLISE DE DADOS**

Após a análise e interpretação dos dados obtidos através do questionário aplicado, é possível traçar o “**perfil da grávida do Concelho de Tavira**”: trata-se de uma mulher com idade compreendida entre os 30 e os 34 anos, de nacionalidade portuguesa, que vive em união de facto com o pai da criança, cujo agregado familiar é constituído por 2 pessoas e tem um rendimento familiar que se situa entre os 485€ e os 1000€. Tem casa própria e encargos financeiros com a habitação. É profissionalmente activa. Tem habilitações literárias correspondentes ao ensino secundário. Está grávida pela primeira vez. A gravidez não foi planeada. Faz a vigilância da gravidez, apenas, no

Centro de Saúde. Tem médico de família. Não frequenta aulas de preparação para o parto, mas desejaria poder frequentar, no Centro de Saúde. Sabe o que é a VD à puérpera e ao recém-nascido, considera-a importante e gostaria de ser visitada pela EESMO.

### **3 – PROJECTO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA: VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA À PUÉRPERA E AO RECÉM-NASCIDO DO CONCELHO DE TAVIRA**

Este capítulo inicia-se com a exposição dos problemas que emergiram do diagnóstico de situação, já referido anteriormente, que determinou a construção do projecto de intervenção comunitária: visitação domiciliária à puérpera e ao recém-nascido do concelho de Tavira. Seguidamente descreve-se a estrutura do projecto e, por último, apresenta-se a metodologia do projecto, que engloba a definição dos objectivos e indicadores, selecção de estratégias, execução, recursos e estimativas de custos e avaliação. Desta forma, é possível ter a percepção da evolução do projecto, visto que se trata de *“uma actividade que decorre num período de tempo bem delimitado que visa obter um resultado específico”*. (Imperatori & Giraldes, 1982, p.86)

Com base no diagnóstico de situação (Maio 2010) foi possível identificar alguns problemas, na população em estudo, e delinear estratégias de intervenção que se resumem no quadro abaixo:

Quadro nº2 – Problemas identificados e estratégias de intervenção

<b>Problemas</b>	<b>Estratégias de Intervenção</b>
<b>Falta de médico de família</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Implementação de uma consulta médica e de enfermagem específica para atender estas grávidas</li></ul>
<b>Gravidez na adolescência</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reforço das estratégias de intervenção na área da Saúde Escolar</li></ul>
<b>Complicações na grávida com factores de risco</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Encaminhamento hospitalar de grávidas com antecedentes de abortos e gravidezes anteriores com patologia</li></ul>
<b>Falta de acessibilidade a aulas de preparação para o parto</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Divulgação e encaminhamento para o curso de preparação para a parentalidade existente no Centro de Saúde</li></ul>
<b>Ausência de cuidados domiciliários de enfermagem à puérpera e ao recém-nascido</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Implementação do projecto de visitação domiciliária à puérpera e recém-nascido do Concelho de Tavira</li></ul>

Perante os problemas evidenciados e, não sendo possível dar resposta a todos, foram definidas prioridades e seleccionado um dos problemas – ausência da prestação de cuidados domiciliários de enfermagem à puérpera e ao recém-nascido. Na selecção deste problema foram tidas em conta, a sua dimensão, visto que abrange a totalidade das grávidas e recém-nascidos do concelho de Tavira e as orientações da DGS que afirmam ser importante “*desenvolver os meios que possibilitem a **visitação domiciliária**, essencialmente pelo enfermeiro, pois esse é um elemento fundamental da vigilância e da promoção de saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade*” (DGS, 2002, p.6)

### **3.1 – ESTRUTURA DO PROJECTO**

Um projecto de intervenção comunitária deverá ser abrangente e, simultaneamente, específico e concreto, de modo a possibilitar a obtenção dos resultados pretendidos. (Imperatori & Giraldes, 1982).

A estrutura deste projecto de intervenção comunitária apresenta duas partes essenciais: a fase de concepção e a fase de implementação do projecto.

A fase de concepção é da responsabilidade da enfermeira gestora do projecto. A ideia surgiu quando foi realizado o diagnóstico de situação das grávidas do concelho de Tavira, em Maio de 2010, no âmbito do 1º CPLEEC da ESS\_IPB. Já nessa altura emergiu, entre outros, o problema da ausência de cuidados domiciliários de enfermagem à puérpera e ao recém-nascido. No entanto, devido à falta de recursos humanos, inexistência de EESMO e EESIP, no CST não foi possível desenvolver o projecto. Em Outubro de 2010, ainda no âmbito do 1º CPLEEC da ESS\_IPB foi estabelecido um protocolo de articulação com a EESMO da UCC de VRSA de modo a viabilizar a implementação o CPP no CST, que teve início em Dezembro de 2010. No entanto, não foi possível obter a colaboração desta profissional para a realização da VD à puérpera e ao recém-nascido dada a sua indisponibilidade de horário.

Após a realização de novo inquérito às grávidas, em Setembro de 2011, verificou-se que a ausência de cuidados domiciliários se mantém, demonstrando a pertinência e utilidade deste projecto. Actualmente, é possível desenvolver o projecto porque o CST dispõe de uma EESMO, a qual se responsabilizará pela sua execução.

A fase de implementação do projecto, é da exclusiva responsabilidade da EESMO da UCC de Tavira e teve início em Março de 2012.

Este projecto visa abranger a totalidade das puérperas, dos recém-nascidos e respectivas famílias residentes no concelho de Tavira que solicitem a VD ou que sejam sinalizadas pelo hospital ou unidade de saúde. Será dada prioridade a famílias de risco (famílias com fracos recursos económicos, famílias disfuncionais).

## **3.2 – METODOLOGIA DO PROJECTO**

A metodologia do projecto define o rumo a seguir, através da organização e distribuição das tarefas, ao longo do horizonte temporal em que o projecto decorre.

### **3.2.1 – OBJECTIVOS E INDICADORES**

Uma vez elaborado o diagnóstico da situação de saúde das grávidas do concelho de Tavira e definidos os problemas prioritários, é chegado o momento de

proceder à fixação dos objectivos a atingir em relação a cada um desses problemas num determinado período de tempo. Esta é uma etapa fundamental, na medida em que apenas mediante uma correcta e quantificada fixação de objectivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa. (Imperatori & Giraldes, 1982, p.43)

Tendo em conta que um objectivo é *“o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema”* (Imperatori & Giraldes, 1982, p.45), pode-se afirmar que o primeiro passo para a fixação de objectivos consiste na selecção dos indicadores que melhor traduzam a dimensão desse problema. (Imperatori & Giraldes, 1982)

Convém recordar que *“um indicador é sempre uma relação entre uma situação específica (actividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco”*. (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 43)

Existem dois tipos de indicadores (Imperatori & Giraldes, 1982, p.44):

- Indicador de impacto ou resultado que *“pretende medir a alteração verificada num problema de saúde ou a dimensão actual desse problema”*

- Indicador de processo ou de actividade que “pretende medir a actividade desenvolvida pelos serviços de saúde com vista a atingir um ou mais indicadores de resultado”

Assim, definimos os seguintes objectivos e indicadores:

Quadro nº 3 – Objectivos e indicadores

<b>Objectivo</b>	<b>Promover a capacidade parental</b>			
	Fórmula de cálculo	<b>Metas</b>		
		<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
<b>Objectivo</b>	<b>Assegurar a prestação de cuidados domiciliários a todas as puérperas e recém-nascidos, residentes no concelho de Tavira, nos 1<sup>os</sup> 15 dias após o parto</b>			
	Fórmula de cálculo	<b>Metas</b>		
		<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
<b>Indicadores de actividade</b>	<b>Nº de VD realizadas a puérperas nos 1<sup>os</sup> 15 dias após o parto / Nº de VD programadas x 100</b>	60%	65%	70%
	<b>Nº de VD realizadas a recém-nascidos nos 1<sup>os</sup> 15 dias de vida/ Nº de VD programadas x 100</b>	60%	65%	70%
	<b>Nº de DP realizados até ao 6º dia de vida/ Nº total de nascimentos x 100</b>	50%	55%	60%
<b>Objectivo</b>	<b>Prevenir e identificar precocemente situações de risco para a puérpera e recém-nascido</b>			
	Fórmula de cálculo	<b>Metas</b>		
		<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
<b>Indicadores de actividade</b>	<b>Nº de reinternamentos de puérperas/ Nº total de puérperas x 100</b>	85%	90%	95%
	<b>Nº de reinternamentos de recém-nascidos/ Nº total de recém-nascidos x 100</b>	85%	90%	95%

Objectivo	Garantir que todos os recém-nascidos, residentes no concelho de Tavira, realizam a 1ª consulta na unidade de saúde (US) de referência até ao 28º dia de vida	Metas		
		2012	2013	2014
	Fórmula de cálculo			
Indicador de actividade	Nº de 1 <sup>as</sup> consultas efectuadas na US até ao 28º dia de vida/ Nº total de nascimentos x 100	85%	90%	95%

Objectivo	Garantir que todas as puérperas, residentes no concelho de Tavira, realizam a consulta de revisão do puerpério na unidade de saúde (US) de referência	Metas		
		2012	2013	2014
	Fórmula de cálculo			
Indicador de actividade	Nº de consultas de revisão do puerpério efectuadas na US/ Nº total de puérperas x 100	70%	80%	90%

### 3.2.2 – Stakeholders

O sucesso de um projecto depende, em grande medida, do empenho e dedicação dos seus intervenientes, pelo que os profissionais envolvidos no projecto, denominados *stakeholders*, são determinantes na execução do mesmo.

Assim, definiram-se como *stakeholders*: a enfermeira gestora do projecto, a EESMO, os coordenadores e respectivas equipas das várias US do CST, a assistente técnica da UCC e as puérperas residentes no concelho de Tavira. O interesse no projecto e o poder na tomada de decisão, que cada um possui, são factores determinantes para o desenvolvimento do projecto. Sendo de salientar o elevado interesse da maioria dos intervenientes, nomeadamente: a enfermeira gestora do projecto, responsável pela concepção do projecto; a EESMO responsável pela implementação; as puérperas, beneficiárias dos cuidados; as equipas de enfermagem das US, que desempenham um papel importante na divulgação da VD e no encaminhamento das utentes dos seus

ficheiros; a coordenadora da UCC, responsável pela gestão do horário da EESMO e, por último, o órgão de gestão do ACES (conselho clínico), responsável pelo financiamento do projecto, essencial para a viabilização do mesmo.

### **3.2.3 – Seleção de estratégias**

No processo de Planeamento em Saúde, a selecção de estratégias, constitui uma das etapas mais importantes. Define-se como “*o conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objectivo*”. (Imperatori & Giraldes, 1982, p.65)

Tendo em conta a área de intervenção do projecto, foi definida como estratégia globalizante, a Promoção da Saúde, delineando intervenções ao nível da prevenção da doença e da educação para a saúde, com vista a alcançar os objectivos fixados anteriormente.

A Promoção da Saúde consiste no “*processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar*”.(Carta de Ottawa, 1986)

A saúde deve ser encarada como um “*conceito positivo, que acentua os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas*” (Carta de Ottawa, 1986), logo a promoção da saúde não pode ser encarada como uma responsabilidade única e exclusiva do sector da saúde, dado que exige a colaboração dos indivíduos na adopção de estilos de vida saudáveis. A saúde deve ser “*entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida*. (Carta de Ottawa, 1986)

A promoção da saúde “*desenvolve-se através da intervenção concreta e efectiva na comunidade, estabelecendo prioridades, tomando decisões, planeando estratégias e implementando-as com vista a atingir melhor saúde*”. (Carta de Ottawa, 1986)

Um elemento essencial na promoção da saúde é a educação para a saúde que consiste numa intervenção dirigida aos indivíduos, com o intuito de modificar os seus comportamentos, para que estes adquiram e mantenham hábitos saudáveis, que os capacitem para tomar decisões, tendo em vista a melhoria do seu estado de saúde. (Carta de Ottawa, 1986)

Paralelamente a estas estratégias mais abrangentes, foram também empreendidas outras estratégias promotoras da implementação do projecto, tais como:

- Reunião com órgão de gestão do ACES Sotavento, 18/07/2011, para apresentação e validação do projecto
- Reunião com os coordenadores e respectivas equipas das US do CST, 19/07/2011, para apresentação do projecto
- Divulgação do projecto através de folheto elaborado pela gestora do projecto, a partir de 25/07/2011 (anexo III)

### **3.2.4 – Execução do projecto**

Uma vez fixados os objectivos e respectivos indicadores e delineadas as estratégias, surge a fase de execução do projecto que consiste na

especificação detalhada das actividades, a realizar nesta fase do processo de Planeamento, consiste essencialmente em definir mais pormenorizadamente os resultados a obter com o projecto; preparar uma lista das actividades do projecto e precisar como cada uma dessas actividades deve ser executada; determinar detalhadamente as necessidades em recursos ao longo do tempo e estabelecer um calendário detalhado da execução do projecto. (Imperatori & Giraldes, p.116)

A elaboração do plano de actividades permitir congrega de forma sintética todas as tarefas essenciais para a execução do projecto.

Com vista à concepção do projecto de visita domiciliária à puérpera e recém-nascido foram desenvolvidas, pela enfermeira gestora do projecto, as seguintes actividades:

Quadro 4 - Actividades desenvolvidas pela enfermeira gestora do projecto

<b>ACTIVIDADES</b>
• Realização de pesquisa bibliográfica sobre a temática em estudo
• Reunião com o conselho clínico do ACES Sotavento (apresentação e validação do projecto)
• Elaboração de pedido de autorização ao ACES Sotavento (anexo II)
• Elaboração do instrumento de colheita de dados (questionário) e formulário de consentimento informado (anexo I)
• Várias reuniões com EESMO para estruturação do projecto (definição de

**objectivos, critérios de referenciação, de inclusão e de prioridade, estratégias de implementação e divulgação da VD, etc.)**

- **Reunião com os coordenadores das unidades de saúde do CST (apresentação do projecto)**
- **Elaboração de folheto de divulgação da VD (anexo III)**
- **Elaboração de formulário de referenciação para a VD (anexo IV)**
- **Elaboração de guião para registo de dados da VD (anexo V)**
- **Reunião com os profissionais (médicos e enfermeiros) de cada uma das unidades de saúde (apresentação do projecto e pedido de colaboração na divulgação – distribuição do folheto – e encaminhamento das puérperas interessadas, através de formulário específico criado para o efeito)**

A implementação do projecto de visita domiciliária à puérpera e ao recém-nascido, teve início em Março de 2012 e é da exclusiva responsabilidade da EESMO, dadas as suas competências especializadas para o exercício da função. Inclui as seguintes actividades:

Quadro nº 5 - Actividades desenvolvidas pela EESMO

<b>ACTIVIDADES</b>
• <b>Gestão do caso, desde o momento da alta hospitalar, comunicada através da notícia de nascimento enviada pelo hospital onde ocorreu o parto, até aos cuidados prestados em ambulatório pela equipa da US de referência</b>
• <b>Contacto pré-natal e/ou anterior à visita com a família (contacto telefónico)</b>
• <b>Articulação de cuidados com a equipa da US de referência e/ou enfermeiro do hospital</b>
• <b>VD a cada puérpera e recém-nascido, realizada nos primeiros 15 dias após a alta (se possível, durante a primeira semana)</b>
• <b>Avaliação e intervenção de enfermagem especializada em cuidados materno-infantis</b>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Utilização de um instrumento de registos (formulário de registo da VD (anexo...) e SAPE</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Monitorização contínua de variáveis qualitativas, tais como estado de saúde, complicações, taxas de reinternamento hospitalar da puérpera e do recém-nascido</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Promoção da parentalidade reforçando positivamente as competências já adquiridas</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ensino aos pais sobre os cuidados a prestar ao recém-nascido promovendo a aquisição de competências parentais</b></li> </ul>

De forma a facilitar a organização das actividades anteriormente descritas foi elaborado um cronograma de actividades (anexo VI)

Os cronogramas de actividades são gráficos bidimensionais que relacionam o horizonte temporal em que decorre o projecto com as actividades que o integram. Permitem *“visualizar conjuntamente as diferentes tarefas ou actividades que integram o projecto, informando-nos na fase preparativa, da acumulação ou distribuição de tarefas em determinados períodos, e durante a execução, do atraso e do avanço existente na realização”* (Imperatori & Giraldes, 1982, p.121)

### **3.2.5 – Recursos e estimativa de custos**

Os recursos são a pedra basilar de qualquer projecto. É essencial determinar o tipo de recursos necessários (humanos, materiais, financeiros) e qual a quantidade de necessária para a realização das actividades preconizadas, com vista à execução do projecto. (Miguel, 2006)

Os recursos, apresentados a seguir, são aqueles que se consideraram imprescindíveis para a consecução do projecto de intervenção comunitária: visita domiciliária à puérpera e ao recém-nascido do concelho de Tavira.

Quadro nº6 - Recursos humanos e materiais

RECURSOS	
HUMANOS	MATERIAIS
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 1 <b>EEECSP</b> (gestora do projecto)</li> <li>✓ 1 <b>EESMO</b></li> <li>✓ 1 <b>Assistente técnica</b> (recolha e envio dos formulários de referência para a VD)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Viatura (para deslocação ao domicílio das puérperas)</li> <li>• Computador (elaboração de folhetos e formulários e registos no aplicativo informático SAPE)</li> <li>• Impressora (impressão de folhetos e formulários)</li> <li>• Fotocopiadora (reprodução de folhetos e formulários)</li> <li>• Folhetos (divulgação da VD)</li> <li>• Formulários (registos efectuados no domicílio)</li> <li>• Material necessário para realização do diagnóstico precoce</li> <li>• Bomba para extracção de leite materno</li> </ul>

Após reunião da enfermeira gestora do projecto com o conselho clínico do ACES Sotavento, apresentação e validação do projecto, realizada a 18/07/2011, ficou acordado que o ACES Sotavento, suportaria a totalidade dos encargos financeiros inerentes à execução deste projecto, sendo de salientar que todos os recursos materiais já se encontravam disponíveis, à excepção dos folhetos de divulgação e formulários de referência que foram produzidos pela enfermeira gestora do projecto, especificamente para este fim.

Foi elaborada uma esta estimativa de custos (quadro nº 7), considerando os valores de referência, em vigor no ACES, relativamente aos valores inerentes à deslocação por automóvel (quilómetro=0,36€), ao salário da EESMO (7,92€/H) e ao salário da assistente técnica (6,46€/h), sendo de referir que a EESMO dedica 40 horas e a assistente técnica 10 horas, do respectivo horário mensal, a este projecto.

Quadro nº 7 - Estimativa de custos

<b>ESTIMATIVA DE CUSTOS</b>			
<b>Custos directos</b>		<b>Mês</b>	<b>Ano</b>
<b>Deslocações (km x valor km)</b>		108€	1296€
<b>Custos indirectos</b>		<b>Mês</b>	<b>Ano</b>
<b>Encargos salariais</b>	EESMO (horas x valor hora)	316€	3801,60€
	Assistente Técnica (horas x valor hora)	51,68€	620,16€
<b>Consumíveis (papel, tinteiros, compressas, lancetas, álcool, pensos rápidos, desinfectante, luvas)</b>		100€	1200€
<b>Despesas de funcionamento (electricidade, água, manutenção da viatura)</b>		200€	2400€
		<b>Mês</b>	<b>Ano</b>
<b>TOTAL</b>		<b>775,68€</b>	<b>9308,16€</b>

Convém salientar que a maioria dos custos (86%) imputados ao projecto, são custos indirectos.

### **3.2.6 – Avaliação do projecto**

A avaliação constitui a etapa final do planeamento em saúde. Consiste no “estabelecimento de standards, comparação com execuções esperadas e adopção de medidas correctivas”. (Imperatori & Giraldes, 1982, p.127). A sua finalidade consiste na melhoria dos programas ou projectos e na orientação e distribuição de recursos, com base em informações pertinentes e de fácil acesso, obtidas através da experiência, integradas em processos formais como o planeamento e os sistemas de informação. Não deverá servir apenas para justificar as actividades já realizadas ou para identificar carências. (Imperatori & Giraldes, 1982)

Avaliar é, na sua essência, comparar algo com um padrão ou modelo, em que deverá estar, sempre, implícita a finalidade operativa, que é corrigir. Desta forma os progressos obtidos com a realização das actividades, serão comparados simultaneamente com a situação inicial e com os objectivos e metas traçados anteriormente.

Em 2007 a Ordem dos Enfermeiros, criou o Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem (RMDE) Nacional, cuja estrutura encerra um conjunto de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

O RMDE consiste “(...)o conjunto mínimo de itens de informação referente a dimensões específicas da enfermagem, com categorias e definições uniformes, que vai ao encontro das necessidades de informação dos múltiplos utilizadores dos dados no sistema de saúde” (Werley, Devine, Zorn, Ryan & Westra, 1991, p.421)

O RMDE Nacional permitiu a definição de um vasto leque de indicadores “concebidos como marcadores específicos do estado da saúde das populações, capazes de traduzir o contributo singular do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde da população”. (Ordem dos Enfermeiros, 2007, p.2)

O RMDE estabeleceu um core de focos e de indicadores, para uso nos centros de saúde, de acordo com as seguintes áreas de intervenção: planeamento familiar; saúde materna e reprodutiva; saúde infanto-juvenil; saúde do adulto e idosos/dependentes. (Ordem dos Enfermeiros, 2007)

No que se refere à saúde materna e reprodutiva e infanto-juvenil destacamos o foco Parentalidade, para o qual foram definidos diagnósticos, indicadores e a periodicidade para a respectiva avaliação. Sendo a finalidade deste projecto promover a parentalidade, será com base neste foco e respectivos indicadores que se procederá à avaliação do projecto.

Quadro nº 8 - Avaliação do projecto

<b>Foco principal</b>	<b>Diagnósticos</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Fórmula de cálculo</b>	<b>Periodicidade</b>
<b>Parentalidade</b>	<b>Potencial para o desenvolvimento da capacidade parental</b>	<b>Modificação positiva no estágio do diagnóstico</b>	<b>Nº de utentes com ganhos de capacidades / Nº de utentes com potencial x 100</b>	<b>Anual</b>

	<b>Parentalidade comprometida</b>	<b>Taxa de prevalência</b>	<b>Nº de utentes com parentalidade comprometida / Nº total de utentes x 100</b>	<b>Semestral</b>
--	-----------------------------------	----------------------------	---	------------------

A avaliação deste projecto enquadra-se numa *“política de promoção e melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, com um forte enfoque nos resultados, indo ao encontro daquilo que é adoptado pelas diferentes organizações internacionais, ocupadas com a problemática da qualidade em saúde”*.(Ordem dos Enfermeiros, 2007, p.2)

#### **4 – LIMITAÇÕES**

As limitações prendem-se com os obstáculos que surgiram no decurso das diferentes etapas de elaboração do projecto e, perante os quais, a gestora do projecto teve de agir de modo a encontrar alternativas que permitissem a sua viabilização.

A primeira dificuldade encontrada foi a falta de actualização nos registos de enfermagem relativamente à vigilância da gravidez, ou seja, de acordo com os registos encontrados no aplicativo informático SAPE, muitas mulheres cujo parto já ocorreu há vários meses, ainda constam como estando grávidas. Este facto obrigou a encontrar uma fonte fidedigna, alternativa, para determinar o número de grávidas. Estes dados foram obtidos recorrendo às agendas médicas.

Outra dificuldade residiu no facto de muitas utentes terem os contactos (telefone e morada) desactualizados, o que dificultou o acesso para a realização do questionário, tendo-se optado por aproveitar o dia em que estas se deslocaram à US para a consulta médica de vigilância da gravidez.

Outro dos obstáculos encontrados foi a falta de viatura disponível para a EESMO se deslocar ao domicílio das utentes. Foi sugerido ao órgão de gestão, pela enfermeira gestora do projecto, que a EESMO utilizasse as viaturas ao serviço da ECCL e ECSCP, sempre que estas se encontrassem disponíveis; sugestão que foi aceite de imediato pelo órgão de gestão. Ficou ainda acordado que, em caso de necessidade absoluta de realizar uma VD, não havendo qualquer viatura disponível, a EESMO deslocar-se-ia na sua própria viatura e ser-lhe-iam pagos os quilómetros percorridos.

No entanto, a maior de todas as limitações, centrou-se no factor tempo, dado que todos os trabalhos que têm definido um horizonte temporal para sua execução, implicam a determinação de limites, de modo a cumprir os prazos estipulados. O presente trabalho não é excepção, acabando o factor tempo por condicionar algumas etapas do projecto. Apesar de já ter sido implementado, em Março de 2012, ainda não é possível proceder à sua avaliação.

De qualquer forma, convém salientar que as limitações devem ser encaradas como oportunidades de corrigir e melhorar o trabalho realizado e constituir o ponto de partida para futuros projectos.

## **5 – QUESTÕES ÉTICAS**

Antes de se proceder à recolha de dados, foram tidas em consideração as questões éticas, sendo garantida a confidencialidade da informação e o respeito pelos utentes. Foi efectuado pedido de autorização ao órgão de gestão do ACES Sotavento (anexo II) que foi concedido.

As grávidas que integraram a amostra foram informadas sobre os objectivos do estudo, sendo garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, para que a sua colaboração fosse voluntária e pudessem dar o seu consentimento de forma livre e esclarecida.

A assinatura desse documento foi precedida das explicações inerentes à natureza e objectivos do estudo, assim como das informações essenciais à compreensão do mesmo (anexo II)

## **6 – IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA**

Os trabalhos de projecto pela sua dinâmica e carácter prático, centrados em problemas reais, produzem implicações para a prática no domínio a se reportam. Por conseguinte serão apresentadas as mais-valias deste projecto de intervenção comunitária para a prática da enfermagem e para a melhoria do bem-estar da população-alvo destes cuidados. Pretende-se que a implementação deste projecto constitua o ponto de partida para futuras investigações, que promovam a aquisição de competências parentais com vista ao exercício pleno da parentalidade, traduzindo a médio e longo prazo, ganhos em saúde.

A investigação em enfermagem é fundamental, na medida em que promove o desenvolvimento da profissão e contribui para a prestação de cuidados seguros. Pode ser definida como *“um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2006, p.1)

A metodologia de projecto, enquadrada na investigação em enfermagem, aporta importantes contributos para o desenvolvimento da profissão, permitindo a expansão do conhecimento e contribuindo para dar visibilidade e reconhecimento aos cuidados de enfermagem, através dos resultados obtidos.

Este projecto tem como finalidade promover a parentalidade, contribuindo assim para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida das puérperas, recém-nascidos e respectivas famílias. Está em consonância com as orientações da DGS que recomendam a VD à puérpera e ao recém-nascido, nos primeiros dias após a alta hospitalar (DGS, 2002). Contudo a pesquisa bibliográfica demonstrou que não é uma prática universal no nosso país e nem sequer existem directrizes nacionais para sua implementação.

Após o terminus deste projecto e depois de realizada a avaliação, considera-se importante analisar a pertinência de ser replicado noutras unidades de saúde do ACES Sotavento, com vista a abranger todas as grávidas, recém-nascidos e respectivas famílias da área geodemográfica do ACES Sotavento.

Gostaríamos ainda de deixar algumas sugestões decorrentes dos obstáculos que encontramos no decurso do projecto, tendo como finalidade melhorar a assistência prestada aos utentes. No que se refere à lacuna que encontramos nos registos de enfermagem, sugere-se a necessidade de actualização dos dados pelos utilizadores do aplicativo informático SAPE, nomeadamente pelos enfermeiros. Todavia, face ao elevado número de contactos de telefone que encontramos desactualizados (forma privilegiada de contacto com as puérperas) consideramos importante que as assistentes técnicas aproveitem a presença das utentes nas US para confirmarem se os contactos (morada e telefone) se encontram actualizados e em caso negativo procedam à respectiva actualização.

## **7 – CONCLUSÃO**

Os cuidados domiciliários pós-parto representam uma evolução natural na reestruturação dos cuidados materno-infantis. Existem orientações da DGS, de âmbito nacional, no sentido de todas as mulheres receberem cuidados pré-natais de modo a facilitar as actividades de promoção de saúde e identificar complicações. A maioria das mulheres tem, realmente, uma gravidez e parto saudáveis (ACS, 2009). Deveriam existir orientações similares no que se refere ao período de recuperação do pós-parto, que se prolonga para além da duração do internamento hospitalar de 48 ou 96 horas.

A avaliação abrangente efectuada por um profissional de enfermagem, durante este período, não só ajudaria a gerir a recuperação no pós-parto e os riscos associados, como também iria ao encontro das necessidades educacionais das famílias.

Os cuidados domiciliários pós-parto devem constituir-se como um dos pilares dos cuidados materno-infantis, garantindo a segurança e o bem-estar das mães, recém-nascidos e famílias e, a longo prazo, promoverão uma sociedade mais saudável, traduzindo ganhos em saúde.

Consideramos que a implementação deste projecto, cuja principal finalidade é promover a parentalidade, através da prestação de cuidados domiciliários, colmatando uma lacuna importante no apoio comunitário, será uma mais-valia para os utilizadores (puérpera/recém-nascido/família) e acreditamos que contribuirá para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, reflectindo-se positivamente na qualidade de vida da população abrangida.

## **7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 📖 Alto Comissariado da Saúde. (2009). *Estratégias de Saúde em Portugal – O Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Lisboa
- 📖 Alto Comissariado da Saúde. (2009). *O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 – Avaliação de Indicadores*. Lisboa
- 📖 Bang, A. et al. (1999). Effect of home-based neonatal care and management of sepsis on neonatal mortality: field trial in rural India. *Lancet*, 354 (9194), 1955-61. Recuperado em: 2011, Outubro 15. Disponível em: <http://www.searchgadchiroli.org/Research%20Paper/lancet%20field%20trial.pdf>
- 📖 Baqui A. et al. ; Projahnmo Study Group. (2008) Effect of community-based newborn-care intervention package implemented through two service-delivery strategies in Sylhet district, Bangladesh: a cluster randomized controlled trial. *Lancet*, 371 (9628), 1936-44. Recuperado em 2011, Outubro 15. Disponível em: [http://www.lancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(08\)60835-1/abstract](http://www.lancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(08)60835-1/abstract)
- 📖 Bobak, I. (1999). *Enfermagem na maternidade*. Loures: Lusociência.
- 📖 Bhutta, Z.A. et al. (2008). Implementing community-based perinatal care: results from a pilot study in rural Pakistan. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(6), 452-9. Recuperado em 2011, Outubro 15. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/6/07-045849/en/index.html>
- 📖 Canavarro, M. (2001). Gravidez e maternidade. Representações e tarefas de desenvolvimento. In M. Canavarro (org.), *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto, pp. 17-49.
- 📖 Carta de Ottawa (1986). *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Canadá: Ottawa. Recuperado em 2011, Novembro 11. Disponível em: <http://www.ptacs.pt/Document/Carta%20de%20Otawa.pdf>
- 📖 Daro D. (2010). Programas de visita domiciliar pré e pós-natal e seu impacto sobre o desenvolvimento psicossocial de crianças pequenas (0-5): Comentários sobre Olds, Kitzman, Zercher e Spiker. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância [on-line]*. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development. Recuperado em 2011, Novembro 10. Disponível em: <http://www.encyclopedia-crianca.com/documents/DaroPRTxp1.pdf>.
- 📖 Ferrito, C. (2010). Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. *Percurso – publicação da área disciplinar de enfermagem*, 5 (Janeiro-Março), 37p.

recuperado em 2011, Junho 2. Disponível em:

[http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)

- 📖 Figueiredo, B. (2001). *Mães e bebés*. L Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- 📖 Fuente, A. & U Usandizaga, M. (1997). *Tratado de obstetrícia e ginecologia*. Volume I e II. Rio de Janeiro: McGrawHill.
- 📖 Graça, L. (1999). *Chegou a cegonha...e agora? – estudo experimental sobre dificuldades de primíparas na prestação de cuidados ao recém nascido*. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Tese de mestrado.
- 📖 Graça, L. (2010). *Contributos da intervenção de enfermagem na promoção da transição para a maternidade e do aleitamento materno – estudo quasi-experimental*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Tese de Doutoramento.
- 📖 Graça, L. (coord.) (2000). *Medicina materno fetal*. Lisboa: Lidel.
- 📖 Imperatori, E.; Giraldes, M.R. (1982). *Metodologia do planeamento de saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- 📖 INE (2012) Censos 2011 (Resultados pré-definitivos). Recuperado em 2012, Fevereiro 15. Disponível em: [http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011\\_apresentacao](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao)
- 📖 INE (2006) Estatísticas da Saúde. Lisboa: INE
- 📖 INE (2008) Estatísticas da Saúde. Lisboa: INE
- 📖 INE (2006) Estatísticas Demográficas. Lisboa: INE
- 📖 INE (2008) Estatísticas Demográficas. Lisboa: INE
- 📖 Kitzinger, S. (1978). *Mães*. Lisboa: Editorial Presença.
- 📖 Klaus, M; Kennell, J. (2000). The doula: an essential ingredient of childbirth rediscovered. *Acta Paediatrica*. 86(10), pp 1034-1036.
- 📖 Kumar, V. Et al; Saksshram Study Group. (2008). Effect of community-based behaviour change management on neonatal mortality in Shivgarh, Uttar Pradesh, India: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*, 372(9644), 1151-62. Recuperado em: 2011, Outubro 15. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18926277>
- 📖 Law, J.; Cousens, S.; Zupan, J. (2005). 4 million neonatal deaths: when? Where? Why? *Lancet*, 365, 891-900. Recuperado em: 2011, Outubro, 15. Disponível em: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/pdfs/lancet\\_neonatal\\_survival\\_paper1.pdf](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/lancet_neonatal_survival_paper1.pdf)

- 📖 Leite, E.; Malpique, S. (2001). *Trabalho de projecto: aprender por projectos centrados em problemas*. 4ª ed. Porto: Edições Afrontamento.
- 📖 Loveland- Cherry, C. (1999). *Risco de saúde familiar*. In Stanhope & Lencaster (Ed) - *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, famílias e indivíduos*, 4ª ed. Lisboa: Lusociência. p.520-542.
- 📖 McNaughton, D. (2000). A Synthesis of qualitative home visiting research. *Public Health Nursing*. 17(6), pp 405-414.
- 📖 Miguel, A. (2006). *Gestão moderna de Projectos: Melhores Técnicas e Práticas*. 2ª ed. Lousã: FCA
- 📖 Ministério dos Negócios Estrangeiros (2004). *Objectivos de desenvolvimento do milénio – relatório de Portugal*. Lisboa. Direcção de Serviços de Planeamento Financeiro e Programação. Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento.
- 📖 Ministério da Saúde (2004a). *Plano nacional de saúde 2004/2010. Prioridades*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- 📖 Ministério da Saúde (2004b). *Plano nacional de saúde 2004/2010. Orientações estratégicas*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- 📖 Monteiro, R. (2004). *O que dizem as mães*. Lisboa: ISC.
- 📖 Nogueira, M. J. C.; Serpa da Fonseca, R. M. G. (1977). A visita domiciliária como método de assistência de enfermagem à família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 11(1), pp 28-50.
- 📖 Olds, D. et al. (2007) Effect of nurse home visiting on maternal and child functioning: age-9 follow-up of a randomized trial. *Pediatrics*, 120(4), pp 832-845.
- 📖 Olds, S.; London, M.; Ladewig, P.(1987). *Enfermeria materno-infantil: un concepto integral familiar*. 2ª ed. México: Interamericana.
- 📖 OMS (2002). *Saúde 21 — Saúde para todos no século XXI*. Loures: Lusociência.
- 📖 OMS (2008). *Relatório de Cuidados de saúde primários*. Recuperado em: 2011, Novembro 25. Disponível em: [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_pr.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf)
- 📖 OMS/UNICEF (2009). *Visitas domiciliarias al recién nacido: una estrategia para aumentar la supervivencia*. Ginebra.
- 📖 ONU. (2000). *Declaração do Milénio*. Recuperado em: 2011, Setembro 14. Disponível em: <http://www.unric.org/html/portuguese/uninfo/DecdoMil.pdf>
- 📖 ONU. (2011). *Relatório ODM 2011*. Recuperado em: 2012, Janeiro 7. Disponível em: 2011 [http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2011/11-31339%20\(E\)%20MDG%20Report%202011\\_Book%20LR.pdf](http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2011/11-31339%20(E)%20MDG%20Report%202011_Book%20LR.pdf)

- 📖 Ordem dos Enfermeiros (2011). *Competências dos enfermeiros especialistas em saúde familiar, saúde infantil e pediátrica e saúde materna e obstétrica para o exercício da visita domiciliária à puérpera e ao recém-nascido*. Parecer nº 12/2011.
- 📖 Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*. Recuperado em 2012, Março 26. Disponível em: <http://www.esencvpoa.eu/wp-content/uploads/2012/03/RMDE.pdf>
- 📖 Ordem dos Enfermeiros. Conselho Directivo. (2001). *Investigação em Enfermagem: Tomada de posição*. Recuperado em 2012, Março 26. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf)
- 📖 Portugal. Direcção Geral da Saúde. (2009). *Natalidade, Mortalidade Infantil, Fetal e Perinatal 2004-2008*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. Divisão de estatísticas da saúde.
- 📖 Portugal. Direcção Geral da Saúde. (2002). *Saúde infantil e juvenil – programa tipo de avaliação*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- 📖 Portugal. Ordem dos Enfermeiros (2011, Fevereiro 18). Regulamento nº 128/2011, de 18 de Fevereiro. Regulamento das competências Específicas Do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República, 2ª série (35), 8667-8669.
- 📖 Portugal, Ministério da Saúde (2000, Maio 4). Decreto-Lei nº 70/2000, de 4 de Maio. Diário da República, 1ª série A (103), 1825-1831.
- 📖 Portugal, Ministério da Saúde (2009, Abril 16). Despacho nº 10143/2009, de 16 de Abril. Diário da República, 2ª série (74), 15438-15440.
- 📖 Portugal, Assembleia da República (2010, Julho 19). Resolução da Assembleia da República nº71/2010, de 19 de Julho. Diário da República, 1ª série (138), 2685.
- 📖 Pedro, J. C. G. (1985). *A relação mãe-filho. Influência do contacto precoce no comportamento da díade*. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda.
- 📖 Redman, B. (2003). *A prática de educação para a saúde*. Loures: Lusociência.
- 📖 Relvas, I. (2001). Uma abordagem familiar da gravidez e da maternidade. Perspectiva sistémica. In M. Canavarro (coord.), *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto, pp. 105-132.
- 📖 Sousa, A. (1990). *A visita domiciliária – texto de apoio 7 – manter a criança saudável*. Lisboa: DGCSP.
- 📖 Spock, B.; Rothenberg, M. (1997). *Meu filho, meu tesouro*. 5ª ed. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- 📖 Stern, D. (2000). *Nascimento de uma mãe*. Porto: Âmbar.

- 📖 Stanhope, L. (1999). *Enfermagem comunitária*. Loures: Lusociência.
- 📖 Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde. Departamento de recursos humanos da saúde. Centro de formação e aperfeiçoamento profissional.
- 📖 UNICEF. (2009) . *Situação Mundial da infância 2009*. Recuperado em 2011, Novembro 3. Disponível em:[http://www.unicef.pt/docs/situacao\\_mundial\\_da\\_infancia\\_2009.pdf](http://www.unicef.pt/docs/situacao_mundial_da_infancia_2009.pdf)
- 📖 Werley, H.H, Devine, E.C., Zorn, C.R., Ryan, P. & Westra, B.L. (1991). The Nursing Minimum Data Set: Abstraction Tool for Standardized, Comparable, Essential Data. *American Journal of Public Health*, 81 (4), p. 421-426. Recuperado em 2011, Novembro 24. Disponível em:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1405031/pdf/amjph00204-0023.pdf>

## **ANEXOS**

Anexo I – Instrumento de colheita de dados e formulário de consentimento informado

Anexo II – Pedido de autorização ao ACES Sotavento

Anexo III – Folheto de divulgação da VD

Anexo IV – Formulário de referênciação da VD

Anexo V – Guião de registo de dados da VD

## Anexo VI – Cronograma de actividades