



UNIVERSIDADE
DE ÉVORA



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



Instituto
Politécnico
Portalegre



IPS
Instituto
Politécnico de Setúbal



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

- CONSULTA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO

NA 1.ª SEMANA DE VIDA,

NO DOMICÍLIO -

Paula Cristina Jeremias Curado

Orientação: Professora Doutora Ana Paula Pires Rodrigues Belo

Mestrado em Associação

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Évora, 2018



UNIVERSIDADE
DE ÉVORA



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



Instituto
Politécnico
Portalegre



IPS
Instituto
Politécnico de Setúbal



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

- CONSULTA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO

NA 1.ª SEMANA DE VIDA,

NO DOMICÍLIO -

Paula Cristina Jeremias Curado

Orientação: Professora Doutora Ana Paula Pires Rodrigues Belo

Mestrado em Associação

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Évora, 2018

“É coisa preciosa, a saúde, e a única, em verdade, que merece que em sua procura empreguemos não apenas o tempo, o suor, a pena, os bens, mas até a própria vida...”

Michel de Montaigne

AGRADECIMENTOS

Chegou a hora de refletir e embora este trabalho acadêmico seja de cariz individual, ele é fruto de alguma maneira do investimento pessoal que muitos amigos, colegas e familiares, fizeram na minha pessoa. A todos o meu **MUITO OBRIGADO** e dado a limitação do espaço vou apenas citar alguns dos **elementos chave** nesta minha longa e árdua caminhada. Para as seguintes pessoas além do meu agradecimento fica também um sentimento de admiração por fazerem parte da minha vida ou de alguma etapa desta existência:

- À **Professora Doutora Ana Paula Belo** pela orientação, apoio e disponibilidade;
- À amiga **Ermelinda** por todo o amparo e encorajamento que não me deixou desistir;
- Aos meus **filhos** por aguentarem a minha ausência e o sacrifício a que nos submeti enquanto família;
- Ao meu **marido** por a paciência infindável e por acreditar sempre em mim;
- À minha **mãe** por compreender os momentos, dias e meses difíceis e por apoiar incondicionalmente as minhas decisões;
- Ao meu **pai** que apesar de já não estar presente fisicamente... continua sempre presente na pessoa que sou;
- À prima **Antonieta**, por estar sempre disponível;
- À **São** por todo o estímulo e dedicação;
- À minha colega de especialidade, **Cármem** com quem partilhei todos os momentos cruciais desta jornada;
- Às minhas colegas do serviço, **Cláudia** e **Ana** por me suportarem nas dificuldades e ajudarem a ultrapassar os diversos obstáculos, além de tolerarem o meu mau humor;
- Ao colega **Celso** por aceitar acompanhar-me durante este trajeto;
- Por fim, ao meu colega e amigo **Luís** que influenciou, validou e suportou todo o percurso mesmo pondo em causa valores pessoais e profissionais. O que outrora começou menos bem, acabou por impulsionar este sonho..." embora me sáisse do pêlo".

RESUMO

Com a precoce alta hospitalar pós-parto, a observação das inseguranças dos pais na prestação de cuidados ao recém-nascido tornou-se mais evidente, levando-nos a identificar uma lacuna. **Objetivo:** Implementar a Consulta de Enfermagem ao Recém-Nascido na Primeira Semana de Vida, no Domicílio. **Metodologia:** Foi utilizado o Planeamento em Saúde, recorrendo ao questionário de avaliação da perceção de médicos e enfermeiros. **Resultados:** Confirmou-se a pertinência desta consulta projetada para o domicílio, visto ser na chegada a casa que os pais se deparam com uma realidade não idealizada. **Conclusão:** A intervenção local vem aumentar a acessibilidade da comunidade aos Cuidados de Saúde Primários e garantir a igualdade de oportunidades. Readaptar políticas torna-se numa estratégia de ganhos em saúde. Assim, capacitar os pais na prestação de cuidados ao recém-nascido é uma forma de dar continuidade aos mesmos após a alta-hospitalar, promovendo a saúde de quem deles depende.

Descritores: Recém-Nascido; Domicílio; Consulta de Enfermagem.

Nursing Consultation for the Newborn in the First Week of Life, at Home

ABSTRACT

With the precocious postpartum hospital discharge, the observation of parental insecurities in the delivery of care to the newborn has become more evident, leading us to identify a gap. **Objective:** To implement Nursing Consultation for the Newborn in the First Week of Life, at Home. **Methodology:** Health planning was used, applying a questionnaire to evaluate the perception of doctors and nurses. **Results:** The relevance of this home consultation was confirmed, since it is on the arrival at home that parents face a new reality, often not idealized. **Conclusion:** Local intervention increases the accessibility of the community to Primary Health Care and guarantees equal opportunities. Readjusting policies becomes a strategy for health gains. Thus, enabling parents to provide this type of care is a way of giving continuity to the newborn care after hospital discharge, promoting the health of those who depend on them.

Keywords: Newborn; Home; Nursing Consultation

ÍNDICE GERAL

1 - INTRODUÇÃO	15
2 - ANÁLISE DO CONTEXTO	18
2.1 - Caracterização do Ambiente de Realização do Estágio Final.....	18
2.2 - Descrição e Fundamentação do Processo de Aquisição de Competências	24
3 - ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES	27
3.1 - Caracterização Geral da População/Utentes	27
3.2 - Cuidados e Necessidades Específicas da População Alvo	42
3.3 - Estudos sobre Programas de Intervenção com a População Alvo	44
3.3.1 - Transição para a parentalidade	44
3.3.2 - Visita domiciliária de enfermagem, ao RN	46
3.4 - Recrutamento da População Alvo.....	47
4 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS	48
5 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES	50
5.1 - Metodologia	52
5.1.1 - Instrumentos de recolha de dados	52
5.1.2 - Questões éticas	54
5.2 - Fundamentação das Intervenções	55
5.3 - Análise sobre as Estratégias Acionadas.....	68
5.4 - Recursos Humanos e Materiais Envolvidos.....	69
5.5 - Contatos Desenvolvidos e Entidades Envolvidas	70
5.6 - Análise da Estratégia Orçamental	70
5.7 - Cumprimento do Cronograma	71
6 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO	73
6.1 - Avaliação dos Objetivos	73
6.2 - Avaliação da Implementação do Programa	75
6.3 - Descrição dos Momentos de Avaliação e Medidas Corretivas Introduzidas	76
7 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS	77
8- CONCLUSÃO	80

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
ANEXOS	91
Anexo I - Avaliação da Percepção dos Médicos e Enfermeiros do CS.....	XCII
Anexo II - Autorização para Aplicação do Instrumento de Colheita de Dados	XCVI
Anexo III - Matriz <i>SWOT</i>	XCVIII
Anexo IV - Autorização da Comissão de Ética da UE.....	C
APÊNDICES.....	102
Apêndice 1 - Questionário à Mãe.....	CIII
Apêndice 2 - Guia de Orientação para a Consulta	CV
Apêndice 3 - Consentimento Informado.....	CIX
Apêndice 4 - Autorização do Coordenador da UCSP.....	CXI
Apêndice 5 - Panfleto da Consulta	CXIII
Apêndice 6 - Artigo Científico.....	CXVI
Apêndice 7 - Livro sobre os Cuidados ao RN	CXXXVI
Apêndice 8 - Sessões de Educação para a Saúde	CLVI
Apêndice 9 - Protocolo da Consulta	CLX
Apêndice 10 - Lista das Grávidas	CLXIII

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Mapa do ACES Alentejo Central	19
Figura 2: Organograma ACES Alentejo Central	20
Figura 3: Carta de rede viária do concelho	21
Figura 4: Densidade populacional do concelho	29
Figura 5: Índice de envelhecimento por freguesia do concelho	34
Figura 6: Esquema do Modelo <i>Precede-Proceed</i>	51

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Caracterização da população inscrita na UCSP	22
Gráfico 2: População residente em Portugal.....	28
Gráfico 3: População residente por freguesias do concelho	28
Gráfico 4: Variação populacional do concelho	30
Gráfico 5: Taxa de variação dos residentes por freguesias do concelho	31
Gráfico 6: Taxa de variação da população residente.....	31
Gráfico 7: Índice de envelhecimento de Portugal, a nível regional.....	32
Gráfico 8: Índice de envelhecimento do ACES Alentejo Central.....	33
Gráfico 9: Taxa de desemprego.....	35
Gráfico 10: Taxa de desemprego por freguesias do concelho	35
Gráfico 11: N.º população ativa por freguesias do concelho	36
Gráfico 12: Taxa de fecundidade em Portugal.....	37
Gráfico 13: N.º partos.....	38
Gráfico 14: N.º partos no ACES Alentejo Central.....	38
Gráfico 15: Idade média das mulheres ao nascimento de um filho.....	39
Gráfico 16: Taxa de natalidade.....	39
Gráfico 17: Taxa bruta de natalidade do ACES Alentejo Central.....	40
Gráfico 18: N.º de nados-vivos.....	41
Gráfico 19: N.º de nados-vivos no ACES Alentejo Central.....	41

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Nível de escolaridade por freguesias do concelho	37
Quadro 2: N.º de nados-vivos no concelho	42

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Atividades de enfermagem da UCSP	24
Tabela 2: Caracterização dos profissionais inquiridos no CS	56
Tabela 3: Pertinência da consulta	57
Tabela 4: Existência e adequação dos recursos	58
Tabela 5: Operacionalização do projeto	60
Tabela 6: Caracterização dos recém-nascidos	63
Tabela 7: Caracterização das gestantes.....	64
Tabela 8: Caracterização dos pais dos recém-nascidos	65
Tabela 9: Orçamento do projeto.....	71
Tabela 10: Cronograma	72

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde
ARSA - Administração Regional de Saúde do Alentejo
CS - Centro de Saúde
CSP - Cuidados de Saúde Primários
DGS - Direção Geral de Saúde
Dr. - Doutor
ECSP - Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública
Enfº - Enfermeiro
EPS – Educação para a saúde
ER – Enfermagem de Reabilitação
ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
Esp. - Especialista
F – Feminino
H – Hospital
Hab. - Habilitações
HESE – Hospital do Espírito Santo de Évora
HTA – Hipertensão arterial
INE - Instituto Nacional de Estatística
M - Mãe
N.º - Número
OE – Ordem dos Enfermeiros
P. – Página
P - Pai
Q - Questionário
RN - Recém-nascido
S. - São
Sclínico – Sistemas de Informação Clínico
SNS - Serviço Nacional de Saúde
Tdpa - Vacina contra o tétano, difteria e tosse convulsa
UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UE – Universidade de Évora

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

VD - Visita domiciliária

VHB – Vacina contra a hepatite B

SÍMBOLOS

€- Euros

Km – Quilómetro

% - Percentagem

1.ª - Primeira

♀ - Feminino

♂ - Masculino

1 – INTRODUÇÃO

O nascimento de um filho é um marco relevante e decisivo no ciclo vital de uma família. Apesar de atualmente o conceito de família ser muito variável assim como a sua valorização e respetivos papéis, esta nova etapa de vida tem implicações marcantes a nível de reestruturação e reorganização de relacionamentos dos intervenientes.

Hoje em dia, com internamentos cada vez mais curtos no pós-parto, os pais não conseguem assimilar um vasto leque de informações transmitidas num tão curto espaço de tempo (Pereira, 2012).

Até para as mães com um nível de literacia mais elevada, a alta hospitalar pós-parto revela-se precoce, atendendo às particularidades do momento, a retenção de aprendizagens torna-se escassa, exaustiva e pouco rentável relativamente à exigente tarefa de ser mãe.

Chegados a casa, os pais, deparam-se com uma realidade muitas vezes totalmente diferente da idealizada e surge uma necessidade de continuidade de cuidados ao recém-nascido (RN) que por sua vez vai influenciar diretamente o bem-estar da família.

Um misto de sentimentos e emoções experimentadas carecem de ser validados e adaptados a uma nova dinâmica conjugal.

O puerpério é um período assinalado por grande vulnerabilidade emocional, não só para a mulher como também para a família (Pereira, 2012).

As mudanças associadas ao nascimento de um filho, não implicam a existência de capacidades inatas para enfrentar a realidade, no entanto obrigam a um processo de aprendizagens.

Cabe ao enfermeiro de Cuidados de Saúde Primários (CSP), apoiar e capacitar as famílias nos cuidados ao RN de maneira a fomentar uma parentalidade responsável e saudável promovendo os bons cuidados. Neste contexto o contributo do enfermeiro é imprescindível uma vez que conta com uma vasta experiência em cuidados domiciliários e um leque de conhecimentos científicos.

Admitindo que existem momentos fulcrais para a educação em saúde, o nascimento de um filho e toda a circunstância envolvente constitui uma excelente oportunidade para reforçar o imprescindível papel dos enfermeiros, com particular enfoque do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (ECSP), visto as suas específicas competências de promoção e educação para a saúde num contexto comunitário (Pacheco, 2012).

A ECSP confere ao especialista, entre outras, a capacidade de participar na avaliação e tomada de decisão de problemas de realce em saúde pública e no seguimento do

desenvolvimento de projetos de intervenção que visam o “*empowerment*” das comunidades (Regulamento n. 128/2011).

A prestação de cuidados de enfermagem no domicílio, vem dar continuidade às aprendizagens iniciadas em contexto hospitalar, tendo como enfoque o ensino, apoio e aconselhamento perante cada realidade, visando a aquisição de competências familiares como ferramentas para ultrapassar com sucesso as dificuldades (Pacheco, 2012).

A visita domiciliária (VD) acaba por ser uma estratégia comunitária que nos conduz a uma intervenção nas famílias no seu próprio espaço vital. O enfermeiro envolve-se numa perspetiva global da família, da sua realidade e recursos, podendo atuar de forma holística (Filipe, 2011).

Este relatório tendo em vista a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, reporta um projeto desenvolvido durante o estágio realizado numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) pertencente a um Centro de Saúde (CS) integrado no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Alentejo Central.

O projeto de intervenção comunitária, baseado na metodologia de Planeamento em Saúde veio diagnosticar uma lacuna existente e cuja finalidade visa promover os bons tratos no contexto de uma parentalidade responsável e positiva.

A pertinência do trabalho, foi manifestada e validada por enfermeiros e médicos da unidade e pretende dar continuidade dos cuidados ao recém-nascido após a alta hospitalar numa perspetiva de apoio à parentalidade.

O objetivo geral deste trabalho consiste em Implementar a *Consulta de Enfermagem ao Recém-Nascido na 1.ª Semana de Vida, no Domicílio* a 30% dos utentes da UCSP, até ao final de 2018.

Definiram-se como objetivos específicos:

- Promover a saúde do RN;
- Diminuir desigualdades e aumentar a acessibilidade aos CSP;
- Estabelecer um protocolo para a consulta.

O projeto e posterior relatório cujo tema é a *Consulta de Enfermagem ao Recém-Nascido na 1.ª Semana de Vida, no Domicílio*, foi desenvolvido entre setembro de 2017 e março de 2018 e dele resultaram o desenvolvimento de competências específicas de ECSP. O trabalho encontra-se dividido em várias fases: análise do contexto, população, objetivos, intervenções, processo de avaliação e controlo, competências mobilizadas e adquiridas, e termina com as considerações finais.

Este trabalho foi redigido seguindo as diretrizes do novo acordo ortográfico português.

A norma de referência bibliográfica utilizada foi a American Psychological Association (APA), 6ª Edição.

2 - ANÁLISE DO CONTEXTO

Neste ponto pretende-se caracterizar o ambiente onde se realizou o estágio, tal como descrever os recursos materiais e humanos existentes. O estágio decorreu numa UCSP pertencente a um CS integrado no ACES Alentejo Central.

Pretende-se também, fundamentar o processo de aquisição de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

2.1 - Caracterização do Ambiente de Realização do Estágio Final

Segundo o Decreto-Lei 28/2008, o Programa do XVII Governo Constitucional caracteriza os CSP como base do Serviço Nacional de Saúde (SNS). É notório que a procura dos primeiros cuidados de saúde dos cidadãos é feita nos centros de saúde, onde estas instituições assumem importantes funções de promoção de saúde e prevenção da doença, assim como prestação de cuidados na doença e articulação com outros serviços de maneira a dar continuidade às necessidades (Serviço Nacional de Saúde, 2016).

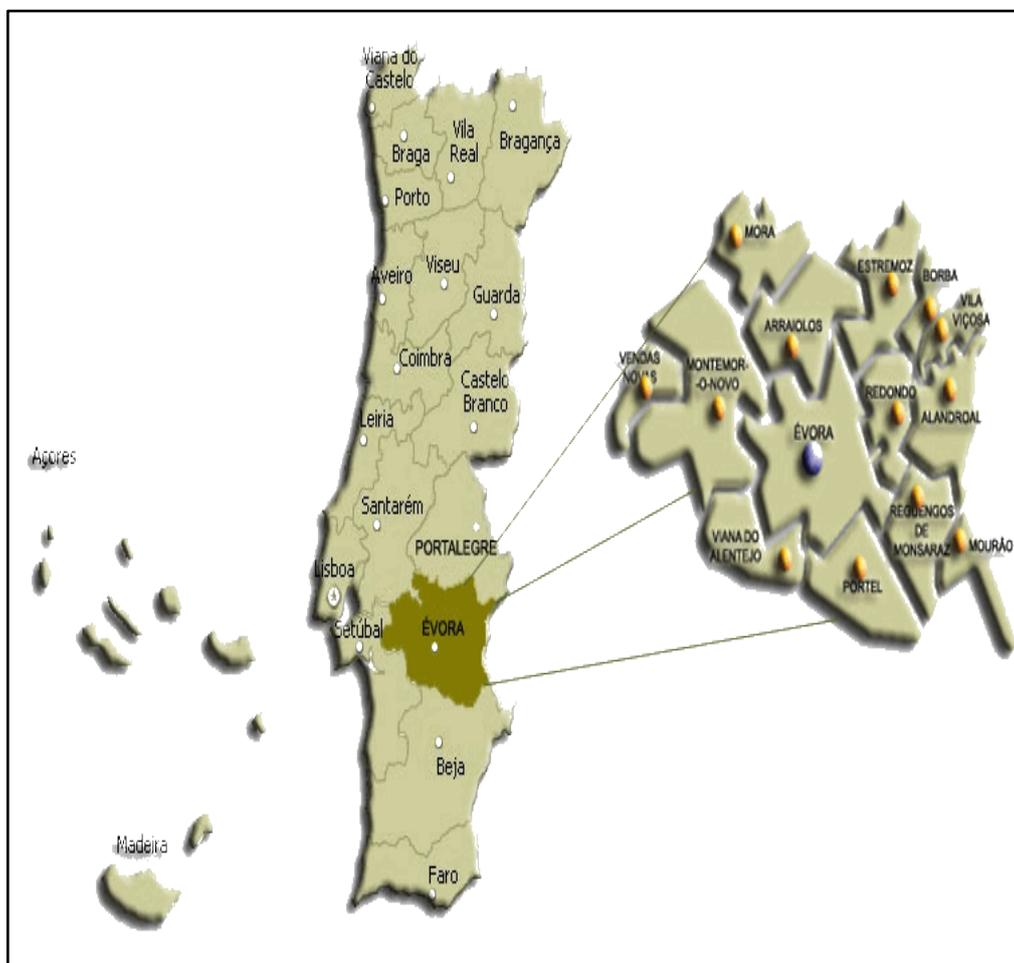
Na sequência da reforma dos CSP e sob a alçada do já referido Decreto-Lei, surgem os Agrupamentos de Centros de Saúde com o cariz de serviços de saúde de caráter público e com autonomia administrativa, sendo constituídos por várias unidades funcionais agrupadas nos centros de saúde com o objetivo de garantir a prestação de CSP a populações de determinada área geográfica. De tal forma, cada ACES é constituído por Unidades de Saúde Familiares (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), uma Unidade de Saúde Pública (USP) e uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Cada uma das unidades é constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, onde está garantida a intercooperação com as demais unidades funcionais do ACES. Com tudo isto, é possível dar estabilidade à organização da prestação de CSP, permitindo uma gestão equilibrada, rigorosa, ciente das necessidades das suas populações e tornando-se uma mais-valia na melhoria do acesso aos cuidados de saúde permitindo alcançar maiores ganhos em saúde (Serviço Nacional de Saúde, 2016).

O ACES Alentejo Central está sob o poder de direção da Administração Regional de Saúde Alentejo (ARSA), no entanto com autonomia administrativa e sendo formado por várias unidades funcionais. Tem como objetivo garantir a prestação de CSP à população da sua área

de influência, especificamente atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados. Fortalece ainda atividades na área da vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participação na formação de diversos grupos profissionais.

O ACES Alentejo Central abrangia 166.726 habitantes em 2011, de acordo com o último recenseamento, e tem como área de atuação, os concelhos de Évora, Portel, Reguengos de Monsaraz e Mourão, Viana do Alentejo, Mora, Borba, Arraiolos, Vila Viçosa, Redondo, Vendas novas, Montemor-o-Novo, Estremoz e Alandroal (Figura 1).

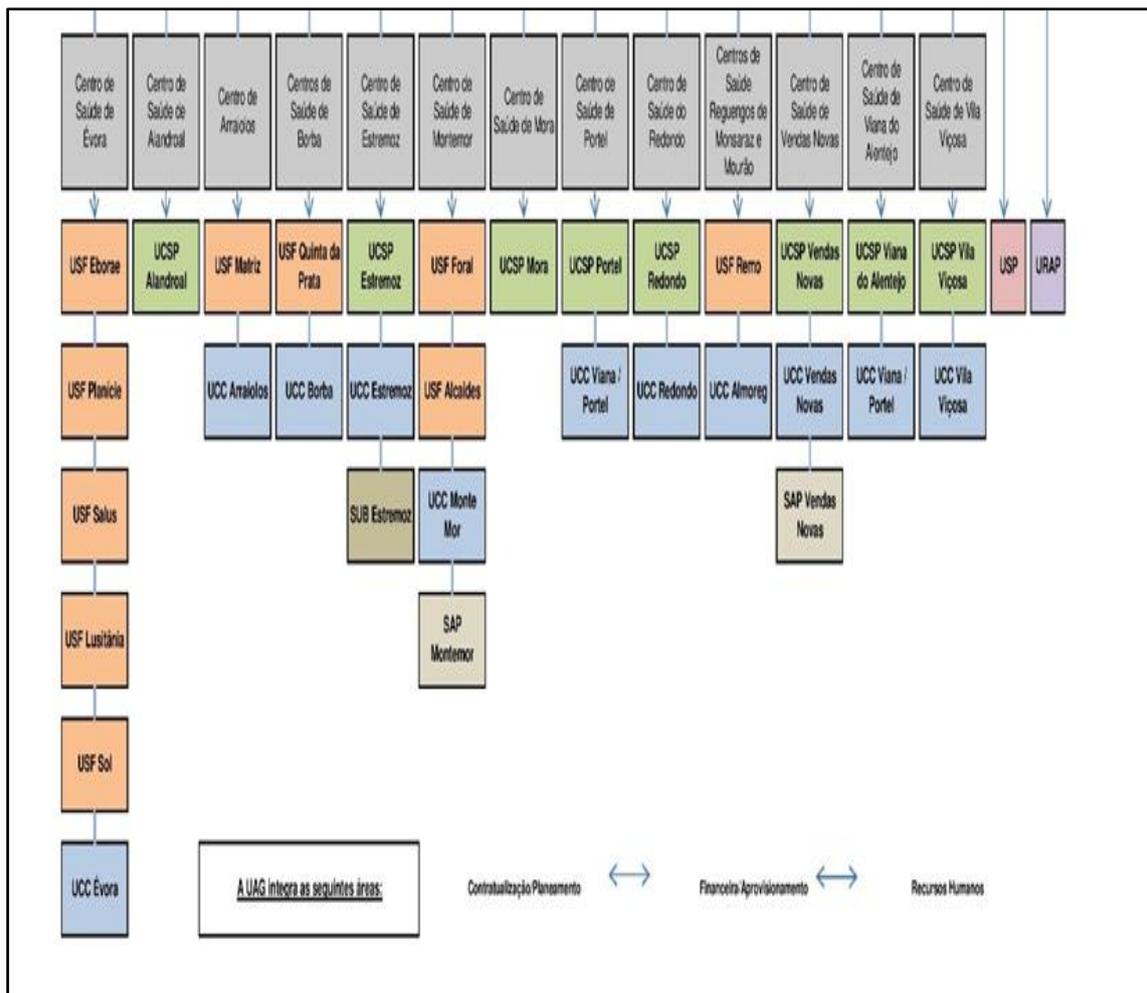
Figura 1 – Mapa do ACES Alentejo Central



Fonte: ARSA (Intranet, 9/2017)

Relativamente á sua composição (Figura 2), atualmente este ACES é composto por 9 UCSP, 9 USF, 11 UCC, 1 USP e 1 URAP (ARS Alentejo, 2017).

Figura 2 - Organograma do ACES Alentejo Central



Fonte: ARSA, 2017

O concelho onde decorreu o estágio tem, segundo os últimos dados demográficos disponíveis que dizem respeito ao ano de 2011, um total de 7153 habitantes (Pordata, 2015), distribuídos por uma área total de 370 km² (Figura 3), e é constituído por duas unidades funcionais, UCSP e UCC.

Figura 3 – Carta de rede viária do concelho



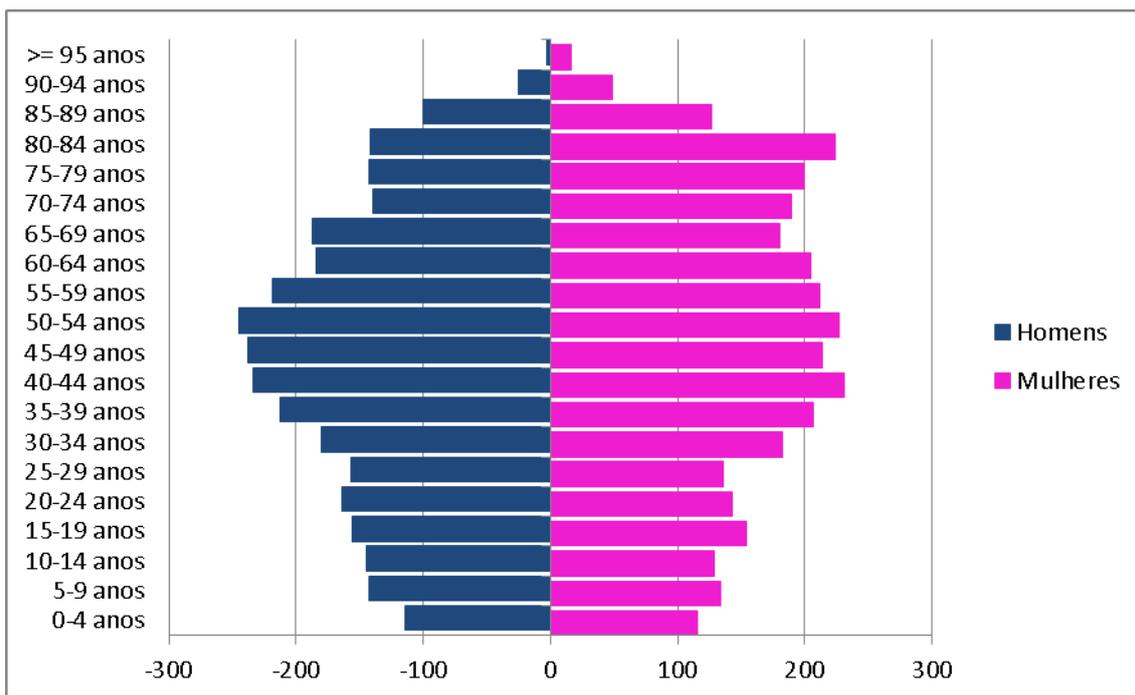
Fonte: Adaptado de Sistema de Informação Geográfica (SIGRED, 2011)

A UCSP possui como horizonte de intervenção, tal como o próprio nome indica, o âmbito personalizado, assegurando cuidados de saúde aos respetivos utentes inscritos, da área geográfica do próprio concelho, garantindo a acessibilidade, continuidade e globalidade dos mesmos. Pormenorizadamente a unidade tem como visão, prestar cuidados de saúde, globais, acessíveis, contínuos e de qualidade aos utentes, facultando valor e satisfação aos seus *stakeholders*. Relativamente aos valores, a UCSP em causa rege-se através de princípios próprios como conciliação, cooperação, solidariedade, autonomia, articulação, avaliação e gestão participativa, tendo sempre como finalidade a otimização dos cuidados.

Esta UCSP tem 6374 utentes inscritos, de acordo com o Sistema de Informação Nacional das Unidades de Saúde (SINUS) consultado a 20/09/2017, possui seis extensões de saúde distribuídas por um concelho com duas freguesias.

O gráfico que se segue caracteriza a referida população da unidade.

Gráfico 1- Caraterização da população inscrita na UCSP



Fonte: Módulo de Informação e Monitorização de Unidades Funcionais (MIM@UF, 10/2017)

A unidade encontra-se sediada numa vila, sede de concelho e integrada na freguesia 1, mais propriamente numas harmoniosas instalações de r/chão, totalmente adaptadas a pessoas com problemas de locomoção e em funcionamento desde 31/08/2012. Fisicamente esta unidade é constituída por: gabinete de enfermagem, gabinete de saúde infantil, gabinete de vacinação, gabinete de saúde da mulher, gabinete de podologia, sala de tratamentos, cinco gabinetes médicos, gabinete de serviço de atendimento prolongado (SAP), gabinete de saúde ambiental, sala polivalente, sala de reuniões, gabinete do enfermeiro em funções de chefia da UCSP, gabinete do coordenador da UCSP, 2 secretarias, 2 salas de espera, 2 vestiários, 6 casas de banho, copa, farmácia, garagem, 3 armazéns, lavandaria, sala de esterilização, armazém de resíduos e sala de sujos.

Esta unidade de saúde é constituída por 4 equipas de saúde familiar compostas por médico, respetivo enfermeiro e um assistente técnico do total dos 6 existentes. Existe também partilha de recursos humanos com a URAP, nomeadamente psicólogo, técnico de saúde ambiental e técnico superior de serviço social.

Cada gabinete possui computador com conexão à rede informática da saúde e telefone com ligação ao exterior. A sala de espera com balcão de atendimento situada à entrada, possui para além de amplitude e número (n.º) de cadeiras apropriadas, tem também materiais distrativos/informativos disponíveis para os utentes enquanto aguardam as

consultas tais como televisão, revistas, cartazes e folhetos informativos, abordando as mais diversas temáticas de saúde, dispõe também de material sonoro para chamada dos utentes aos respetivos gabinetes. Ao fundo desta divisão existem casas de banho diferenciadas e também uma pequena sala de espera de crianças ornamentada com brinquedos lúdicos. Esta unidade possui uma viatura móvel, usada principalmente para prestação de cuidados no domicílio e deslocação às extensões de saúde.

A restante parte da estrutura está adstrita à UCC e à Equipa Local de Intervenção Precoce.

As intervenções e áreas de atuação da equipa de saúde familiar incluem, mas não se esgotam, a vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases de vida, cuidados em situação de doença aguda; acompanhamento clínico das situações de doença crónica e patologia múltipla e cuidados domiciliários.

As equipas de saúde familiar da UCSP atuam em conformidade com o preconizado pela Direção Geral da Saúde (DGS), nos diversos programas nacionais de saúde, de entre os quais se destacam:

- ✓ Programa Nacional para a Saúde Mental;
- ✓ Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA e Tuberculose;
- ✓ Programa Nacional para as Doenças Respiratórias;
- ✓ Programa Nacional para as Doenças Oncológicas;
- ✓ Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares;
- ✓ Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Diabetes;
- ✓ Programa Nacional para a Prevenção e Controlo de Tabagismo;
- ✓ Programa Nacional de Vacinação;
- ✓ Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil;
- ✓ Programa Nacional de Saúde Reprodutiva;
- ✓ Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco;
- ✓ Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco;
- ✓ Programa para a Prevenção e Controlo das Infeções e Resistência aos Antimicrobianos.

Acresce a interligação e colaboração em rede com outros serviços, setores e níveis de diferenciação, numa perspetiva de «gestor de saúde» do cidadão.

Como carteira adicional de serviços, realiza a vigilância e controlo de utentes hipocoagulados.

A UCSP colabora com o Centro de Respostas Integradas de Évora através da participação em programas de toma assistida de metadona aos utentes referenciados.

Assegura-se a realização de uma Consulta Aberta das 09.00 às 21.00h, 365 dias por ano, a todos os utentes que o solicitem, independentemente de estarem ou não inscritos nesta UCSP.

Ao longo da semana nesta instituição existe um variado leque de consultas médicas e de enfermagem dos vários programas abrangidos, e das 9 às 13h e 18 às 20h funcionam diversos tratamentos em regime de ambulatório (7 dias por semana). A tabela 1, remete-nos a descrição das atividades de enfermagem protocoladas semanalmente.

Tabela 1 - Atividades de enfermagem da UCSP

	2.ª Feira	3.ª Feira	4.ª Feira	5ª Feira	6ª Feira
Manhã	Tratamentos Domicílios	Tratamentos INR	Tratamentos Domicílios	Tratamentos Vacinação	Tratamentos Domicílios
Tarde	Saúde Infantil Vacinação Tratamentos <u>Extensão I</u>	Hipertensos Tratamentos <u>Extensão II</u>	Saúde Infantil Diabetes INR Tratamentos <u>Extensão III</u>	Saúde Infantil Planeamento Familiar Saúde Materna Tratamentos <u>Extensão IV</u> <u>Extensão V</u>	Saúde Infantil Tratamentos <u>Extensão VI</u>

Fonte: *Elaboração própria com base no Guia de Acolhimento da UCSP*

2.2 - Descrição e Fundamentação do Processo de Aquisição de Competências

As exigências em saúde mudaram na mesma medida em que a própria sociedade também se alterou. Torna-se cada vez mais urgente refletir e readaptar as políticas de saúde de maneira a dar respostas efetivas às necessidades reais de saúde de cada comunidade.

Nas últimas décadas, a enfermagem, como as demais áreas de saúde, tem vindo a sofrer um grande desenvolvimento. Daí emergem novas exigências, que são colmatadas com a formação dos enfermeiros, nomeadamente do enfermeiro especialista.

Baseado no Regulamento n.º 122/2011, o enfermeiro especialista possui um conhecimento aprofundado numa determinada área específica de enfermagem. Assim, a Ordem dos Enfermeiros (OE) define como especialista:

O enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos

problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção especializado (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro, p. 8648).

Tendo em conta que a Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (ECSP) é uma especialização, confere ao seu profissional a capacidade de desenvolvimento de uma prática global centrada na sua comunidade. A ECSP é dirigida ao bem-estar comum a todos, ao longo das diversas etapas do ciclo de vida, e com um carácter de prevenção e promoção contínuo.

Os CSP são o pilar do SNS, o que resulta em maior equidade e num aumento de níveis de satisfação e de saúde da população. No entanto, o reconhecimento da enfermagem como figura de referência na promoção da saúde individual/familiar e coletiva levantam novos desafios aos enfermeiros de CSP que visam tornar a comunidade dinâmica e forte.

Na sequência de dar resposta a novas necessidades de saúde da comunidade, o enfermeiro especialista em ECSP, munido de um vasto leque de conhecimentos adquiridos e de formação especializada, 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 projetos de intervenção com vista à capacitação e “*empowerment*” das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania (Regulamento n.º 128/2011 de 18 de fevereiro, p. 8667).

Nos CSP, este especialista acaba por ocupar o lugar de gestor de cuidados de uma comunidade em que através da prevenção e promoção se potencializa o empoderamento dos indivíduos de maneira a transformar esta valorização e responsabilização em ganhos em saúde.

Em síntese, com a realização deste projeto de intervenção comunitária consideramos adquiridas as seguintes competências específicas de Enfermeiro Especialista em ECSP:

- Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico (Regulamento n.º 128/2011 de 18 de fevereiro, p.8667-8669).

A aquisição e aprofundamento de saberes sobre o Planejamento em Saúde e o seguimento das suas diversas fases, foi a base de todo o processo. A sequência entre o conhecimento da população que permitiu o estabelecimento do diagnóstico da situação (ausência de continuidade dos cuidados ao RN após a alta hospitalar), o estabelecimento de prioridades, a fixação de objetivos, e a seleção de estratégias, conduziram este projeto de intervenção no rumo à parentalidade positiva e consequente obtenção de ganhos em saúde, assim como à aquisição dos requisitos inerentes ao grau de Mestre.

O empoderamento dos pais relativamente à capacitação de cuidados aos recém-nascidos, promovendo a saúde dos que deles dependem, vem também contemplar uma competência.

Consideramos ainda que este projeto de intervenção comunitária, que surge de uma necessidade de saúde no decorrer das mudanças nos perfis epidemiológicos e da prestação de cuidados de saúde, é uma mais-valia para a consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

3 - ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

O termo população proveniente do termo latim *populatio*, define uma coleção de pessoas que ocupam um determinado espaço geográfico. Fortin (2003) define população como um conjunto de indivíduos com características semelhantes e determinados critérios comuns.

3.1 – Caracterização Geral da População/Utentes

Esta vila portuguesa fica no distrito de Évora, região do Alentejo Central e sede de um concelho que representa 5.1% da área total regional (Câmara Municipal de Redondo, 2016).

Segue-se o estudo do concelho, segundo diversos determinantes de saúde.

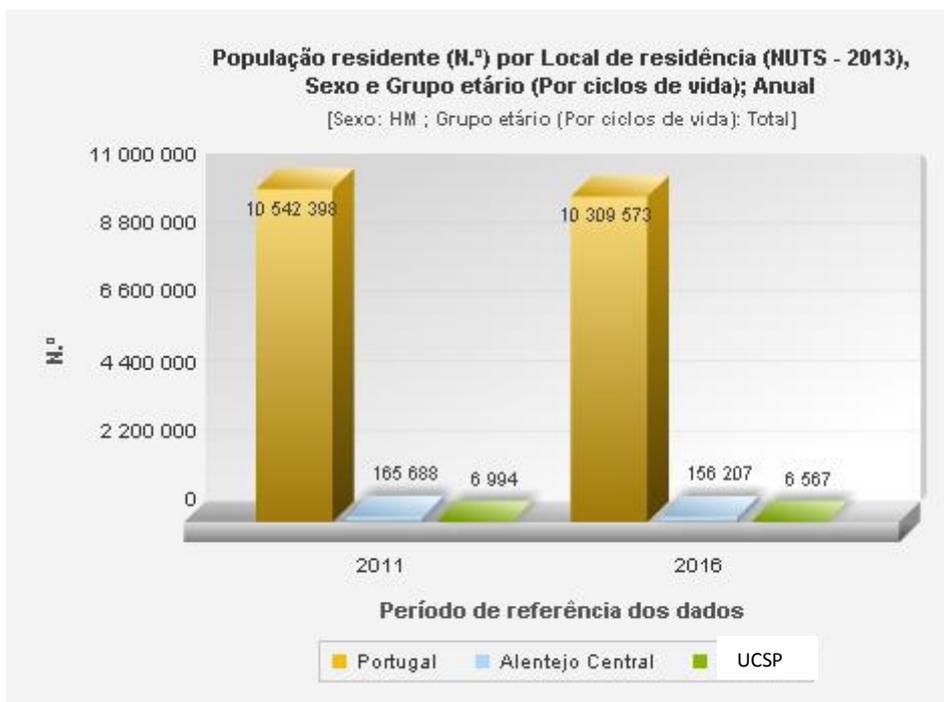
I. População Residente:

População residente é o conjunto de indivíduos que, independentemente de no momento da observação estarem ausentes ou presentes numa determinada área de alojamento, aí habitam a maior parte do ano.

Segundo os dados dos censos de 2011, habitavam no concelho 6994 indivíduos, dos quais 3.587 eram do sexo feminino e 3.407 do sexo masculino (INE, 2017).

No seguinte gráfico, conclui-se que de 2011 a 2016, houve uma diminuição gradual de população residente neste concelho, fenómeno esse, observável também no Alentejo Central e a um nível mais amplo de Portugal, facto que está associado ao fator socioeconómico e consecutivamente à emigração.

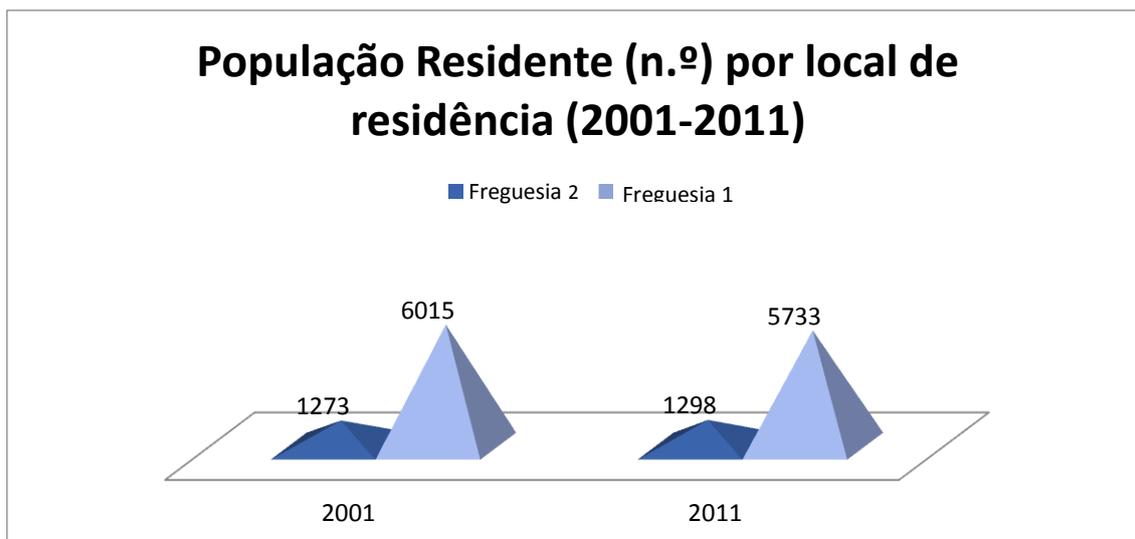
Gráfico 2- População residente em Portugal



Fonte: Adaptado de INE, 2017

Curiosamente observa-se, e com base nos Censos 2001 e 2011, um aumento da população residente na freguesia 2 sobreponível a um decréscimo dos residentes da freguesia de 1 (Gráfico 3).

Gráfico 3 - População residente por freguesias do concelho



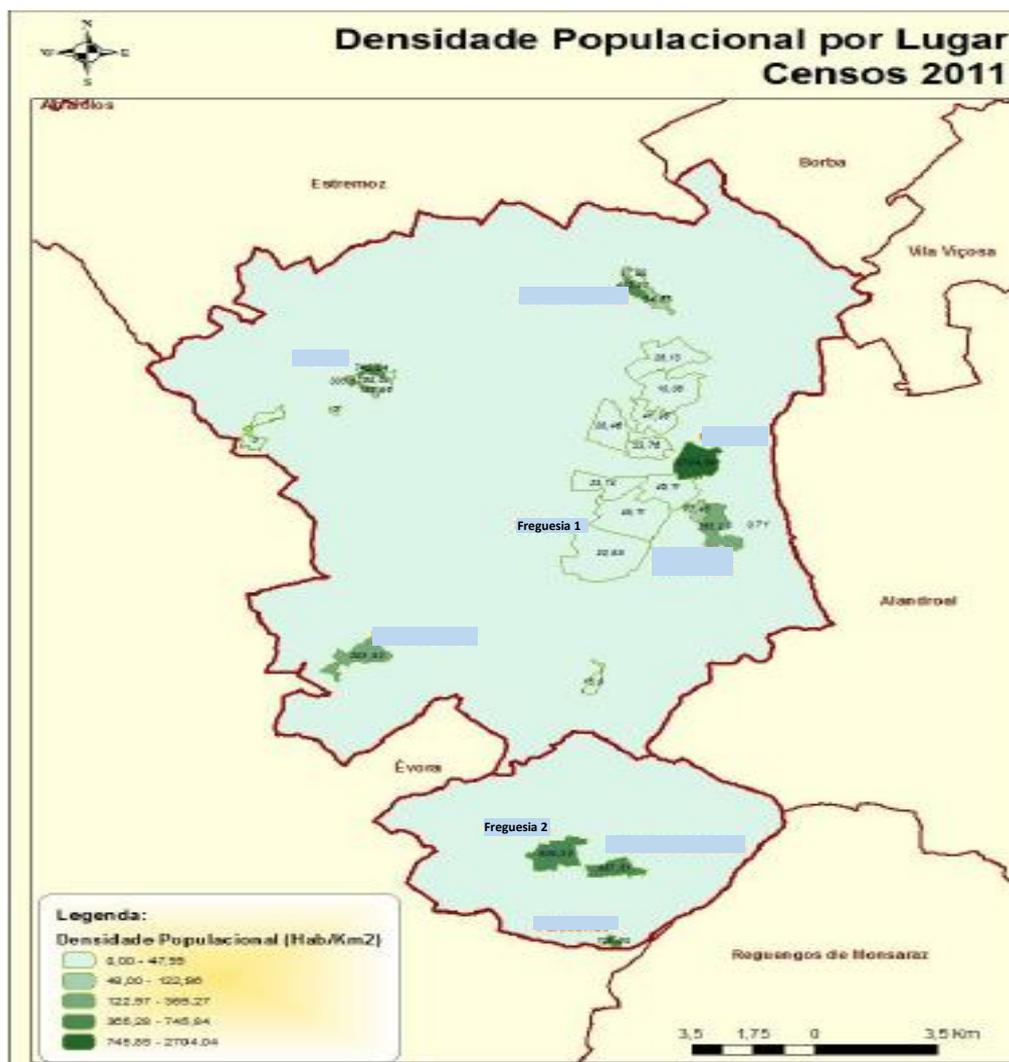
Fonte: Elaboração própria com base no INE, 2012

II. Densidade populacional:

À intensidade do povoamento de uma determinada área, traduzida pela razão entre o seu número de habitantes e a sua superfície, chama-se densidade populacional.

Geograficamente, a sede do concelho é o lugar com maior densidade populacional com 2704 habitantes/Km² conforme se verifica na próxima figura (Sistema de Informação Geográfica de Redondo, s.d.).

Figura 4 – Densidade populacional do concelho



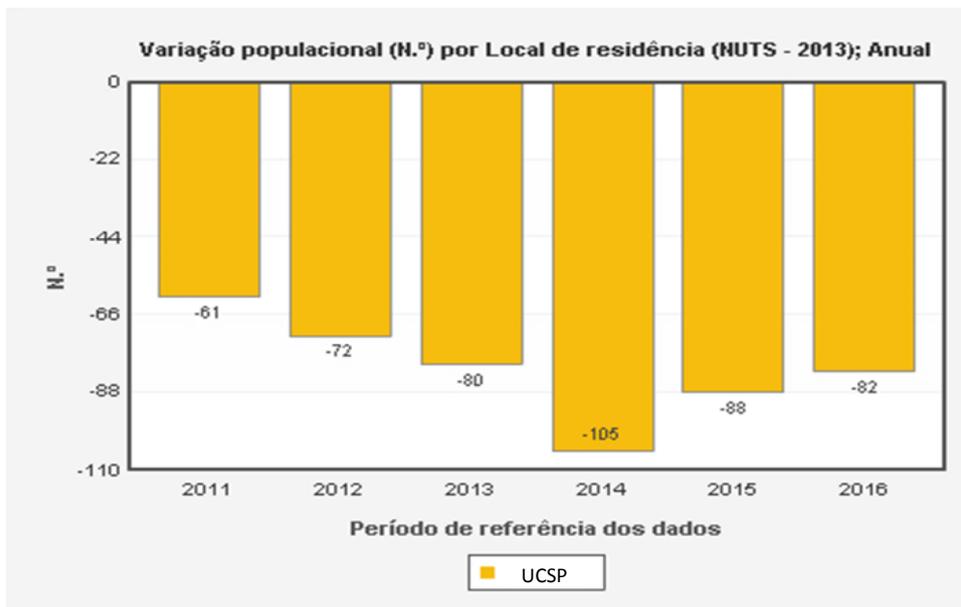
Fonte: Adaptado de SIGRED, 2011

III. Variação da população:

Entende-se por esta variação, a diferença entre os efetivos populacionais em dois momentos de observação (habitualmente dois fins de ano consecutivos).

A variação populacional do concelho, embora negativa, assiste-se nos últimos dois anos, a uma redução desta variável, no sentido ascendente (Gráfico 4), tal facto está relacionado com a aquisição de famílias oriundas da Roménia e Ucrânia.

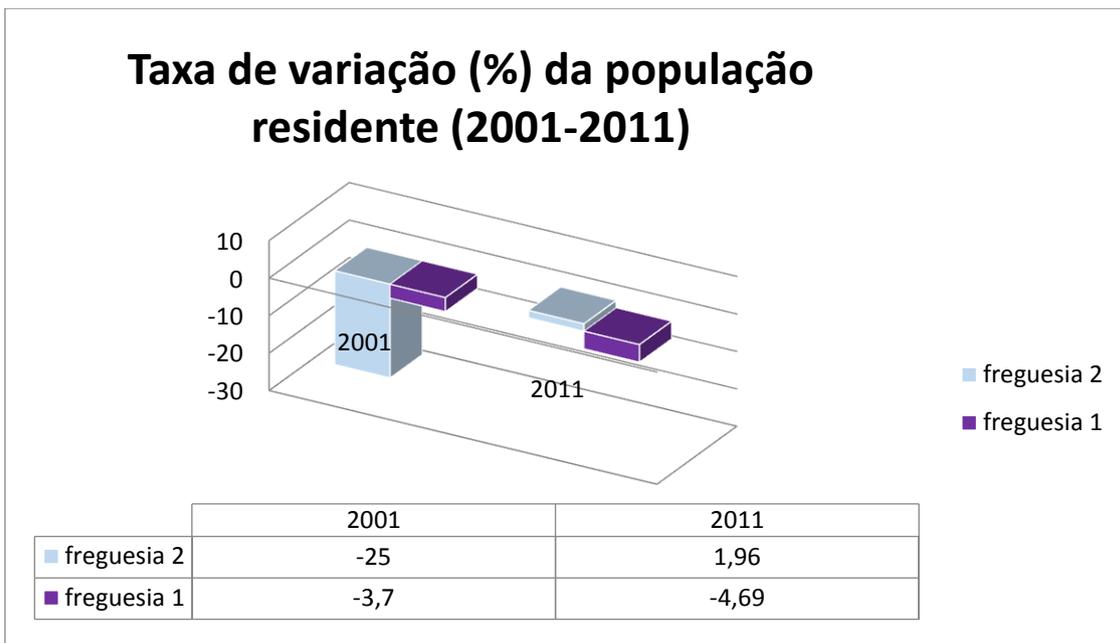
Gráfico 4 – Variação populacional do concelho



Fonte: Adaptado de INE, 2017

Na sequência do aumento de população, a freguesia 2 exibe uma taxa de variação crescente, ao invés da freguesia 1, cuja taxa de variação continua a aumentar no sentido descendente, tal como se observa no gráfico 5.

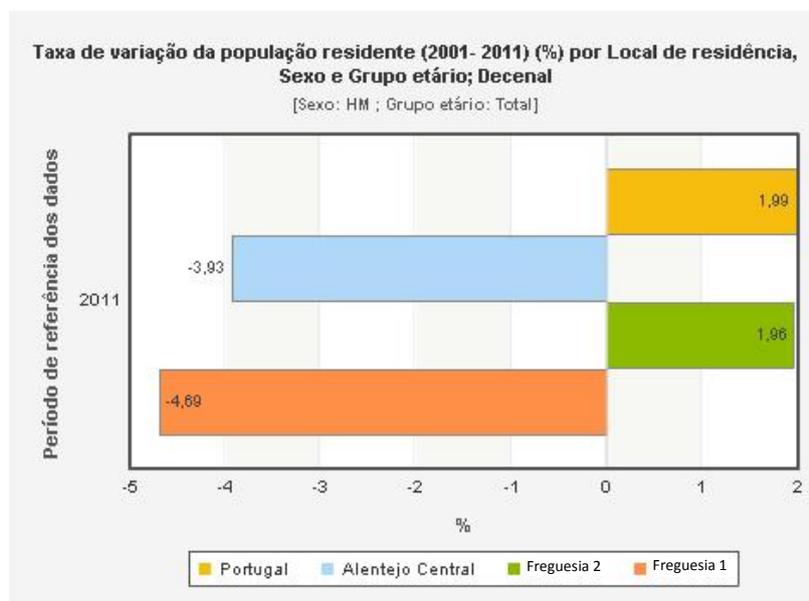
Gráfico 5 – Taxa de variação dos residentes por freguesias, do concelho



Fonte: *Elaboração própria com base no INE, 2012*

Fazendo uma comparação de nível mais extenso no ano de 2011, embora a taxa de variação da população residente em Portugal, seja positiva, esta distribuição não tem carácter homogéneo uma vez que o invés acontece por exemplo a nível do Alentejo Central (Gráfico 6).

Gráfico 6 – Taxa de variação da população residente



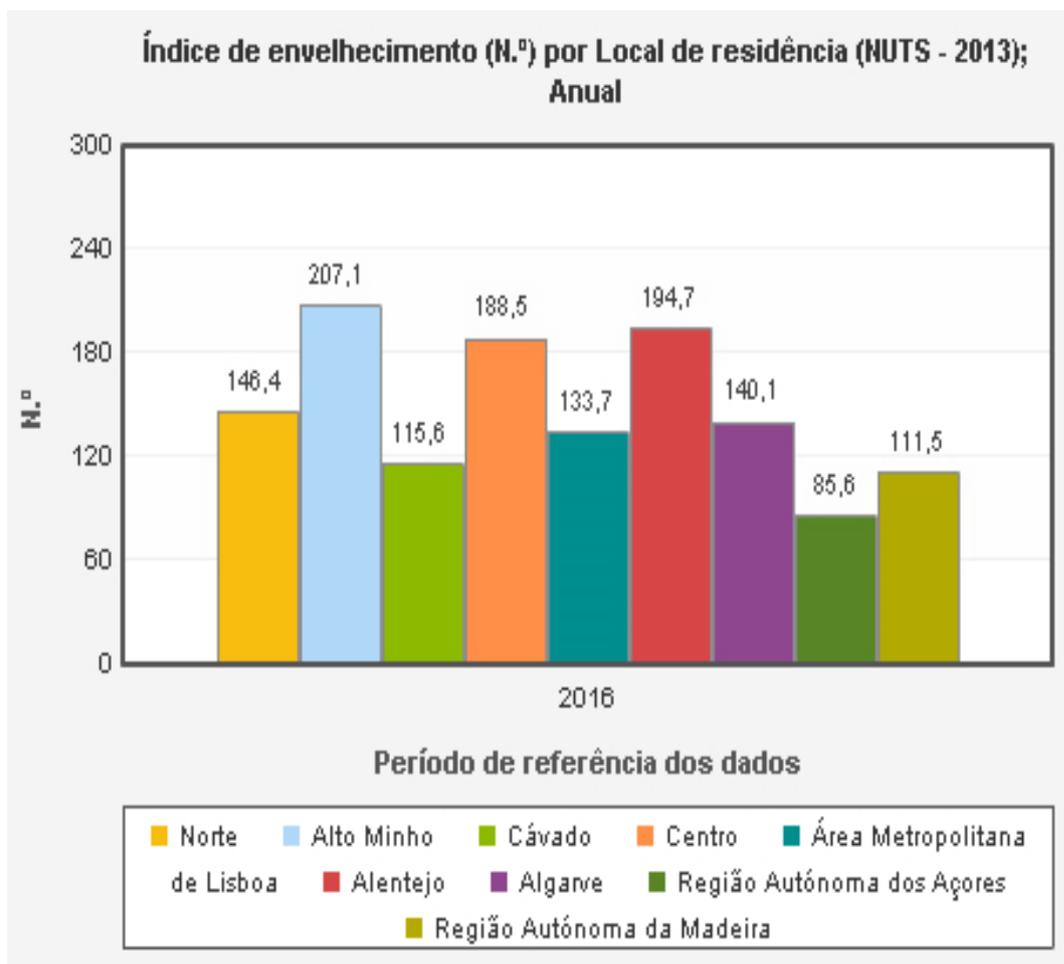
Fonte: *Adaptado de INE, 2012*

IV. Índice de envelhecimento:

O índice de envelhecimento traduz a relação entre a população idosa e a população jovem, e habitualmente expressa-se em número de residentes com 65 ou mais anos por 100 residentes com menos de 15 anos. Mais uma vez este indicador está diretamente associado a fatores socioeconómicos.

Em Portugal, a 2.ª maior região relativamente ao índice de envelhecimento, é o Alentejo com 194,7, tal como se pode concluir no seguinte gráfico.

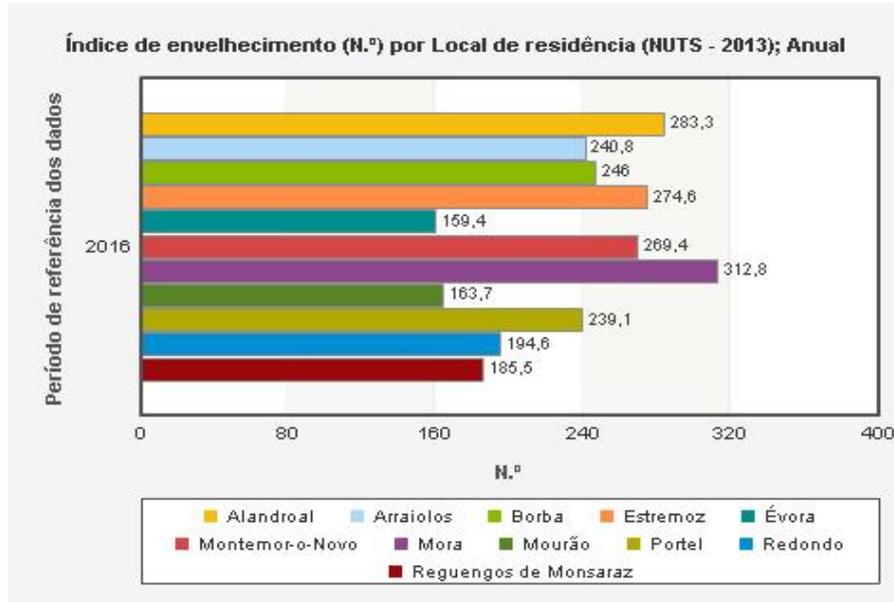
Gráfico 7 – Índice de envelhecimento de Portugal, a nível regional



Fonte: INE, 2017

Mais especificando a nível do ACES Alentejo Central, aleatoriamente o gráfico 8 relata pormenorizadamente este determinante de saúde.

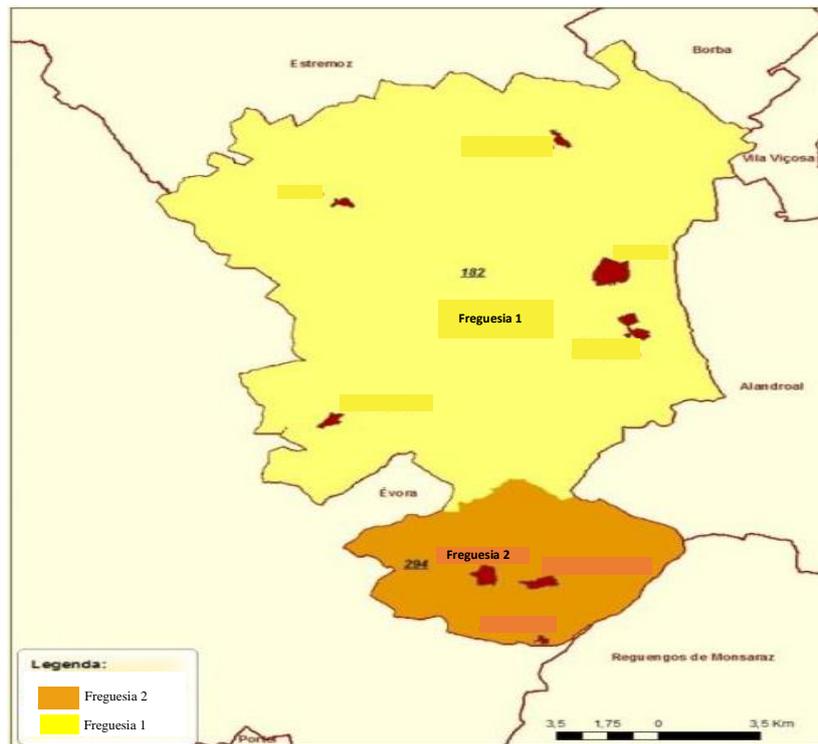
Gráfico 8 - Índice de envelhecimento do ACES Alentejo Central



Fonte: INE, 2017

No que se refere ao índice de envelhecimento do concelho, é na freguesia 2 onde se regista a maior proporção, tal como se constata na próxima figura.

Figura 5 – Índice de envelhecimento por freguesias do concelho



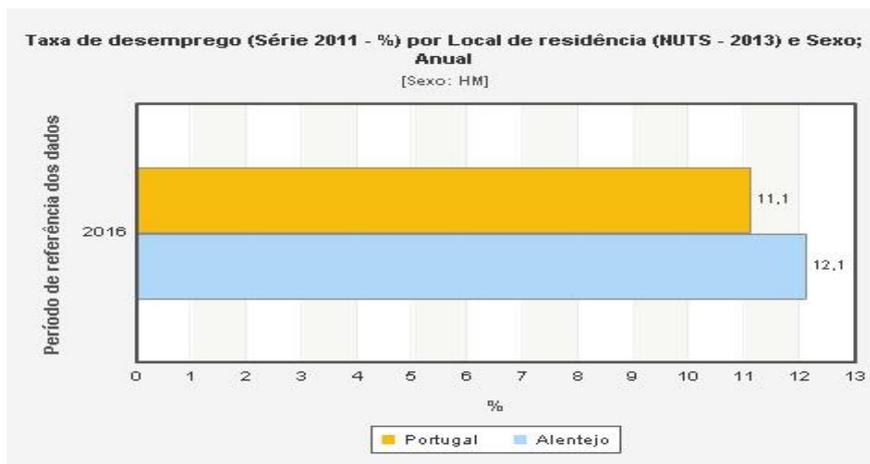
Fonte: Adaptado de SIGRED, 2011

V. Desemprego:

Um desempregado é um indivíduo que faz parte da população ativa (que se encontra em idade de trabalhar) e que anda à procura de emprego embora sem sucesso.

No que se refere ao desemprego, a taxa a nível regional do Alentejo, é superior à taxa nacional (Gráfico 9).

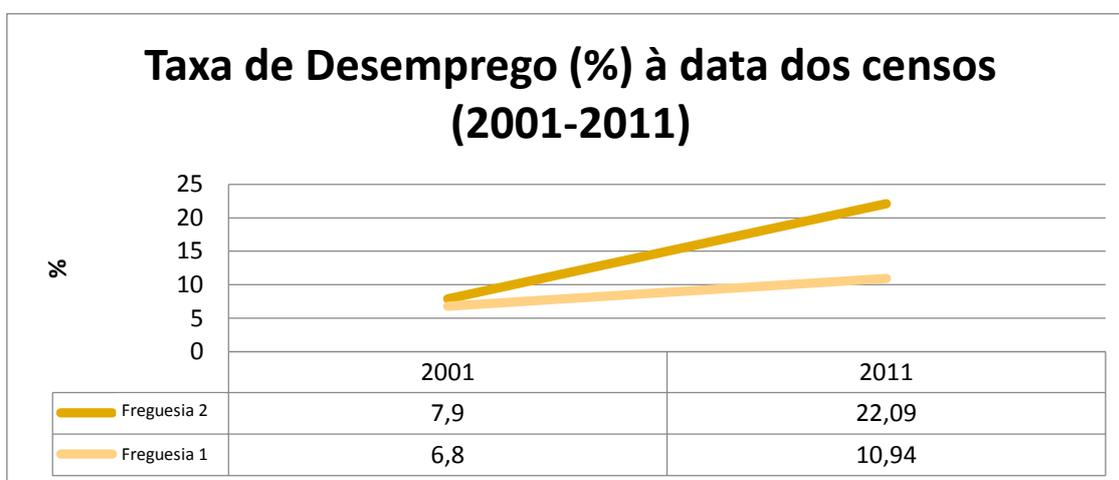
Gráfico 9 – Taxa de desemprego



Fonte: INE, 2017

A nível concelhio, embora crescente, conclui-se que na freguesia 1 a taxa é ligeiramente mais baixa comparando com freguesia 2 (Gráfico 10).

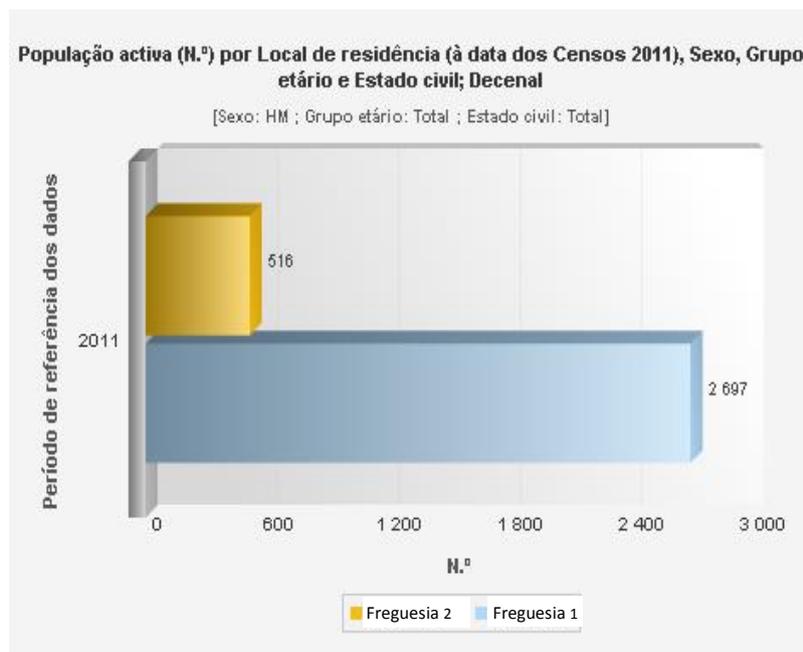
Gráfico 10 – Taxa de desemprego por freguesias do concelho



Fonte: *Elaboração própria com base no INE, 2007/2012*

O n.º de população ativa da freguesia 2, em 2011, era cerca de 1/5 relativamente à mesma população da freguesia 1 (Gráfico 11)

Gráfico 11 – N.º população ativa por freguesias do concelho



Fonte: Adaptado de INE, 2012

VI. Escolaridade:

Nomeadamente na escolaridade, a maior parte da população concelhia, tem o 1.º ciclo concluído embora ainda exista um grande n.º de população sem nível de escolaridade completo (Quadro 1). Pesquisando sobre a questão, chega-se à conclusão que a aquisição de escolaridade vai aumentando associada a maiores oportunidades locais embora ainda acompanhada por alguma taxa de abandono escolar.

Quadro 1 – Nível de escolaridade por freguesias do concelho

Período de referência dos dados	Local de residência (à data dos Censos 2011)	População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011), Sexo, Grupo etário e Nível de escolaridade mais elevado completo (Área de estudo); Decenal									
		Sexo									
		HM									
		Grupo etário									
		Total									
		Nível de escolaridade mais elevado completo (Área de estudo)									
Sem nível de escolaridade completo	1.º ciclo	2.º ciclo	3.º ciclo	Ensino secundário	Ensino superior	Bacharelato	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento		
N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	
2011	Freguesia 2	383	424	157	173	106	50	8	37	4	1
	Freguesia 1	1 294	1 659	876	872	646	349	53	266	27	3

População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011), Sexo, Grupo etário e Nível de escolaridade mais elevado completo (Área de estudo); Decenal - INE, Recenseamento da população e habitação - Censos 2011

Fonte: Adaptado de INE, 2014

VII. Fecundidade:

Relativamente à fecundidade que outra hora era iniciada maioritariamente o mais precoce e naturalmente exibida e mantida, atualmente a sua distribuição etária é mais tardia o que explica em parte a diminuição da taxa. Como fatores associados a este fenómeno estão o desemprego, discriminação, emigração e carreira profissional.

Segundo o INE (2017) e referente a Portugal, a taxa de fecundidade geral é de 37.14%, observando-se mais elevada na faixa etária dos 30-34 anos (Gráfico 12). Especificamente neste concelho, a taxa de fecundidade geral é de 35.1%. (INE, 2017).

Gráfico 12 – Taxa de fecundidade em Portugal

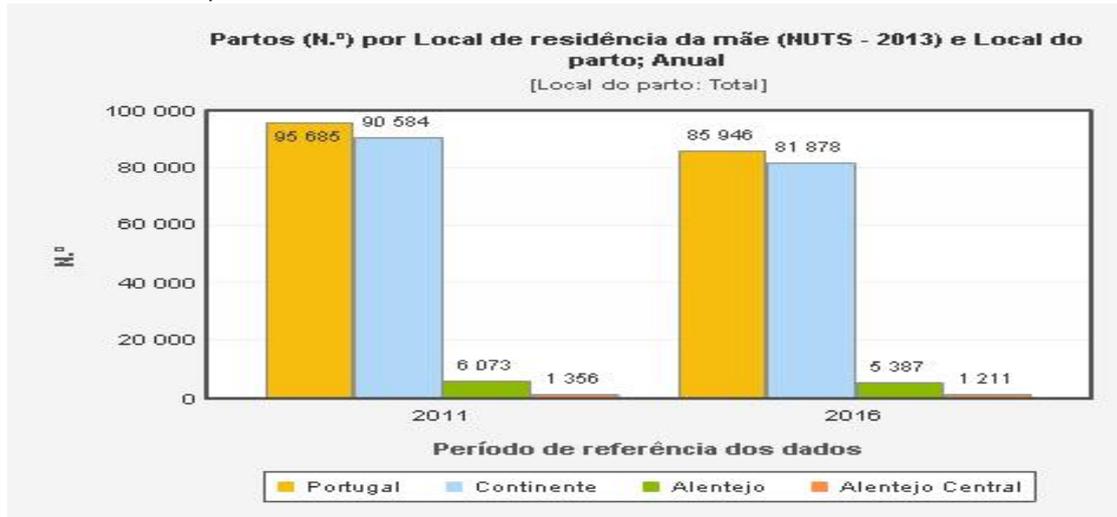


Fonte: INE, 2017

VIII. N.º partos:

Relativamente a esta temática e de um nível mais extenso de Portugal, para um nível mais restrito do ACES Alentejo Central, o declínio é muito acentuado podendo estar associado a condições socioeconómicas. No próximo gráfico, é observável este declínio nos anos de 2011 e 2016.

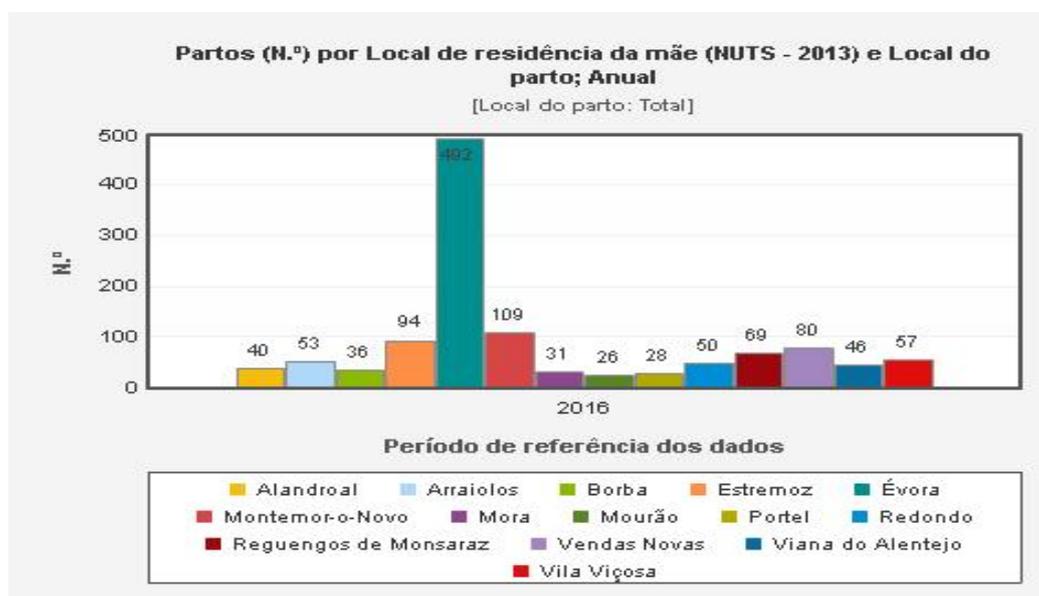
Gráfico 13 – N.º partos



Fonte: INE, 2017

Esmiuçando na região do Alentejo Central, em 2016, a distribuição é mais ou menos homogénea excetuando o concelho de Évora (Gráfico 14).

Gráfico 14 – N.º partos no ACES Alentejo Central



Fonte: INE, 2017

IX. Idade média das mulheres ao nascimento do filho:

Numa análise de 2011 e 2016, observa-se que em Portugal existe um aumento da idade média das mulheres ao nascimento de um filho, situação que é homogénea a nível cada vez mais específico, tal como se observa no seguinte gráfico.

Gráfico 15 – Idade média das mulheres ao nascimento de um filho

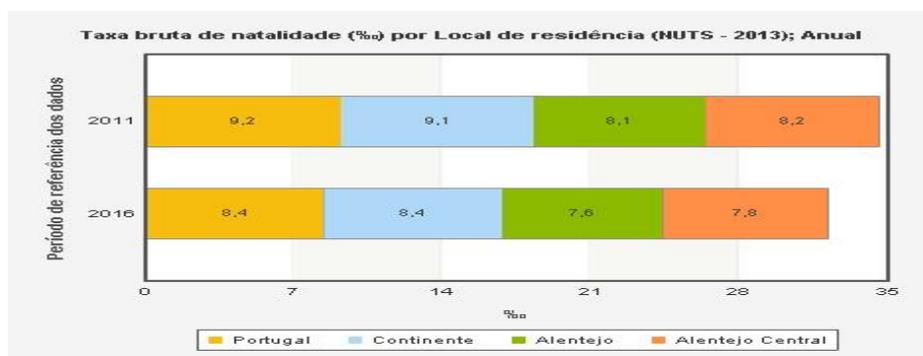


Fonte: INE, 2017

X. Natalidade:

Associado ao item anterior, está a natalidade, ou seja, aumenta a idade média das mulheres ao nascimento de um filho o que faz com que cada vez a taxa de natalidade seja mais pequena. Esta conclusão observa-se notoriamente no gráfico 16, em que do ano 2011 para 2016, houve um decréscimo na taxa de natalidade de Portugal, Continente, Alentejo e Alentejo Central.

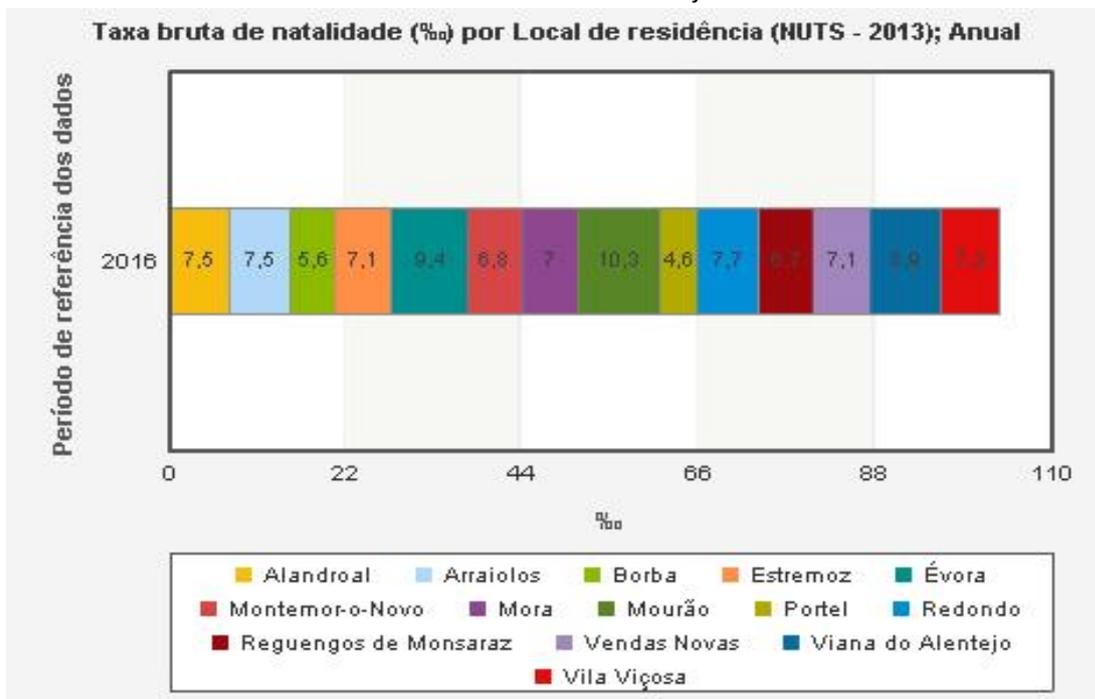
Gráfico 16 – Taxa de natalidade



Fonte: INE, 2017

O seguinte gráfico, esmiúça a situação ao nível do ACES Alentejo Central.

Gráfico 17 – Taxa bruta de natalidade do ACES Alentejo Central



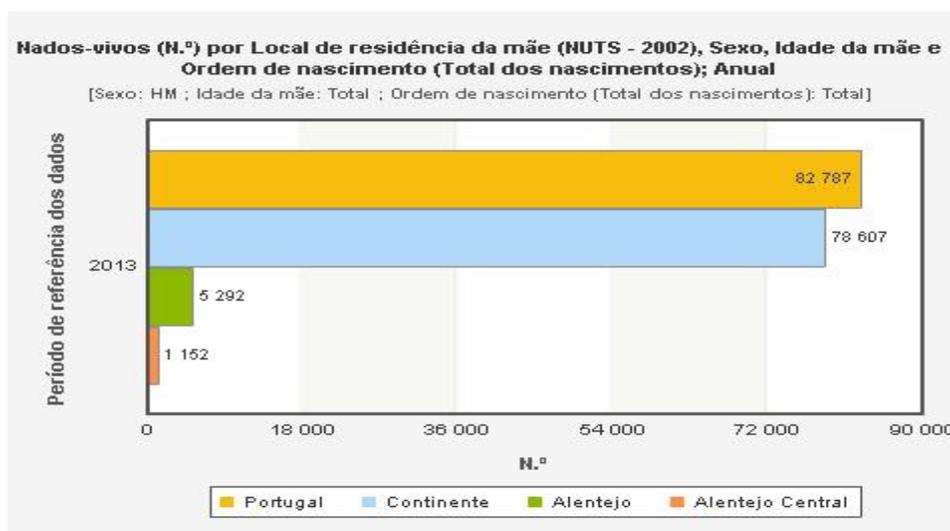
Fonte: INE, 2017

Entende-se por taxa bruta de natalidade, o número de nados-vivos que ocorrem anualmente por cada mil habitantes, numa área geográfica (INE, 1994).

XI. N.º nados-vivos:

Relativamente ao n.º de nados vivos, a tendência é homogénea quer a nível continental quer a um nível mais restrito, a tendência ao longo dos anos é a uma diminuição, que por sua vez vai intensificar cada vez mais o índice de envelhecimento. Segundo o próximo gráfico, em análise o ano de 2013, a proporção do n.º de nados-vivos do Alentejo Central para Portugal é de 1152 / 82787.

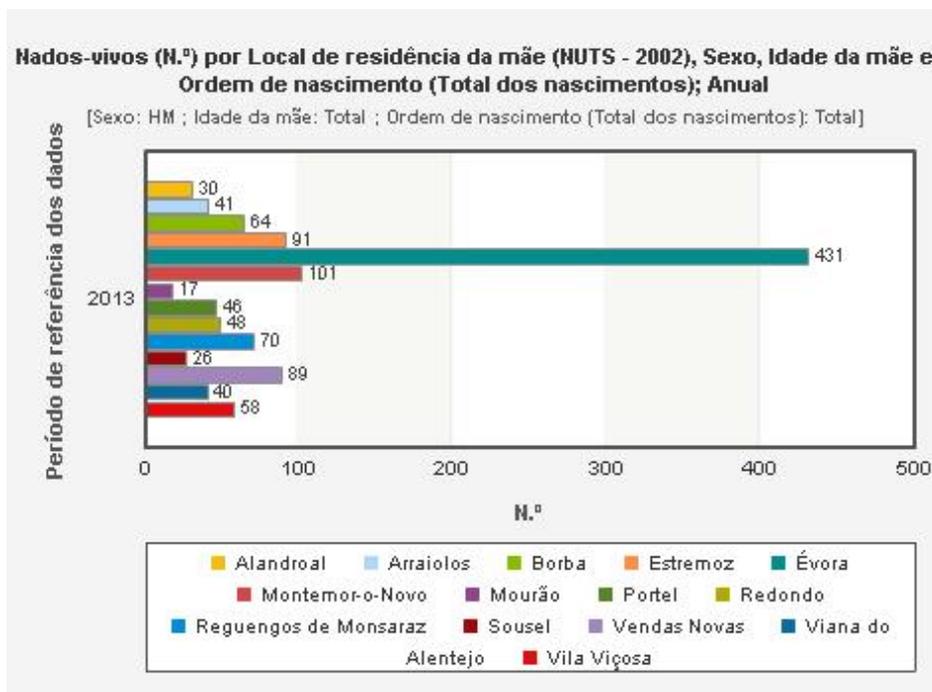
Gráfico 18 – N.º de nados-vivos



Fonte: INE, 2013

O gráfico 19 reporta-nos à realidade do ACES Alentejo Central relativamente ao n.º de nados-vivos, no ano de 2013, num total de 14 concelhos.

Gráfico 19 – N.º de nados-vivos no ACES Alentejo Central



Fonte: INE, 2017

Especificando a nível deste concelho específico (Quadro 2), de 2011 a 2013 houve um decréscimo do n.º de nados vivos.

Quadro 2 - N.º de nados-vivos no concelho

Período de referência dos dados	Local de residência da mãe (NUTS - 2002)	Nados-vivos (N.º) por Local de residência da mãe (NUTS - 2002), Sexo, Idade da mãe e Ordem de nascimento (Total dos nascimentos); Anual		
		Sexo		
		HM	H	M
		Idade da mãe		
		Total		
		Ordem de nascimento (Total dos nascimentos)		
		Total		
		N.º	N.º	N.º
2013	UCSP	48	24	24
2012	UCSP	56	29	27
2011	UCSP	67	31	36

Fonte: Adaptado de INE, 2017

3.2 - Cuidados e Necessidades Específicas da População Alvo

O diagnóstico da situação é a 1.ª etapa do processo de planeamento em saúde, traduzindo assim as necessidades de saúde da comunidade (Imperatori & Giraldes, 1993). É esta consolidação, feita entre as necessidades e o diagnóstico, que vai proporcionar a pertinência do plano de intervenção. Plano esse que por sua vez é colmatado por atividades e que em situações de avaliação serve como modelo de comparação (Imperatori & Giraldes, 1993).

Parte-se do princípio que o diagnóstico da situação procura identificar, em profundidade e com objetividade, problemas de saúde e determinar as necessidades reais (definidas por técnicos) ou as necessidades evidenciadas pela população. Desta forma para identificação dos problemas da população do concelho estudado e após consensualização da equipa de saúde, decidimos intervir na área de Saúde Infantil uma vez que estamos perante um concelho com baixa taxa de natalidade associada a diversos determinantes de saúde que podem constituir potenciais riscos individuais ou familiares. Nesses determinantes temos baixos recursos socioeconómico, défices de acessibilidade, escassa literacia, baixo nível de escolaridade, falta de apoio familiar, comportamentos aditivos, isolamento geográfico e falta de condições profissionais. Numa outra vertente menos específica, mas também como

determinante de saúde, temos o facto das altas hospitalares pós-parto, serem cada vez mais precoces desencadeando nos pais, medos, incertezas e inseguranças.

A equipa de saúde constatou ao longo do tempo de exercício de funções, no decorrer das primeiras consultas ao RN no CS, a existência de dificuldades traduzidas pelos pais relativas à transição para a parentalidade. Concluiu-se a existência de uma lacuna no apoio à adaptação a uma nova etapa de vida familiar. Face ao anteriormente descrito, de forma assegurar a continuidade dos cuidados ao RN após a alta hospitalar, surge a necessidade de implementar a *Consulta de Enfermagem ao RN na 1.ª Semana de Vida, no Domicílio*.

As necessidades de aprendizagem, principalmente dos novos pais, surgem após o parto e essencialmente no regresso a casa.

Opta-se pelo contexto domiciliário para a implementação do projeto, dado que é no domicílio que se torna mais evidente a espontaneidade da parentalidade inerente às respetivas alterações no âmbito familiar. Por outro lado, adequado à realidade deste concelho, o contexto de domicílio também vem dar suporte às famílias com menores recursos socioeconómicos e residentes nas periferias. Destacam-se entre as famílias referidas anteriormente a existência de uma pequena comunidade Rom nómada, que reside durante longas temporadas, num acampamento na freguesia 2 deste concelho.

À medida que diminui o tempo de hospitalização no pós-parto, aumenta a necessidade dos pais se apoiarem nos recursos da comunidade e nos enfermeiros para aquisição de informação.

Os recursos da comunidade devem ser acessíveis e facilitadores, tendo em conta que as necessidades de aprendizagem e os respetivos momentos são potenciados no domicílio.

Inserindo esta problemática na visita domiciliária de enfermagem, promove-se a oportunidade de resolução de potenciais problemas que se resumem em ganhos de saúde.

No entanto existem ameaças intrínsecas que só é possível desmistificar com estabelecimento de uma relação de confiança e de aceitação entre a família e o enfermeiro. Esta relação deve ser criada e crescer gradualmente, pelo que necessita ser iniciada o mais precocemente possível antes do parto.

Adaptando esta reflexão para a realidade deste concelho, esta dinâmica torna-se mais simples, visto que quanto mais pequeno for o meio circundante, mais facilitador será o percurso uma vez que o enfermeiro facilmente é conhecedor da dinâmica da família a intervir. Por outro lado e na perspetiva da família, a referência do enfermeiro está previamente criada, existindo já uma relação profissional.

Por outro lado, como ameaças extrínsecas à resolução da problemática, existem duas componentes a contornar, uma é o atraso dos avisos de nascimentos nas maternidades, e o outro é o facto de haver grávidas apenas vigiadas no particular. Estas componentes foram ultrapassadas através da informação aos pais, aquando a vacinação da vacina Tdpa, que deveriam contactar a UCSP logo após a alta hospitalar.

3.3 – Estudos sobre Programas de Intervenção com a População Alvo

Na ausência de estudos isolados sobre a população alvo, uma vez que a temática engloba sempre, e com toda a lógica, o RN e a puérpera, acabamos por fazer pesquisas temáticas específicas.

3.3.1 - Transição para a parentalidade

O termo parentalidade descende da palavra latina *parental*, significando o que é relativo a mãe e pai. As competências parentais traduzem-se na promoção da saúde e o bem-estar das crianças, assim o processo de transição para este desafio, ostenta comportamentos que facilitem a incorporação de um RN no cerne da família.

O exercício da parentalidade reflete-se no vínculo entre pais e filhos, sendo um processo que apesar de universal é vivido de uma forma única, exclusiva e particular.

Antes de falarmos em parentalidade, temos que admitir que embora a definição de família e seus respetivos papéis tenha mudado ao longo das gerações, a família continua a ter um papel fundamental e decisivo no desenvolvimento do novo ser. Nesta linha de pensamento, a família assume um carácter essencial, devendo oferecer um ambiente estável e seguro proporcionando desta maneira um crescimento saudável.

As mudanças associadas ao nascimento de um filho, não implicam a existência de capacidades inatas para enfrentar a realidade, no entanto obrigam a um processo de aprendizagens. A parentalidade é um processo de transição complexo que implica a interiorização de novas habilidades, aprendizagens e conhecimentos (Vieira, 2008). Apesar da preparação e transição para esta nova etapa de vida, ser influenciada por inúmeros determinantes de saúde individuais, existem requisitos que ajudam a colmatar as necessidades tais como livros, cursos, internet, e também o precioso apoio das mães.

Contudo, os pais referem-se como pouco satisfeitos com a informação assimilada e como prova disso são os medos, receios e inseguranças reveladas imediatamente após a alta hospitalar. Nesta perspetiva, deve pensar-se sobre os cuidados dos pais ao RN, e a relevância dos enfermeiros no cuidar em situações de transição mais precisamente na parentalidade (Zacarias, 2011).

A parentalidade representa uma caminhada longa para toda a família e que deve ser apoiada o mais precocemente possível pelo enfermeiro de CSP. Estes profissionais de saúde são detentores de conhecimento, competência e experiência para produzir e inovar capacidades resultantes em ganhos de saúde da comunidade.

Atualmente são objetivos dos cuidados de saúde para famílias em fase de gestação, gravidezes saudáveis, RN saudáveis e pais devidamente preparados para a parentalidade (Pacheco, 2012).

Existem momentos importantes que devem ser considerados pelos enfermeiros de CSP, como privilegiados para iniciar o processo de educação para a saúde da família. A vacinação da grávida, as consultas de saúde materna entre outras ocasiões, servem para iniciar ou estreitar relações entre os pais e o enfermeiro. Depois existem pormenores que apesar de serem pequenos, podem fazer a diferença para uma relação de empatia e confiança entre os pais e o enfermeiro. O facto de estarmos perante uma pequena área geográfica e a existência de um enfermeiro de família, proporciona um melhor conhecimento quer do enfermeiro, quer das famílias, permitindo encurtar e direccionar o percurso.

Iniciado o processo é preciso mostrar disponibilidade e alternativas existentes, apesar das necessidades dos pais surgirem numa fase mais avançada.

Presentemente, com os internamentos pós-partos cada vez mais curtos, as mães/pais não conseguem assimilar em tão pouco espaço de tempo, um imenso leque de informações. Esta dificuldade revela-se sobretudo com maior prevalência em “novos” pais com níveis de literacia mais elevado e que por sua vez, se encontram sem apoios paternos na área de residência. Existe outro grupo de pais, também com grandes necessidades de aprendizagem embora não identificadas por si, o que pode traduzir potenciais riscos de saúde. Por último, temos pais que embora já com outros filhos, esta nova etapa requer apoio a nível de reestruturação familiar.

Apesar da parentalidade representar um processo de aprendizagem que se inicia com a gravidez, é no pós-parto mais concretamente no regresso a casa que os pais se deparam com uma realidade por vezes completamente diferente da idealizada. Daqui emerge a necessidade de continuidade de cuidados ao RN, que por sua vez influenciam o bem-estar de toda a família.

Todos os recursos da comunidade devem ser tidos em atenção tendo em consideração que as necessidades de aprendizagem e os respetivos momentos são potenciados em casa (Zacarias, 2011).

Com este propósito, os cuidados de enfermagem em contexto domiciliário retornam ganhos em saúde, nomeadamente traduzidos em diminuição visitas injustificadas aos CS, e reinternamentos hospitalares, além de outras dimensões que em situações extremas podem envolver situações de perigo.

3.3.2 - Visita domiciliária de enfermagem, ao RN

O puerpério é um período assinalado por grande vulnerabilidade emocional, não só para a mulher como também para a família (Pereira, 2012).

O nascimento de um filho numa família, requer um período de recuperação e reestruturação para todos os envolvidos. Essa nova etapa deve ser orientada e supervisionada para atingir níveis de otimização saudáveis.

A VD de enfermagem é um contato de grande impacto uma vez que é primordial para o conhecimento da realidade individual assim como da sua respetiva adaptação. Esta atividade é cada vez mais fundamental nas equipas de CSP, constituindo uma estratégia de intervenção na prestação de cuidados (Resende, 2006). Em contrapartida para os enfermeiros a VD implica um desafio onde se apela à criatividade e flexibilidade associada a competências técnicas e científicas.

A VD acaba por ser uma estratégia comunitária que nos conduz na intervenção das famílias no seu próprio espaço vital. O enfermeiro envolve-se numa perspetiva global da família, da sua realidade e recursos, podendo atuar de forma holística (Filipe, 2011).

A visita ao RN em domicílio deve ser feita, tendo em conta as especificidades de cada realidade, não podendo haver uniformização das diversas necessidades. Todos os aspetos envolventes devem ser tidos em consideração, não devem haver subestimações, mas pelo contrário devem fazer-se valorizações a todos os aspetos positivos, por mais básicos que sejam, como ponto de partida.

Daqui a primazia do enfermeiro especialista em ECSP com as suas competências de promoção e educação para a saúde num contexto comunitário (Pacheco, 2012).

A ECSP confere ao especialista, entre outras, a capacidade de participar na avaliação e tomada de decisão de problemas de realce em saúde pública. Assim como no seguimento do

desenvolvimento de projetos que de intervenção que visam o “empowerment” das comunidades (Regulamento 128/2011).

Os cuidados de enfermagem ao RN, no domicílio também podem ser uma ferramenta para colmatar uma situação de crise familiar. Comumente esta atividade diferenciada, proporciona a continuidade de aprendizagens dos pais, no contexto exclusivo do seu lar, visando a aquisição de competências adequadas.

Pequenas metas tangíveis possibilitam objetivos exequíveis que promovem a autonomia da família e que futuramente se refletem no desenvolvimento do RN, assim como em relacionamentos familiares saudáveis.

A VD é propícia à deteção precoce de riscos familiares que podem ser definitivos no vínculo do RN com os pais e refletindo-se no desenvolvimento e crescimento do novo ser. Cada mãe/pai e RN revelam, pois, um mundo próprio e único, com diferentes necessidades.

3.4 - Recrutamento da População Alvo

Este projeto é direcionado à 1.ª semana de vida de todos os recém-nascidos inscritos na UCSP, residentes no concelho e que os respetivos pais solicitem antecipadamente a consulta. Durante a execução deste trabalho, e atendendo à cronologia do estágio, foram considerados apenas os RN cuja data de nascimento foi entre novembro de 2017 e janeiro de 2018.

Uma vez que as necessidades da população foram identificadas por enfermeiros e médicos, achamos pertinente e estratégico que os enfermeiros da UCSP fossem envolvidos em todo o projeto.

4 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

Objetivos são metas originadas de um resultado desejável e tecnicamente exequível, visando alterar a evolução do problema. Esta etapa deve ter em consideração a precisão, a ausência de ambiguidades e partir de um conhecimento da realidade.

Assim para este projeto de intervenção, foram fixados os objetivos:

Objetivo Geral:

Implementar a Consulta de Enfermagem ao Recém-Nascido na 1.ª Semana de Vida, no Domicílio, a 30% dos utentes da UCSP, até ao final de 2018.

Este objetivo formulado foi baseado no diagnóstico da situação manifestado por enfermeiros e médicos do CS em causa.

Objetivos Específicos:

- *Promover a saúde do RN.*

Um objetivo de extrema importância para a consecução deste projeto na medida em que são abordados os temas da alimentação, higiene/conforto, sono e posicionamentos. É neste item que se desenvolvem os maiores medos, receios e incertezas dos pais.

A saúde deve ser vista como um “conceito positivo, que acentua os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas” (Carta de Ottawa, 1986, p. 1).

Outro dos temas relevante para ganhos em saúde, e constante neste objetivo, é a amamentação. O aleitamento tem vantagens quer para o bebé, quer para a própria mãe. O leite materno é um alimento precioso que previne infeções gástricas, urinárias e respiratórias além de fortalecer o sistema imunitário do bebé.

Preconizado por a DGS, hoje em dia, dar de mamar deve fazer constituir uma prioridade, até aos 6 meses de idade.

A amamentação constitui um momento solene de trocas emotivas promovendo o vínculo afetivo entre mãe e filho. A oportunidade de observação desta conjuntura em contexto domiciliário, muitas vezes, pode ser reveladora de situações com necessidade de ajuste.

Este objetivo também representa um item de vigilância em termos de vacinação, monitorização das medidas antropométricas e realização do Teste de Guthrie. A pele e o coto umbilical também são aspetos alvo de exame, nesta fase.

Especificar ensinamentos aos pais, consoante as respetivas necessidades. A especificidade deste objetivo resulta do facto de que cada ser é único, assim como cada realidade é única e exclusiva.

Promover a saúde do RN implica uma parentalidade responsável e saudável, traduzindo-se em bons tratamentos.

- *Diminuir desigualdades e aumentar a acessibilidade aos CSP.*

Não diminuindo a importância dos demais objetivos, esta é uma meta particularmente importante uma vez que tem um caráter político em CSP.

Este propósito além de aumentar os recursos disponíveis pelos CSP, vem também antecipar o 1.º acesso dos recém-nascidos, aos mesmos.

Empoderar todos os pais de recém-nascidos, independentemente de qualquer característica étnica, social, cultural, religiosa ou outras. Assim como garantir igualdade de oportunidades de acesso para todos os recém-nascidos inscritos nesta UCSP.

Tal como é enfatizado por a Organização Mundial de Saúde (OMS) e também por a United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF), as visitas domiciliares durante a 1.ª semana de vida são aconselhadas para diminuir a morbidade e mortalidade dos recém-nascidos. Citado por a OMS/ UNICEF (2009), essas visitas devem ser vistas numa forma de um continuum de cuidados e que façam a ligação entre as famílias, as comunidades e os sistemas de saúde.

- *Estabelecer um protocolo para a Consulta de Enfermagem ao Recém-Nascido na 1.ª Semana de Vida, no Domicílio.*

Este item também com a sua primazia, concede-nos a particularidade de uniformizar procedimentos relativos a esta consulta. Segundo a DGS (2013) é fundamental que o enfermeiro desenvolva processos que proporcionem a visita domiciliar, uma vez que o seu trabalho é primordial para a vigilância e promoção da saúde imediatamente após a alta hospitalar.

5- ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

O projeto de intervenção comunitária, tal como refere Santos (2016, p. 58), “tem como propósito a resolução de problemas detetados e a promoção das potencialidades de uma comunidade através de uma ação concertada entre vários agentes e a própria comunidade local”. Como tal, foram estabelecidas intervenções que se basearam numa sequência para capacitar os pais na prestação de cuidados aos que deles dependem, dando-se desta forma continuidade a esses cuidados aos recém-nascidos após a alta-hospitalar e o que, por sua vez, promove a saúde dos mesmos.

Com a finalidade de atingir os objetivos e efetivos ganhos em saúde, é essencial basear a intervenção comunitária num modelo de promoção de saúde, perante o perigo de fazer o percurso sustentado apenas por dados empíricos, isolados e descoordenados. Assim, o presente trabalho baseia-se no *Modelo de Promoção da Saúde Precede-Proceed*. Este modelo iniciou-se, em 1971, com Lawrence (etapa *precede*) e, em 1990, foi concluído por Lawrence e Kreuter (etapa *proceed*), originando o *Modelo Precede-Proceed*. Este enfatiza o conjunto de fatores que determinam a adoção de comportamentos preventivos (Brito, 2007), desenrolando-se em duas etapas.

A primeira etapa representa a fase *preced* e baseia-se na realização de vários diagnósticos.

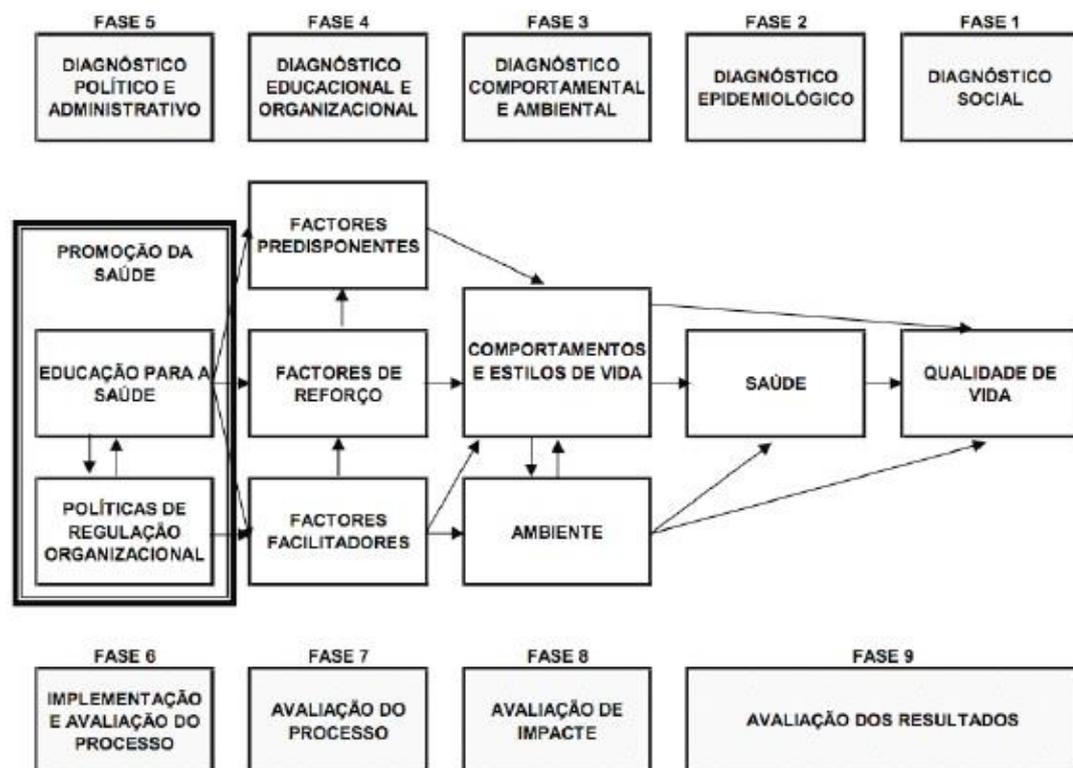
- Diagnóstico social – onde se recorre à avaliação subjetiva e objetiva da qualidade de vida individual e se realça o envolvimento ativo dos participantes;
- Diagnóstico epidemiológico – determinação do problema de saúde da população através de dados objetivos;
- Diagnóstico comportamental e ambiental - estudo das ações pessoais e coletivas que dominam os determinantes de saúde e, por sua vez, influenciam a qualidade de vida;
- Diagnóstico educacional e organizacional – análise dos fatores facilitadores, predisponentes e de reforço;
- Diagnóstico político e administrativo – investigação das políticas, metodologias e recursos que podem (des)complicar o desenvolvimento e implementação do programa de promoção de saúde.

A segunda etapa é constituída por implementação, avaliação do processo, avaliação do impacto e avaliação dos resultados:

- Implementação - de estratégias de promoção e educação para a saúde, baseadas em objetivos específicos, claros e exequíveis;
- Avaliação do processo - realçando a primordialidade de avaliação contínua que possibilita e fundamenta adequações e ajustes;
- Avaliação do impacto - constatação do nível de eficácia dos objetivos comportamentais e ambientais delineados através de indicadores de avaliação;
- Avaliação dos resultados - determinação da evidência das alterações ocorridas nos comportamentos e condições ambientais.

Com tudo isto, podemos afirmar que este modelo estabelece um esquema linear de causa-efeito, no qual a educação para a saúde, a conveniente regulamentação e as organizações apoiam mudanças de comportamentos que visem aumentar a qualidade de vida (Brito, 2007).

Figura 6 – Esquema do *Modelo Precede-Proceed*



Fonte: Brito, 2007, p.118 (adaptado de Green & Kreuter, 1991)

Este projeto de intervenção foi delineado para ser desenvolvido em cerca de 15 meses, ou seja, até ao final de 2018. No entanto esta primeira parte do relatório reporta-se aos primeiros 6 meses de um processo que fica em continuidade nesta unidade de saúde.

5.1 - Metodologia

A metodologia possui um conjunto próprio de meios e atividades, para dar resposta às questões de investigação expressas na fase conceptual (Fortin, Côté, & Fillion, 2009).

Neste trabalho, foi usada a metodologia do Planeamento em Saúde. O planeamento deve ter em consideração as especificidades e as necessidades encontradas pelos vários peritos sociais, os seus interesses e relações sociais. Identificadas as necessidades reais, direcionaram-se as intervenções mais adequadas à comunidade em estudo.

5.1.1 - Instrumentos de recolha de dados

Tendo como base o diagnóstico da situação dos utentes da UCSP, optou-se pela utilização de três instrumentos de recolha de dados, tornando o processo pertinente, rápido, perceptível e simples.

a) Instrumento de diagnóstico da situação

Questionário – Avaliação da Perceção dos Médicos e Enfermeiros do CS sobre a “Consulta de Enfermagem ao Recém-Nascido na 1.ª Semana de Vida, no Domicílio” (Anexo I).

Com o intuito de aferir esta necessidade de saúde da comunidade, com a restante equipa de saúde, foi usado como instrumento um questionário, devidamente redimensionado, elaborado e testado por Piteira, 2016. Foram feitas três alterações, devidamente autorizadas (Anexo II), ao questionário original, porque nesta unidade de saúde nunca existiu este programa. Há que salientar que o questionário primitivo estava direcionado também à puérpera enquanto o atual estudo está relacionado apenas ao RN.

O questionário foi submetido e respondido por 10 profissionais. Este instrumento tem 14 questões, das quais as primeiras 5 são de caracterização e as restantes de avaliação sobre a temática em estudo. As últimas 9 questões, à exceção da questão 12 que é de escolha múltipla, são de cariz dicotómico.

Decidimos aplicar o questionário a médicos e enfermeiros do CS, apesar da temática ser direcionada à intervenção dos enfermeiros, consideramos que a problemática requer um envolvimento em equipa.

Os questionários foram aplicados em setembro de 2017. A sua distribuição foi diretamente concebida pela mestrandia em horário laboral dos profissionais, sendo o seu preenchimento feito de bom agrado e de forma rápida, individual e confidencial. Após a recolha dos questionários, procedeu-se à sua codificação, validação e análise. Foi feito o tratamento de dados através do programa Microsoft Excel 2016, onde se apurou a percentagem de respostas das questões dicotómicas e a análise de conteúdo para as restantes perguntas.

b) Instrumentos de avaliação

↳ *Questionário à mãe (Apêndice 1)*

Este instrumento serve como forma de auscultação das opiniões das mães dos recém-nascidos sujeitos a esta VD, no sentido de constatar os benefícios individuais da implementação deste projeto e seu impacto nesta comunidade. O questionário está projetado para ser feito já em contexto de acompanhamento de consulta de Saúde Infantil, na UCSP. O referido instrumento, composto por questões fechadas, foi construído e submetido à apreciação dos enfermeiros da UCSP, posteriormente foi feito um pré-teste a dez mulheres com características semelhantes às mães dos recém-nascidos do estudo, de onde resultaram algumas correções que o tornaram operacional.

↳ *Matriz SWOT, aos enfermeiros da UCSP (Anexo III)*

Este instrumento tem como finalidade avaliar globalmente o projeto a que nos propusemos. A análise *SWOT* proporciona a reflexão sobre o percurso percorrido e o confronto com as expectativas iniciais. Neste processo só vão ser envolvidos os 3 enfermeiros da UCSP, uma vez que estes seguiram e fizeram parte de toda a execução do projeto.

c) Instrumento de registo

Guia de orientação para a consulta (Apêndice 2)

Esta ferramenta surge com a necessidade de colher informação para registos do RN no Sclínico, e devido à indisponibilidade do referido sistema informático em contexto domiciliário.

5.1.2 - Questões éticas

Durante a elaboração de um projeto, o envolvimento de instituições, profissionais e indivíduos, exige a reflexão sobre valores que podem comprometer a integridade pessoal e coletiva. Segundo Fortin, Côté, & Fillion, (2009, p. 186), devem ser respeitados os seguintes princípios éticos:

1) respeito pelo consentimento livre e esclarecido; 2) o respeito pelos grupos vulneráveis; 3) o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais; 4) o respeito pela justiça e pela equidade; 5) o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes; 6) a redução dos inconvenientes e 7) a otimização das vantagens.

Inserido num projeto desta natureza, e com a autorização de estágio do ACES Alentejo Central à Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, todas as questões éticas já se encontram inerentemente contempladas.

Outro fator a ter em consideração foi o de solicitar o devido consentimento livre e esclarecido aos respetivos participantes (Apêndice 3), tal como a autorização do coordenador da instituição onde decorreu o projeto (Apêndice 4).

Especificamente, aos pais dos recém-nascidos envolvidos, no primeiro contato formal feito no CS, ainda antes do parto, foi explicada a finalidade do projeto e a relevância da sua participação, garantindo sempre a confidencialidade e o anonimato. Foram também esclarecidos sobre o direito a não querer participar no estudo, sem que isso fosse conducente a represálias. Em última instância, foram ainda informados que, mesmo após terem aceitado participar, em qualquer altura do projeto, tinham o direito a inverter a sua decisão sem qualquer consequência negativa.

O presente estudo foi subordinado à aprovação da Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas da Saúde e do Bem-Estar da Universidade de Évora, com a obtenção de parecer positivo (Anexo IV).

5.2 - Fundamentação das Intervenções

Atendendo a que este projeto tem como foco geral a promoção da saúde, e visando atingir os objetivos definidos, emergem intervenções ao nível da educação para a saúde e prevenção da doença.

Conforme mencionado na Carta de Ottawa (1986), a promoção da saúde tem como finalidade ampliar a aptidão das pessoas e comunidades para controlarem a sua própria saúde. Consequentemente, a promoção da saúde “desenvolve-se através da intervenção concreta e efetiva na comunidade, estabelecendo prioridades, tomando decisões, planeando estratégias e implementando-as com vista a atingir melhor saúde” (Carta de Ottawa, 1986, p. 3).

Com a *Consulta de Enfermagem ao RN na 1.ª Semana de Vida, no Domicílio* pretende-se capacitar e empoderar os pais para serem responsáveis pela saúde dos seus filhos. Este envolvimento dos pais deve ser visto como um recurso para a vida dos seus descendentes.

A conceção do projeto desenrolou-se em várias fases, adequando-se as intervenções ao alcançar dos objetivos propostos.

1.ª Fase – Diagnóstico

Todo o processo teve por base uma pesquisa bibliográfica aprofundada, inicialmente sobre a população do concelho e depois sobre a temática em causa.

➤ 1.ª Reunião com enfermeiros e médicos do CS, para determinação da área do projeto

Inicialmente foi feita uma reunião com os enfermeiros e médicos do CS, com o intuito de determinar a área de intervenção de um projeto, a incluir na carteira de serviços da UCSP baseado na auscultação das opiniões dos elementos peritos acerca das necessidades da população. A necessidade que mais se evidenciou foi na área de Saúde Infantil, mais propriamente, em dar apoio aos pais na 1.ª fase da parentalidade.

Após reflexão, com a constante observação direta dos medos, incertezas e insegurança dos pais nas primeiras consultas de Saúde Infantil na UCSP, e com conhecimento da comunidade em estudo, decidimos avaliar a necessidade de implementação da *Consulta de Enfermagem ao Recém-Nascido na 1.ª Semana de Vida, no Domicílio*.

➤ Aplicação dos questionários a enfermeiros e médicos do CS

Aplicou-se a 10 profissionais de saúde, a totalidade de médicos e enfermeiros do CS, um questionário de avaliação da referida necessidade. Embora este projeto seja do âmbito da enfermagem, achámos importante envolver também o setor médico, uma vez que é prática desta instituição o envolvimento em equipa. Por outro lado, dos seis enfermeiros inquiridos, três pertencem à UCC, no entanto, por se encontrarem bem implementados na dinâmica comunitária do concelho, achamos que podiam contribuir para o fortalecimento do estudo.

Os profissionais foram codificados com números.

As primeiras seis questões de caracterização foram resumidas no seguinte quadro.

Tabela 2 - Caracterização dos profissionais inquiridos no CS

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Idade	24	31	39	45	54	55	58	60	60	66
Sexo	F	F	M	F	F	F	M	F	M	M
Categoria profissional	Enfeº	Enfeº	Enfeº Esp. ER	Enfeº	Enfeº Esp. ESMP	Médico	Médico	Enfeº	Médico	Médico
Anos de profissão	3	8	19	21	26	31	32	37	35	37
Tempo no CS	8 meses	10 meses	9 anos	11 anos	15 anos	20 anos	24 anos	3 anos	32 anos	33 anos

Tabela 3 - Pertinência da consulta

Variáveis	Resposta	%	Categoria Profissional	Justificação
Importância da Consulta	Sim	90%	Enfermeiros Médicos	
	Não	10%	Médicos	
Benefícios do protocolo da consulta	Sim	90%	Enfermeiros Médicos	<ul style="list-style-type: none"> . Serviços de maior qualidade (Q2); . Aproximar a família aos Cuidados de Saúde Primários (Q5); . Despistar comportamentos de risco (Q1); . Dar resposta a necessidades individuais num ambiente propício (Q1, Q2 e Q8).
	Não	10%	Médicos	<ul style="list-style-type: none"> . Pais sem dificuldades de mobilidade; . Dar aos pais, autonomia na gestão de vida.
Consulta como mais-valia	Sim	90%	Enfermeiros Médicos	<ul style="list-style-type: none"> . Avaliar o ambiente familiar para corrigir défices (Q4); . Promover a parentalidade em contexto família (Q1, Q2, Q5, Q7 e Q8); . Ferramenta de apoio aos pais (Q9); . Local propício para detetar situações de risco (Q4 e Q7).
	Não	10%	Médicos	<ul style="list-style-type: none"> . Pais sem dificuldades de mobilidade; . Dar aos pais, autonomia na gestão de vida.
Projeto de encontro às necessidades	Sim	90%	Enfermeiros Médicos	
	Não	10%	Médicos	

Tabela 4 – Existência e adequação dos recursos

Variáveis	Resposta	%	Categoria Profissional	Justificação
Recursos humanos disponíveis para a consulta	Sim	20%	Enfermeiros Médicos	
	Não	80%	Enfermeiros Médicos	
Recursos materiais disponíveis para a consulta	Sim	70%	Enfermeiros Médicos	
	Não	30%	Médicos	
Adequação dos registos de enfermagem para a consulta	Sclínico	70%	Enfermeiros Médicos	
	Papel	0		
	Ambos	30%	Enfermeiros Médicos	
	Outros	0		
Adaptação ao Sclínico	Sim	70%	Enfermeiros Médicos	. Determinadas situações devem ser contempladas com notas (Q4).
	Não	30%	Enfermeiros Médicos	. Não existem intervenções específicas (Q8).

No que diz respeito a sugestões (questão 14), tivemos duas propostas que foram de caráter impulsionador para o projeto.

Numa visão mais ampla sobre a globalidade dos resultados dos 10 questionários, observa-se uma quase total concordância sobre a importância da implementação da consulta, havendo notoriamente algumas discordâncias entre recursos humanos, materiais e informáticos. A essência da problemática, ou seja, a pertinência da implementação da *Consulta de Enfermagem ao Recém-Nascido na 1.ª Semana de Vida, no Domicílio*, foi demonstrada pela quase totalidade profissionais, fundamentando-se que o apoio à parentalidade deve ser priorizado de forma individual e particular.

- 2.ª Reunião com enfermeiros e médicos, para definição das prioridades

O Planeamento em Saúde requer a elaboração de um plano, em que, numa segunda fase, se hierarquizam os problemas da comunidade em estudo. Na delimitação das prioridades, devem seleccionar-se os problemas a resolver em primeira instância, utilizando para essa finalidade critérios de diversas ordens.

Feito o diagnóstico da população, devem ser escolhidos os problemas mais relevantes e estabelecer as prioridades de atuação, para tal especificam-se alguns critérios de hierarquização dos problemas, tais como magnitude, transcendência e vulnerabilidade, com vista a rentabilizar os recursos existentes. (Imperatori & Giraldes, 1993).

A magnitude do problema está essencialmente relacionada com a sua importância, uma vez que a literacia em saúde influencia as escolhas, decisões e comportamentos quotidianos, desencadeando o grande impacto na saúde individual. A transcendência refere-se à importância do grupo etário a que o alvo se dirige, neste caso particular sendo o alvo os recém-nascidos, segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2013), as crianças são um grupo alvo prioritário que requer grande empenho e disponibilidade dos profissionais de saúde. Por fim, a vulnerabilidade está associada à prevenção, todas as ações antecipatórias com a finalidade de capacitar os pais para cuidar do RN, são imprescindíveis (DGS, 2013). Na área da Saúde Infantil, dá-se maior ênfase à prevenção da doença, promoção e manutenção da saúde.

Esta fase é fundamental na medida que na tomada de decisão dos problemas em realce, impõe-se a utilização eficiente dos recursos existentes.

Neste caso, a definição de prioridades foi feita através de consenso da equipa. Ou seja, diante do diagnóstico realizou-se uma 2.ª reunião com os mesmos 10 profissionais da UCSP e perante a problemática, atribuíram-se diretamente questões como prioridades:

- 1.ª Continuidade de cuidados ao RN, após a alta hospitalar;
- 2.ª Capacitação dos pais para cuidados ao RN.

2.ª Fase – Preparação

Elaborado o diagnóstico da situação, definiram-se os objetivos gerais e específicos a atingir e as conseqüentes intervenções.

No decorrer do projeto, as intervenções foram sendo discutidas com a orientadora, o supervisor clínico e os enfermeiros da UCSP, como forma de ajuste apropriado às necessidades.

Para dar resposta a esta etapa, elaborámos uma tabela, onde para cada um dos objetivos, programamos as atividades e respetivos parâmetros de avaliação.

Tabela 5 – Operacionalização do projeto

OBJETIVO	ATIVIDADES	AVALIAÇÃO
Implementar a <i>Consulta de Enfermagem ao Recém-Nascido na 1.ª Semana de Vida, no Domicílio</i> , a 30% dos utentes da UCSP, até ao final de 2018	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estabelecer uma relação de confiança com os pais; ▪ Participar nas consultas de Saúde Materna; ▪ Proporcionar um contato particular entre o enfermeiro e a grávida (vacinação Tdpa); ▪ Promover o envolvimento da equipa multidisciplinar do CS. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporção de recém-nascidos com domicílio de enfermagem até ao 15º dia de vida.
Promover a saúde do RN;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização do Teste de Guthrie; ▪ Monitorização das medidas antropométricas do RN; ▪ Realização de sessões de educação para a saúde (EPS) conforme as necessidades específicas dos pais (amamentação, aleitamento, higiene, conforto, posicionamentos, sono e coto umbilical). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N.º de testes realizados no domicílio/ N.º total de RN × 100; ▪ N.º de RN que são amamentados / N.º total de RN × 100; ▪ N.º total de pais presentes na <i>Consulta de Enfermagem ao RN na 1.ª Semana de Vida, no Domicílio</i>/ N.º total de pais de RN × 100.
Diminuir desigualdades e aumentar a acessibilidade aos CSP;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboração de um panfleto para divulgação deste projeto; ▪ Realização de artigo científico para difundir o projeto ▪ Preparar um livro sobre os cuidados ao RN; ▪ Elaboração e atualização da lista das grávidas; ▪ Apresentação do projeto pessoalmente, junto da matriarca da comunidade Rom. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N.º de RN vigiados na UCSP / N.º total de RN × 100; ▪ N.º de pais que aderem a este projeto / N.º total de pais de RN × 100.
Estabelecer um protocolo para a <i>Consulta de Enfermagem ao Recém-Nascido na 1.ª Semana de Vida, no Domicílio</i> .	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborar um guia de orientação para os enfermeiros; ▪ Fazer uma reunião com os enfermeiros e médicos da UCSP com o intuito de os envolver no projeto; ▪ Preparar uma mala que reúna os materiais necessários para a realização da consulta em contexto domiciliário. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N.º total de enfermeiros da UCSP que aderem ao projeto / N.º total de enfermeiros da UCSP × 100; ▪ N.º total de pais de RN que referem a importância desta consulta / N.º total de pais de RN × 100.

3.ª Fase – Intervenção

➤ Divulgação da Consulta de Enfermagem ao RN na 1.ª Semana de Vida, no Domicílio.

Durante a participação nas consultas de Saúde Materna, foi diretamente feita esta divulgação à futura mãe. Além disso, e de maneira a abranger também as grávidas que não são seguidas na UCSP, foi elaborado um panfleto (Apêndice 5), disponível na sala de espera e entregue a todas as grávidas aquando a administração da vacina Tdpa. Desta maneira, tentamos combater a receção tardia dos registos de nascimento, incumbindo os pais de serem eles próprios a contactar a unidade de saúde logo após a alta hospitalar.

Numa outra vertente, de cariz académico mas também como forma de divulgação, foi elaborado um artigo científico (Apêndice 6), com base no diagnóstico da situação e que aguarda publicação.

➤ Elaboração de livro sobre cuidados ao RN (Apêndice 7)

Com esta atividade, pretendemos reunir num pequeno livro os cuidados básicos ao RN, assim como algumas estratégias para os pais ultrapassarem ligeiras dificuldades. Embora os temas enunciados sejam abordados diretamente na consulta, providenciar material de leitura acaba por facilitar a assimilação de informação por parte dos pais.

➤ Preparação de guia de orientação para a consulta (Apêndice 2)

Com o propósito de colher informação sobre o RN, nos períodos pré-natal, natal e neonatal e na parentalidade foi elaborado este instrumento, em suporte de papel, que nos permite mais tarde informatizar todos os dados no respetivo programa Sclínico. Uma vez informatizados, os dados arquivados no respetivo processo clínico ficam acessíveis aos restantes profissionais da UCSP numa próxima consulta.

➤ Planeamento de sessões de educação para a saúde (EPS) sobre: amamentação, higiene e conforto (Apêndice 8)

Consideramos que esta ferramenta pedagógica visa empoderar e responsabilizar os pais pela promoção dos cuidados aos seus filhos. Estes ensinamentos são específicos e direcionados às necessidades individuais. As sessões são práticas e os pais são envolvidos nas demonstrações. Preparamos três temas que consideramos prioritários e adequadas a qualquer realidade.

➤ Apresentação do projeto, junto da matriarca da comunidade Rom

Como já foi dito no ponto 3.2, neste concelho existe uma comunidade Rom nómada que acarreta potenciais situações de risco. Com esta intervenção de divulgação, pretendemos futuramente, uma vez que durante o estágio não existia nenhuma grávida na comunidade, melhorar a acessibilidade desta população aos CSP.

➤ Organização da mala com os materiais necessários para a consulta

Preparámos uma mala com todo o material necessário: impressos para Teste de Guthrie, luvas, lancetas, compressas, álcool, desinfetante das mãos, pensos rápidos, contentor de cortantes, resguardos, fita métrica, canetas, materiais de leitura, guião, consentimento informado, protocolo, craveira e balança.

➤ Execução do protocolo da consulta (Apêndice 9)

Tendo em consideração as idiosincrasias locais, tais como características culturais, com a finalidade de uniformizar procedimentos, estabeleceu-se um protocolo com intervenções baseadas na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE Versão 2). Este sistema de classificação beneficia a avaliação da contribuição da enfermagem relativamente ao cuidado à saúde, incentivando mudanças e fortalecendo a qualidade do processo assistencial, do ensino, da pesquisa e da gestão.

➤ Elaboração e atualização da lista das grávidas (Apêndice 10)

Ao não ser possível calendarizar com exatidão as consultas, foi feito este instrumento de maneira a planificar as datas prováveis dos partos das grávidas seguidas.

➤ Implementação da *Consulta de Enfermagem ao RN na 1.ª Semana de Vida, no Domicílio*

Esta intervenção visa dar resposta às necessidades da população e foi aplicada a oito recém-nascidos que reuniam os critérios já descritos no ponto 3.4. Após codificação, os recém-nascidos foram caracterizados na tabela 6, cronologicamente por ordem de nascimento. A caracterização que se segue foi transcrita dos dados constantes no boletim de saúde infantil e juvenil, à exceção do rastreio de doenças metabólicas, que já foi realizado no âmbito deste projeto.

Tabela 6: Caracterização dos recém-nascidos

	RN1	RN2	RN3	RN4	RN5	RN6	RN7	RN8
Sexo	♀	♀	♀	♀	♂	♀	♂	♂
Peso	2,480	3,590	2,470	2,940	3,200	2,890	2,980	2,695
Comprimento	45	50	46,5	48	48	48	49	47,5
Perímetro cefálico	33,5	36,5	32,5	34,3	34,5	37	34	34,5
Índice de Apgar 1º/5º/10º minuto	10/10/10	9/10/10	9/10/10	10/10/10	10/10/10	9/9/10	10/10/10	10/10/10
Reanimação	não							
Rastreio auditivo neonatal universal	Otomissões acústicas							
Vacinação	VHB							
Aleitamento	materno exclusivo	materno exclusivo	misto	materno exclusivo				
Rastreio de doenças metabólicas	6.º dia	6.º dia	4.º dia	6.º dia	6.º dia	6.º dia	4.º dia	4.º dia

Os recém-nascidos referidos são provenientes de gestações com diferentes características (Tabela 7) e de famílias com particularidades específicas (Tabela 8), as quais foram tidas em conta no que se referiu a EPS.

Tabela 7 - Caracterização das gestantes

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8
N.º gestações	1	2	2	2	1	1	2	2
Idade gestacional	36	38	39	40	41	40	39	38
N.º Consultas	8	5	6	8	7	9	6	8
Risco na gravidez	normal	normal	normal	normal	normal	normal	normal	normal
Doenças na gravidez	não	não	diabetes gestacionais	não	não	não	HTA	diabetes gestacionais
Vacinação (Tdpa)	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
Tipo de parto	cesariana	cesariana	cesariana	eutócico	eutócico	ventosa	eutócico	cesariana
Epidural	sim	sim	sim	não	sim	sim	sim	sim
Local do parto	HESE	HESE	HESE	HESE	HESE	H. Stª Maria	H. Loures	HESE
N.º dias de internamento	3	2	2	2	2	3	3	2

Tabela 8 - Caracterização dos pais dos recém-nascidos

	M1	P1	M2	P2	M3	P3	M4	P4	M5	P5	M6	P6	M7	P7	M8	P8
Idade	31	34	31	34	37	40	33	27	24	24	27	33	34	36	36	41
Estado Civil	Solteira	Solteiro	Casada	Casado	União facto	União facto	Solteira	Solteiro	Casada	Casado	Casada	Casado	Casada	Casado	União facto	União facto
N.º Filhos	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1
Gravidez desejada	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Hab. literárias	12.º ano	9.º ano	11.º ano	9.º ano	9.º ano	6.º ano	11.º ano	9.º ano	12.º ano	9.º ano	Licenciatura	Licenciatura	Licenciatura	9.º ano	12.º ano	9.º ano
Profissão	Desempregada	Vendedor	Doméstica	Pedreiro	Desempregada	Talhante	Assistente operacional	Trabalhador rural	Técnica de apoio à infância	Trabalhador rural	Advogada	Economista	Psicóloga	Jardineiro	Responsável de loja	Serralheiro

As oito consultas foram alvo de muitas expectativas, sobretudo por parte das mães primíparas. Neste contexto, houve intervenções que disputaram maior atenção devido à complexidade que projetam a nível familiar.

Nas medidas antropométricas, a perda de peso de alguns recém-nascidos no dia da consulta desencadeou alguma ansiedade nos pais, sobretudo nos mais jovens, mas que se contornou com a explicação fisiológica fundamentada, realçando a necessidade de estimular o aleitamento materno com intervalos regulares.

Os cuidados com o coto umbilical, embora já incutidos no hospital, ainda são encarados com pudor por determinados pais. A observação da evolução normal do coto e a prestação direta desse cuidado com os pais veio evidenciar as suas potencialidades como cuidadores.

O choro dos recém-nascidos é também outro aspeto que causa ansiedade em muitos pais. O ensino sobre a avaliação do choro conduz a uma série de situações resolúveis pelos próprios pais, mas que sem a sua intervenção são potencialmente causadoras de desconforto no RN.

O conforto do RN é fulcral neste período de adaptação à vida extra-uterina, daí que a adequação de todos os aspetos, desde a fralda, a higiene, a amamentação, o sono, o vestuário e até o próprio ambiente, sejam fatores que interferem diretamente com o seu bem-estar.

Ao longo da totalidade das consultas, foram efetuadas EPS sobre temas prioritários e abrangentes a qualquer realidade (aleitamento, higiene e conforto do RN); no entanto, atendendo a idiosincrasias, houve também a necessidade de EPS sobre temas pertinentes a cada contexto.

Dos oito recém-nascidos, sete faziam aleitamento materno exclusivo pelo que foi assistida a visualização da prática, proporcionando-se a EPS no sentido de empoderar a mães na perícia da técnica. Não excluindo os pais presentes neste processo, os mesmos também foram envolvidos na prevenção de perigos inerentes e conseqüentemente adoção de comportamentos saudáveis.

Um dos oito recém-nascidos fazia inicialmente um aleitamento misto por hipogalactia, motivo pelo qual além da visualização da amamentação também nos deparamos com a demonstração da preparação do biberão feita pelos pais, a qual também beneficiou de EPS. De notar que, no decorrer dos primeiros oito dias de vida deste RN, acompanhados e estimulados pelos profissionais de saúde da UCSP, este aleitamento misto passou a materno exclusivo.

A ausência de rotinas diárias em famílias com mais filhos demonstrou uma maior necessidade de reorganização e conseqüente reajuste familiar. De todas estas famílias, houve principalmente uma em que tivemos que desenvolver EPS para capacitar os pais no

estabelecimento de uma dinâmica familiar baseada em rotinas de vida diária, que sustentassem também as necessidades básicas do outro filho já existente.

De seguida, vamos fazer uma retrospectiva individual de cada consulta, evidenciando os aspetos particulares mais relevantes.

Na 1ª consulta de enfermagem, os pais primíparos e após um parto de gémeas da qual só um dos RN foi alvo deste projeto (o outro RN permaneceu internado durante 10 dias), mostraram-se recetivos à EPS sobre a técnica de extração e armazenamento de leite. No que respeita à visualização da amamentação, houve necessidade de aferição de alguns pormenores, como os posicionamentos. Estes pais, na sequência da grande alteração do seu padrão de vida, requereram um ajuste nas suas rotinas para se conseguirem revezar e prestarem também assistência ao RN internado. Nesta família, com a particularidade de ter um apoio familiar disponível, foi também necessário rentabilizar este recurso e empoderar esses elementos. Relativamente a competências parentais, o casal mostrou-se sempre envolvido, motivado e capaz de adotar comportamentos saudáveis, desde que devidamente estimulado. Apesar do cansaço vivido, o facto de serem gémeos e de um estar internado serviu como estratégia de envolvimento dos dois pais em igualdade de circunstâncias.

A 2.ª, 7.ª e 8.ª *Consulta de Enfermagem ao RN na 1.ª Semana de Vida, no Domicílio*, embora com as suas especificidades desenvolveram-se numa perspetiva muito paralela. Estávamos perante pais múltiparos e cujo anterior filho tinha pouca diferença de idade. Nas EPS, o maior realce foi para a adaptação familiar, assim como na readaptação de rotinas diárias.

A hipótese de ultrapassar o aleitamento misto, em prol do aleitamento materno exclusivo, foi um desafio facilmente alcançado na 3.ª consulta. Os benefícios da amamentação, com muita paciência e dedicação da mãe, aliada à perícia técnica, foram decisivos nesta etapa.

Na 4.ª consulta, em que a mãe era múltipara e o pai primíparo, o que mais se evidenciou foi facto da mãe querer fazer tudo sozinha, não deixando o pai habilitar-se a prestar cuidados ao RN. Por outro lado, estes pais apresentaram uma grande necessidade relacionada com a quebra total nas rotinas diárias da filha já existente, o que desencadeou alguns distúrbios comportamentais na criança.

Na 5.ª e 6.ª consulta, deparámos com “novos” pais, casais com diferentes características (idade, habilitações literárias e profissionais), mas em iguais circunstâncias de necessidades de aprendizagens relativamente ao RN. Vários temas foram abordados e até foram desmontados alguns mitos existentes. A visualização da exploração da aprendizagem

dos pais foi geradora de encantamento, evidenciando claramente um vínculo afetivo de ambas as partes, iniciado ainda em contexto uterino.

No seguimento desta consulta, é feita a marcação de consulta de Saúde Infantil e, se necessário, é realizado o encaminhamento para outras valências existentes no CS (psicóloga e técnica superior de apoio social).

Com tudo isto, constatamos com toda a convicção que, para além dos benefícios mensuráveis, este projeto sustenta cientificamente uma vertente psicológica afeta aos pais, devido à especificidade do puerpério, e que é fundamental fortalecer. Para além dos pais se encontrarem num momento de vida de grande vulnerabilidade, a implementação da *Consulta de Enfermagem ao Recém-Nascido na 1.ª Semana de Vida, no Domicílio*, foi descrita no final, principalmente pelas mães, como um momento privilegiado e como mecanismo de resposta aos seus medos, receios, dúvidas e incertezas, sem qualquer filtro social.

4.ª Fase – Avaliação

Esta fase está dividida entre avaliação dos objetivos, cujo método já se encontra descrito na tabela 5, e os instrumentos para avaliação do projeto, que se encontram expressos no ponto b) do item 5.1.1.

No ponto 6.1 e 6.2, far-se-á uma análise descritiva sobre esta meta.

5.3 – Análise sobre as Estratégias Acionadas

Entendemos como estratégia de saúde o conjunto de procedimentos específicos e organizados com o fim de atingir um determinado objectivo e que, por sua vez, visa minimizar problemas de saúde de uma determinada comunidade.

A visita domiciliar é uma estratégia comunitária que permite o estudo e a consecutiva intervenção das famílias no seu próprio espaço vital.

Para a execução deste projeto de intervenção comunitário, e com a finalidade de atingir os objetivos definidos, foram estabelecidas as seguintes estratégias:

- ❖ Promover o envolvimento da equipa multidisciplinar do CS;

- ❖ Participação nas consultas de Saúde Materna, garantindo a divulgação do projeto;
- ❖ Estabelecer um contato particular com a grávida (administração da vacina Tdpa), de maneira a proporcionar a aproximação e vincular a referência do enfermeiro;
- ❖ Instruir os pais para contatarem a UCSP logo após a alta hospitalar;
- ❖ Projeto implementado por uma enfermeira já integrada na comunidade.

5.4 – Recursos Humanos e Materiais Envolvidos

No planeamento em saúde é imprescindível definir e conciliar recursos materiais, humanos e financeiros (Imperatori & Giraldes, 1993).

Consideramos como recursos humanos necessários todas as pessoas envolvidas de alguma maneira ao longo deste projeto de intervenção comunitário:

- ✓ Coordenador da UCSP;
- ✓ Enfermeiros do CS;
- ✓ Médicos da UCSP;
- ✓ Recém-nascidos inscritos na UCSP e residentes no concelho
- ✓ Pais dos respetivos recém-nascidos;
- ✓ Mestranda;
- ✓ Orientadora;
- ✓ Enfermeiro supervisor clínico.

Como recursos materiais, necessitámos de:

- ✓ Balança de bebé; fita métrica; craveira; lancetas, álcool, pensos rápidos, compressas, desinfetante das mãos, luvas, contentor de cortantes, resguardos, mala e impressos para o teste de Guthrie;
- ✓ Papel, canetas, computador e impressora;
- ✓ Viatura automóvel;
- ✓ Sala de reuniões da UCSP;
- ✓ Gabinete de enfermagem;
- ✓ Domicílios.

5.5 - Contatos Desenvolvidos e Entidades Envolvidas

Foram realizadas duas reuniões com enfermeiros e médicos do CS. Foi também feita uma reunião com o coordenador da UCSP, com a finalidade de apresentar o projeto e pedir a respectiva autorização de implementação.

Para além disso, houve vários contatos com a equipa de enfermagem da UCSP, no sentido de envolver a equipa em todas as fases do projeto.

5.6 – Análise da Estratégia Orçamental

Para a realização de um projeto de intervenção é imprescindível fazer-se uma análise orçamental, a qual depende diretamente dos recursos envolvidos. O seguinte orçamento é referente às oito consultas realizadas.

Tabela 9: Orçamento do projeto

Recursos	N.º	Custos
Enfermeiros	1 × 3 horas = 27 €	216.0€
Deslocações	130 km × 0.36 €/km	46.80€
Fotocópias	500	100€
Álcool	1 embalagem	1.20€
Compressas	1 caixa	3.60€
Pilhas para balança	8	7.80€
Fita métrica	1	3.90€
Craveira	1	94.00€
Balança	1	190.0€
Lancetas	1 caixa	5.00€
Resguardos	1 embalagem	4.90€
Luvas	1 caixa	2.20€
Pensos rápidos	1 caixa	3.10€
Desinfetante das mãos	1 embalagem	4.90€
Mala	1	24.00€
Caneta	2	1.00€
Contentor de cortantes	1	5.90€
Computador e impressora	1	CS
Toner para a impressora	1	42.99€
Eletricidade e internet		CS
Total		757.29 €

5.7 – Cumprimento do Cronograma

Elaboramos um cronograma, de maneira a mostrar graficamente as atividades planeadas em sequência dos objetivos propostos no trabalho e também desenvolvidas no estágio.

TABELA 10 - Cronograma

INTERVENÇÕES	RESULTADOS ESPERADOS	MESES 2017/2018						
		09	10	11	12	01	02	03
Pesquisa bibliográfica	Documentação	X	X	X	X	X	X	X
1.ª Reunião com enfermeiros e médicos do CS, para determinação da área do projeto	Auscultação de opiniões	X						
Aplicação dos questionários a enfermeiros e médicos do CS	Opinião sobre a pertinência do projeto	X						
2.ª Reunião com enfermeiros e médicos, para definição das prioridades	Envolvimento da equipa e estabelecimento de prioridades		X					
Operacionalização do projeto	Intervenção comunitária	X	X					
Preparação do consentimento informado	Considerações éticas		X					
Disseminação do projeto com os enfermeiros e médicos da UCSP	Envolvimento da equipa		X	X	X	X		
Elaboração do panfleto	Divulgação do projeto		X					
Execução de artigo científico	Divulgação			X	X	X		
Elaboração de livro sobre cuidados ao RN	Informação aos pais		X					
Preparação de guia de orientação para a consulta	Recolha de informação		X					
Planeamento de sessões de EPS sobre: amamentação, higiene e conforto	Capacitação dos pais		X					
Apresentação do projeto junto da matriarca da comunidade Rom	Divulgação do projeto		X					
Organização da mala com os materiais necessários para a consulta	Reunir materiais		X	X	X	X		
Execução do protocolo da consulta	Uniformização de procedimentos		X					
Elaboração e atualização da lista de grávidas	Organização		X	X	X	X		
Implementação da consulta	Dar resposta às necessidades			X	X	X		
Preparação e aplicação dos questionários às mães	Avaliação			X	X	X		
Aplicação da matriz SWOT, aos enfermeiros da UCSP	Avaliação					X		
Realização do relatório	Descrição do estágio		X	X	X	X	X	X

6 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

A avaliação tem como finalidade comparar os resultados obtidos com os objetivos delineados refletindo a viabilidade do projeto. Apesar dos momentos específicos, ao longo da implementação do projeto, foram sendo feitas monitorizações e avaliações, no sentido de detetar desvios e retificar procedimentos.

6.1 - Avaliação dos Objetivos

Neste relatório, consideramos a implementação do projeto o período de novembro de 2017 a janeiro de 2018, excetuando os onze dias de férias do natal, sendo contabilizados todos os recém-nascidos com data de nascimento dentro do referido período. Assim, foram alvo deste projeto oito recém-nascidos num total de dez. Dois recém-nascidos não foram abrangidos pelo projeto uma vez que não reuniam critérios (um reside fora do concelho e o outro permaneceu no hospital durante 10 dias).

Relativamente ao objetivo geral, **Implementar a Consulta de Enfermagem ao Recém-Nascido na 1.ª Semana de Vida, no Domicílio, a 30% dos utentes da UCSP, até ao final de 2018**, é um objetivo a avaliar futuramente uma vez que se prevê a continuidade deste projeto. O indicador “proporção de recém-nascidos com domicílio de enfermagem até ao 15º dia de vida” nulo até ao início deste projeto servirá para parametrizar o objetivo.

Para avaliar cada objetivo específico foram elaborados indicadores de atividade.

OBJETIVO: Promover a saúde do RN

META:

Continuidade dos cuidados aos recém-nascidos na 1.ª semana de vida, no domicílio.

AVALIAÇÃO:

Capacitação dos pais para prestação dos cuidados ao RN.

INDICADORES DE ATIVIDADES:

- N.º de testes de Guthrie realizados na 1.ª semana de vida, no domicílio/ N.º total de RN x 100; atingido em 100 %..

- N.º de RN que são amamentados / N.º total de RN x 100; atingido em 100%. Apesar de inicialmente um dos recém-nascidos fazer aleitamento misto por hipogalactia, até ao final da 1.ª semana de vida passou a aleitamento materno exclusivo.
- N.º total de pais presentes na *Consulta de Enfermagem ao RN na 1.ª Semana de Vida, no Domicílio*/ N.º total de pais de RN x 100; atingido em 87,5%. O respetivo défice deve-se ao facto que do total de pais (dezasseis), dois como trabalhadores por conta própria não gozaram licença de paternidade logo não se encontravam em casa.

OBJETIVO: Diminuir desigualdades e aumentar a acessibilidade aos CSP

META:

- Assegurar o acesso e a continuidade aos cuidados de saúde;
- Antecipar o 1.º acesso dos recém-nascidos, aos CSP.

AVALIAÇÃO:

Adesão ao projeto.

INDICADORES DE ATIVIDADES:

- N.º de RN vigiados na UCSP/ N.º total de RN x 100; atingido a 87,5%. Este resultado deve-se ao facto de um RN que apesar de inscrito nesta UCSP e com morada no concelho, os pais encontram-se temporariamente aqui a residir e optaram por vigilância no particular mais acessível à nova habitação.
- N.º de pais que aderiram a este projeto/ N.º total de pais de RN x 100; atingido a 100%.

OBJETIVO: Estabelecer um protocolo para a *Consulta de Enfermagem ao Recém-Nascido na 1.ª Semana de Vida, no Domicílio.*

META:

Uniformizar os procedimentos.

AVALIAÇÃO:

Recetividade à *Consulta de Enfermagem ao Recém-Nascido na 1.ª Semana de Vida, no Domicílio.*

INDICADORES DE ATIVIDADES:

- N.º total de enfermeiros da UCSP que aderiram ao projeto/ N.º total de enfermeiros da UCSP x 100; conseguido a 100%.
- N.º total de pais de RN que referiram a importância desta consulta/ N.º total de pais de RN x 100; este objetivo com uma percentagem de 87,5% apresenta também um défice porque aquando a realização desta consulta, dois dos pais não estavam presentes por motivos profissionais.

6.2 - Avaliação da Implementação do Programa

Avaliar significa comparar com um padrão antecipadamente determinado, com a finalidade de melhorar e corrigir as imperfeições. Em planeamento, o diagnóstico inicial e os respetivos objetivos, podem servir como padrão de referência (Imperatori & giraldes, 1993).

No final da implementação deste projeto de intervenção comunitária, foi realizada a avaliação, tendo por base os objetivos previamente estabelecidos.

Os instrumentos de avaliação para a *Consulta de Enfermagem ao Recém-Nascido, na 1.ª Semana de Vida, no Domicílio*, abrangem as mães dos recém-nascidos e os enfermeiros da UCSP

O questionário às mães dos recém-nascidos, respondido no final da consulta de Saúde Infantil no CS, dar-nos-á um feedback do nosso trabalho. Por outro lado, a aplicação da matriz *SWOT* aos enfermeiros da UCSP, vai revelar as fraquezas, oportunidades, ameaças e forças do ponto de vista de quem acompanhou e participou no trabalho.

- QUESTIONÁRIO ÀS MÃES

Este questionário foi direcionado às mães dos recém-nascidos porque apesar de alteração do papel parental, na realidade em causa observou-se que são as mães que continuam a assumir o papel principal na 1.ª fase da parentalidade.

Este questionário respondido pelas oito mães já numa fase posterior, foi respondido de forma afirmativa às seis questões. Sendo assim concluiu-se que na perspetiva das mães este projeto vem colmatar uma lacuna existente nesta UCSP.

Por outro lado e como avaliação não mensurável, também é perceptível a capacitação dos pais submetidos a este estudo, manifestando-se através da autonomia na prestação de cuidados visível durante as consultas de Saúde Infantil assim como também a menor recorrência à consulta aberta/urgência hospitalar.

- Matriz *SWOT*

Este instrumento destinou-se aos três enfermeiros da UCSP uma vez que eles participaram no diagnóstico da situação e para além disso acompanharam todas as etapas do projeto. Este instrumento é passível para definir estratégias de fortalecimento para o projeto, uma vez que a intenção é dar continuidade à sua projeção.

Esmiuçando os resultados, no que se refere às forças mencionam-se a satisfação dos utentes, adaptação das idiosincrasias, capacitação dos pais e a comodidade familiar.

Relativamente às oportunidades todos os enfermeiros identificaram os défices de competências dos pais, falta de apoio familiar e as altas precoces.

Como ameaças e tal como esperado foi referida a escassez de enfermeiros nesta unidade de saúde.

Nas fraquezas apenas um elemento remeteu a questão para o não envolvimento de um médico da UCSP.

Esta avaliação torna visível que a implementação deste projeto entre outros benefícios vem enriquecer a oferta de serviços desta unidade de saúde face às necessidades da sua população.

6.3 - Descrição dos Momentos de Avaliação e Medidas Corretivas Introduzidas

A avaliação é um processo contínuo, daí que durante a implementação de um projeto é possível haver a necessidade de ajuste e introdução de medidas corretivas com vista a alcançar os objetivos propostos. Até aqui foi feita uma reformulação no instrumento de avaliação às mães, o que inicialmente foi proposto como entrevista, acabou por dar lugar a um questionário que implicou que as inquiridas despendessem de menos tempo nesta atribulada fase.

Temos consciência que com a continuidade do projeto, outras medidas corretivas poderão vir a ser necessárias.

7 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

Ao longo de todo o estágio foram recrutadas as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública procedidas pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento 128/2011 de 18 de fevereiro, p. 8667-8669):

Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade:

- Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade;
- Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade;
- Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas;
- Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados;
- Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.

Esta competência emanada pela Ordem dos Enfermeiros, reflete todo o processo de planeamento. A sequência das várias etapas de Planeamento em Saúde definiu o rumo a seguir organizadamente dentro de um espaço de tempo.

Com conhecimentos no processo de metodologia definido, escolheram-se técnicas adequadas de diagnóstico e consequentemente estabeleceram-se prioridades. Numa 2.ª fase já com o diagnóstico da situação definido, fixaram-se os objetivos gerais e específicos a atingir e escolheram-se as estratégias e intervenções mais adequadas. As intervenções foram sendo discutidas com a orientadora, supervisor clínico e enfermeiros da UCSP como forma de ajuste apropriada às necessidades. Na fase de execução para além da descrição detalhada das atividades, elaboramos um plano de operacionalização e um cronograma de maneira a sistematizar o nosso projeto. Por último, a avaliação que se divide em avaliação das atividades face aos objetivos propostos e avaliação da implementação do projeto de intervenção comunitária.

Com tudo isto, consideramos ter alcançado esta competência.

Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades:

- Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania;
- Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem educação, comunicação e ciências humanas e sociais;
- Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade.

O empoderamento dos indivíduos visa a capacitação dos mesmos para serem responsáveis pela sua saúde. Com esta habilitação promove-se o envolvimento e consequente autonomia dos cuidados nas comunidades.

Esta competência foi atingida com o importante contributo de mobilização de conhecimentos de formação académica e profissional.

Integra a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do plano nacional de saúde:

- Participa na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos programas de saúde conducentes aos objetivos do plano nacional de saúde.

Com o desenvolvimento deste projeto, pretendeu-se ir ao encontro das orientações do Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020. Em concordância com o plano, potencializa-se a intervenção local, em rede, e em particular para cuidados de “capacitação dos cidadãos, de modo que se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à saúde de quem deles depende” (DGS, 2015, p. 21).

Durante o desenvolvimento do projeto, tivemos sempre presentes os objetivos e orientações do referido Plano Nacional de Saúde visando a obtenção de ganhos em saúde. Consideramos assim, que esta competência mobilizada também foi alcançada.

Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico:

- Procede à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença que ocorrem numa determinada área geodemográfica.

Consideramos que a epidemiologia é uma ferramenta de apoio imprescindível no diagnóstico e evolução de saúde numa comunidade uma vez que nos proporciona o estudo de um fenómeno, numa determinada área geodemográfica, influenciado por fatores modificadores.

Durante este trabalho foram feitas avaliações de dados epidemiológicos e respectivos determinantes de saúde do concelho com vista à melhoria dos níveis de saúde da comunidade em questão, pelo que concluímos como atingida a competência.

Segundo o Decreto-Lei Nº115/2013, o grau de Mestre é conferido a quem mostrar:

- aquisição, compreensão e capacidade de aplicação de um elevado nível de conhecimentos;
- capacidade de compreender, aplicar conhecimentos e resolver problemas em novas situações na área;
- capacidade para assimilar conhecimentos, lidar com questões complexas e desenvolver respostas;
- capacidade de comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios implícitos;
- competências que acordem uma aprendizagem contínua de forma auto-orientada e autónoma.

Por tudo o exposto no relatório de estágio, consideramos que foram mobilizadas e adquiridas as competências específicas ao grau de Mestre na área de especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

8- CONCLUSÃO

Com a alta pós-parto cada vez mais precoce, cabe aos CSP apoiar os pais na continuidade dos cuidados ao RN, promovendo uma parentalidade responsável. Considera-se o domicílio como o local de excelência mais propício para a educação para a saúde, proporcionando o empoderamento dos pais perante uma realidade não idealizada e no meio de um turbilhão de sentimentos.

Capacitar os pais para os cuidados ao RN após a alta hospitalar pós-parto também pode ser uma estratégia de ganhos em saúde, nomeadamente, traduzidos na diminuição de visitas injustificadas aos CS e em reinternamentos hospitalares, além de outras dimensões que, em situações extremas, podem envolver situações de perigo.

As competências parentais traduzem-se na promoção da saúde e do bem-estar das crianças; assim, o processo de transição para este desafio ostenta comportamentos que facilitam a incorporação de um RN no cerne da família. Nesta linha de pensamento, a família assume um carácter essencial, devendo oferecer um ambiente estável e seguro proporcionando, deste modo, um crescimento saudável.

A prestação de cuidados de enfermagem, que inclui a preparação para a parentalidade e a visita domiciliária ao RN na 1.ª semana de vida, assume-se como um compromisso assistencial nos CSP.

A implementação de projetos de intervenção comunitária com base em necessidades reais da comunidade, e que promovam a otimização dos níveis de saúde da população, torna-se fundamental num sistema de cuidados que é o pilar do SNS.

Integrada numa visão de CSP, as UCSP possuem um âmbito personalizado, assegurando cuidados de saúde aos seus utentes, garantindo a acessibilidade e globalidade dos mesmos, assim como, mais especificamente adaptados ao nível local, prestando cuidados de saúde globais, acessíveis, contínuos e de qualidade aos utentes, facultando a valorização e a satisfação dos seus *stakeholders*. Este trabalho veio colmatar uma lacuna existente numa UCSP integrada no ACES do Alentejo Central, que exige respostas específicas e adequadas às diferentes realidades de cada família. Numa perspetiva holística, foram criadas as condições para que este estudo se tornasse tecnicamente exequível e com retorno de ganhos potenciais em saúde.

Constatamos que a realização do projeto que nos propusemos desenvolver se tornou imprescindível, não só para colmatar as necessidades diagnosticadas, como também para

encaixar outros projetos já existentes e com a vertente de identificar e corrigir potenciais situações de risco em idades mais avançadas.

O projeto de intervenção, apesar de ser fruto de muita pesquisa bibliográfica, conta muito com a experiência dos vários profissionais na área e na comunidade em questão.

A *Consulta de enfermagem ao RN na 1.ª Semana de Vida, no Domicílio* vem promover a saúde do RN, proporcionando um aumento da acessibilidade ao CS e garantindo a igualdade de oportunidades a todos os membros da comunidade.

A saúde das crianças espelha uma série de aprendizagens por parte dos pais e aprimoradas pelos profissionais dos CSP, contribuindo para o desenvolvimento das capacidades cognitivas do novo ser. Assim sendo, esperamos com este estudo, ter contribuído para o melhoramento dos cuidados de enfermagem ao RN no domicílio e para a adequação das situações direcionadas para a otimização de níveis de saúde dos utentes desta comunidade.

O estudo, numa 1.ª fase, a de *Diagnóstico*, iniciou-se com uma reunião com os enfermeiros e médicos do CS, onde foi identificada a área da Saúde Infantil como âmbito de intervenção de um projeto a incluir na carteira de serviços da UCSP. A auscultação dos elementos peritos fundamentou-se na necessidade de apoiar os pais na 1.ª fase da parentalidade.

Após reflexão, com a constante observação direta dos medos, incertezas e insegurança dos pais nas primeiras consultas de Saúde Infantil na UCSP, e com conhecimento da comunidade em estudo, decidimos avaliar a necessidade de implementação da *Consulta de Enfermagem ao Recém-Nascido na 1.ª Semana de Vida, no Domicílio*. Para tal, os mesmos profissionais foram submetidos a um questionário onde se comprovou em 90% a pertinência do trabalho.

Seguindo o Planeamento em Saúde, na 2.ª fase, a de *Preparação*, foi feita uma segunda reunião com os mesmos dez elementos, em que, face à essência da problemática, foram definidas como prioridades:

- 1.º Continuidade dos cuidados ao RN, após a alta hospitalar;
- 2.º Capacitação dos pais para os cuidados ao RN.

Elaborado o diagnóstico da situação, definiram-se os objetivos:

Objetivo Geral - *Implementar a Consulta de Enfermagem ao Recém-Nascido na 1.ª Semana de Vida, no Domicílio, a 30% dos utentes da UCSP, até ao final de 2018.*

Objetivos específicos

- *Promover a saúde do RN;*
- *Diminuir desigualdades e aumenta a acessibilidade aos CSP;*

- Estabelecer um protocolo para a Consulta de Enfermagem ao Recém-Nascido na 1.ª Semana de Vida, no Domicílio.

Nesta fase foi também determinado um conjunto de procedimentos específicos, que foram organizados com o fim de atingir os objectivos e de minimizar o problema de saúde da comunidade. Embora a própria visita domiciliária já seja uma estratégia comunitária, outras foram igualmente consideradas, como o envolvimento da equipa multidisciplinar, a participação nas consultas de Saúde Materna, o estabelecer de um contato particular com a grávida, o instruir os pais a contactarem a unidade de saúde após a alta hospitalar e a implementação do projeto por uma enfermeira já integrada na comunidade.

Na 3.ª fase, a da *Intervenção*, desenvolveram-se várias atividades que sequencialmente serviram de base para a implementação da consulta. Foi aplicado a consulta protocolada, com as respetivas especificidades, em oito recém-nascidos, que reuniam os critérios pré-estabelecidos, dos dez nascidos no intervalo de tempo definido.

Por último, na 4.ª fase, a da *Avaliação*, foram usados indicadores previamente definidos como forma de aferir os objetivos e a implementação do programa. A avaliação do objetivo geral será feita em 2019, através de um indicador que era inicialmente nulo. Relativamente aos três objetivos específicos, a avaliação teve resultados entre os 87,5% e os 100%. Na avaliação da implementação do programa, o *feedback* do trabalho, na perspectiva das mães, foi positivo e teve repercussões reais. Do ponto de vista dos enfermeiros tornou-se visível que este projeto vem enriquecer a oferta de serviços desta unidade de saúde face às necessidades da sua população.

Este trabalho foi fruto de um grande desafio pessoal e, apesar da mestrandia exercer funções nos CSP, muitas práticas foram postas em causas proporcionando a sua aferição e aprimoramento, resultando não só em crescimento profissional, mas também no enriquecimento da carteira dos serviços oferecidos pela instituição. O percurso, embora árduo e conturbado, pela interação dos vários papéis sociais da mestrandia (mãe, filha, esposa, enfermeira e aluna), proporcionou a utilização duma metodologia de peculiar pertinência e valor na ECSP e que nos conduziu na realização de um projeto de intervenção comunitária. A oportunidade de ser gestora deste projeto, com as exigências de diagnosticar, planejar, executar e avaliar intervenções direcionadas às necessidades de uma comunidade, habilitou-me mas também me responsabilizou por escolhas que visam a promoção da saúde coletiva e individual da população. Contribuir para o processo de capacitação da comunidade, mais propriamente dos pais dos recém-nascidos, foi simultaneamente um momento de crescimento

profissional e pessoal. Apesar da experiência em CSP, todo o percurso inerente a este trabalho, veio consolidar conhecimentos na promoção da saúde, parte fulcral dos CSP.

A capacitação da comunidade deve tornar-se basilar na promoção da saúde na comunidade, o que implica uma alteração à prática dos cuidados de enfermagem: o enfermeiro deve deixar de trabalhar para a comunidade e passar a trabalhar com a comunidade.

Durante a realização deste trabalho, houve algumas limitações e dificuldades que tentamos ultrapassar ou minimizar, de maneira a transformá-las em oportunidades de aprimoramento do projeto e também como ponto de partida para outros estudos. As limitações prenderam-se com o reduzido intervalo de tempo definido para um trabalho com tamanha envergadura de estudo da comunidade, com a elaboração do projeto e com a consecutiva intervenção comunitária. Chamamos a atenção que o relatório de estágio que relata a intervenção comunitária surge na sequência de um primeiro estágio onde devia ter sido feito o estudo da comunidade e o desenho do projeto; no entanto, a permissão da creditação ao período inicial veio condensar e restringir todo o processo. No que se refere a dificuldades, destaca-se a impossibilidade de calendarizar as visitas e também o facto de termos que limitar a população alvo apenas aos recém-nascidos.

Ao longo do trabalho, houve necessidade de fazer alguns ajustes, nomeadamente, num instrumento de avaliação das mães e também na cronologia das atividades.

Este mestrado, para além da aquisição de competências intrínsecas à especialidade de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (Estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades; Integrar a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do plano nacional de saúde; Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico), veio também propiciar o conhecimento da evolução dos CSP, o que, por sua vez, acabou por clarificar valores e conceitos chave, sobretudo para quem trabalha neste contexto. Com esta análise, ficamos capacitados a compreender a forma como podemos intervir, contribuindo para ganhos na saúde de uma comunidade que também é nossa.

Com o decorrer deste trabalho, todas as estratégias e atividades desenvolvidas também contribuíram para a aquisição de competências de Mestre, que se consideram como totalmente adquiridas (aquisição, compreensão e capacidade de aplicação de um elevado nível de conhecimentos; capacidade de compreender, aplicar conhecimentos e resolver problemas em novas situações na área; capacidade para assimilar conhecimentos, lidar com questões complexas e desenvolver respostas; capacidade de comunicar conclusões, conhecimentos e

raciocínios implícitos; competências que acordem uma aprendizagem contínua de forma auto-orientada e autónoma).

Os resultados obtidos mostram que é imprescindível e exequível a implementação da *Consulta de Enfermagem ao RN na 1.ª Semana de Vida, no Domicílio*, revelando neste contexto que os ganhos potenciais de saúde definem-se numa perspetiva multidimensional. Todavia, achamos pertinente alargar este projeto de maneira a englobar também a puérpera, uma vez que mãe e filho são indivisíveis nesta etapa de vida. Esta extensão do projeto já existe replicada noutras unidades de saúde, onde os ganhos de saúde são expressos por vários indicadores.

Chegados ao fim desta etapa, e apesar das dificuldades e do avanço da exaustão, concluímos que conseguimos atingir e dar resposta aos objetivos inicialmente propostos; no entanto, consideramos que o nosso contributo foi “plantar” um projeto fundamentado em necessidades e idiosincrasias locais e que se coaduna com os objetivos do Plano Nacional de Saúde, esperamos que o mesmo germine ...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARS Alentejo (2017). *Aces Alentejo Central*. Obtido de SNS: <http://www.arsalentejo.minsaude.pt/arsalentejo/EstruturaOrganica/PaginaACSAAlentejo-Central.aspx>

ARS Alentejo Intranet. (s.d.). *Mapa ACES*. Obtido em 09 de 2017, de ARSAlentejo Intranet: <http://intranet/PublishingImages/Mapas/alentejo%20central.gif>

Brito, I. (2007). *Intervenção de conscientização para prevenção da brucelose em área endémica*. Obtido de Repositório Aberto da Universidade do Porto: <http://hdl.handle.net/10216/7216>

Câmara Municipal de Redondo (2016). *Diagnóstico Social: Plano de Desenvolvimento Social de Redondo 2011-2016*. Portugal: Redondo. Obtido de CM-Redondo: http://195.245.197.216/CLAS/Todos/DOCS_enviados//710/4.%20Plano%20de%20Ac%E7%E3o/3.%20Plano%20de%20Ac%E7%E3o%202011-2012.pdf

Carta de Ottawa (1986). *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Canadá: Ottawa. Disponível em <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/carta-de-otawa-1986.aspx>

Carta de Rede Viária do concelho de Redondo. (s.d.). Obtido de arquivo.cm-redondo.pt/NRrdonlyres/00006f5e-rahbbewgqtdgstwdvzvklbjesiswlrxrCpiadere_de_viaria.jpg

Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro: Os cuidados de saúde primários como pilar central do sistema de saúde. *Diário da República* n.º 38/2008 - I Série. Lisboa: Ministério da Saúde.

Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril: Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro de 4 de setembro da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República* n.º 93/1998 - I Série A. Lisboa: Ministério do Saúde.

Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto: Graus académicos e diplomas do ensino superior. Diário da República n.º 151/2013 - I Série. Lisboa: Ministério da Educação e Ciência.

Direção Geral da Saúde (2013). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Atuação – Orientações Técnicas*. (2.ª ed.). Portugal Direção Geral de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes

Direção Geral de Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde: Revisão e extensão a 2020*. Obtido de Direção Geral de Saúde: <https://www.dgs.pt/em-destaque/plano-nacional-de-saude-revisao-e-extensao-a-2020-aprovada-pelo-governo.aspx>

Filipe, M. (2011). *Visita domiciliária. Contributos de enfermagem na manutenção da amamentação* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Coimbra, Coimbra.

Fortin, M. (2003). *Processo de investigação: da concepção à realização* (Terceira Edição ed.). Loures: Lusodidacta.

Fortin, M., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.

Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento em Saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Instituto Nacional de Estatística (1994). *Taxa bruta de natalidade*. Obtido de INE: <http://smi.ine.pt/Conceito?clear=True>

Instituto Nacional de Estatística (2007). *População residente por local de residência, sexo e grupo etário – Decenal: Recenseamento da população e habitação*. Obtido de INE: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0000533&contexto=bd&selTab=tab2

Instituto Nacional de Estatística (2007). *Taxa de desemprego (sentido lato) por local de residência (à data dos Censos 2001) – Decenal: Recenseamento da população e habitação*.

Obtido de INE: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0000265&contexto=bd&selTab=tab2

Instituto Nacional de Estatística (2007). *Taxa de variação da população residente (1991 - 2001) por local de residência – Decenal: Recenseamento da população e habitação*. Obtido de INE: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0000663&contexto=bd&selTab=tab2

Instituto Nacional de Estatística (2012). *População activa por local de residência (à data dos Censos 2011), sexo, grupo etário e estado civil – Decenal: Recenseamento da população e habitação*. Obtido de INE: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006383&contexto=bd&selTab=tab2

Instituto Nacional de Estatística (2012). *Taxa de desemprego (à data dos Censos 2011) e Sexo – Decenal: Recenseamento da população e habitação*. Obtido de INE: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006733&contexto=bd&selTab=tab2

Instituto Nacional de Estatística (2012). *Taxa de variação da população residente (2001- 2011) por local de residência, sexo e grupo etário – Decenal: Recenseamento da população e habitação*. Obtido de INE: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006730&contexto=bd&selTab=tab2

Instituto Nacional de Estatística (2013). *Nados-vivos por local de residência da mãe (NUTS - 2002), sexo, idade da mãe e ordem de nascimento (Total dos nascimentos) – Anual: Nados-vivos*. Obtido de INE: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0005952&contexto=bd&selTab=tab2

Instituto Nacional de Estatística (2014). *População residente por local de residência (à data dos Censos 2011), sexo, grupo etário e nível de escolaridade – Decenal: Recenseamento da população e habitação*. Obtido de INE: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006349&contexto=bd&selTab=tab2

Instituto Nacional de Estatística (2014). *População residente por local de residência (à data dos Censos 2011), sexo, grupo etário e nível de escolaridade mais elevado completo (Área de estudo) – Decenal: Recenseamento da população e habitação - Censos 2011*. Obtido de INE: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006350&contexto=bd&selTab=tab2

Instituto Nacional de Estatística (2017). *Idade média das mulheres ao nascimento de um filho (Ano); Anual - INE, Indicadores demográficos*. Obtido de INE: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0009208&contexto=bd&selTab=tab2

Instituto Nacional de Estatística (2017). *Índice de envelhecimento por local de residência (NUTS - 2013) – Anual: Estimativas anuais da população residente*. Obtido de INE: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008258&contexto=bd&selTab=tab2

Instituto Nacional de Estatística (2017). *Partos por local de residência da mãe (NUTS - 2013) e local do parto – Anual: Partos*. Obtido de INE: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008349&contexto=bd&selTab=tab2

Instituto Nacional de Estatística (2017). *População residente por local de residência, sexo e grupo etário – Anual: Estimativas anuais da população residente*. Obtido de INE: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008272&contexto=pi&selTab=tab0

Instituto Nacional de Estatística (2017). *Série Estimativas Provisórias Anuais da População Residente*. Obtido de INE: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008271&contexto=bd&selTab=tab2

Instituto Nacional de Estatística (2017). *Taxa bruta de natalidade por local de residência (NUTS - 2013) – Anual: Indicadores demográficos*. Obtido de INE: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008264&contexto=bd&selTab=tab2

Instituto Nacional de Estatística (2017). *Taxa de desemprego (Série 2011 - %) por Local de residência (NUTS - 2013) e sexo – Anual: Inquérito ao emprego*. Obtido de INE: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006191&contexto=bd&selTab=tab2

Instituto Nacional de Estatística (2017). *Taxa de fecundidade geral por grupo etário - Anual: Indicadores demográficos*. Obtido de INE: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001540&contexto=bd&selTab=tab2

Organização Mundial de Saúde & UNICEF. (2009). *Visitas domiciliárias al recién nacido : una estrategia para aumentar la supervivencia*. Obtido de World Health Organization: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/70057>

Pacheco, M. J.(2012). *Visita Domiciliária à Puérpera e ao RN do concelho de Tavira* (Relatório) Instituto Politécnico de Beja, Beja.

Pereira, M. (2012). *A Necessidade Da Visita Domiciliária De Enfermagem No Puerpério Precoce* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.

Piteira, A. (2016). *A Enfermagem Comunitária na Transição para a Parentalidade – Visita Domiciliária de Enfermagem no Puerpério*. (Relatório). Universidade de Évora, Évora.

PORDATA. (2015). *População residente segundo os Censos: total e por grandes grupos etários*. Obtido de Pordata - base de dados Portugal contemporaneo: <http://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+segundo+os+Censos+total+e+por+grandes+grupos+et%C3%A1rios-512>

Regulamento n.º 122/2011: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista de 18 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.º 35/2011 – II Série. Lisboa: Ministério da Saúde

Regulamento n.º 128/2011: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública de 18 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.º 35/2011 – II Série. Lisboa: Ministério da Saúde

Resende, M. (2006). Cuidados Domiciliários: Uma Modalidade de Intervenção. *Nursing*, (216), 2-10

Santos, S. (2016). A inclusão da comunidade cigana: um projeto de saúde escolar no Concelho do Seixal. Universidade de Évora: Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus. Évora: Universidade de Évora. Obtido de Repositório da Universidade de Évora: <http://hdl.handle.net/10174/18616>

Serviço Nacional de Saúde. (2016). *Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central, Organograma*. Obtido de Sistema Nacional de Saúde: <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/agrupamento-de-centros-do-alentejo-central/>

Sistema de Informação Geográfica de Redondo (s.d.). *Censos 2011: Dados Definitivos (Concelho de Redondo)*. Obtido SIGRED: http://arquivo.cm-redondo.pt/NR/rdonlyres/00014498/nafvobfzxswnxmsuvcilbckghrahvvyo/Estudo_Censos_2011_SIGRED.pdf

Vieira, A., Martins, C., Macedo, L. & Guerra, M. J. (2008). *Necessidades de Aprendizagem dos Pais na Transição para a Parentalidade: Uma Revisão da Literatura*. *Servir*. Lisboa. 56 3-4, 146-154

Zacarias, Vanda (2011). *A Arte da Enfermagem Comunitária na Transição para a Parentalidade*. (Relatório). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

ANEXOS

Anexo I - Avaliação da Percepção dos Médicos e Enfermeiros do CS

**Avaliação da Perceção dos Médicos e Enfermeiros do Centro de Saúde sobre a
Consulta de Enfermagem ao Recém-Nascido na 1.ª Semana de Vida, no Domicílio**

Este questionário insere-se no projeto de diagnóstico de enfermagem sobre a Consulta de Enfermagem ao Recém-Nascido na 1.ª Semana de Vida, no Domicílio, no âmbito do Mestrado de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública.
Solicito que responda com sinceridade às questões colocadas, assinalando a alternativa que melhor se adapta à sua opinião.
Os dados recolhidos são rigorosamente confidenciais e anónimos.
A sua colaboração é essencial para o sucesso do projeto.
Obrigada pela colaboração.

1 - Idade _____

2 – Sexo: Masculino _____ Feminino _____

3 - Categoria Profissional _____

4 - Anos de Profissão _____

5 - Tempo no CS de Redondo _____

6 – Acha importante a *Consulta de Enfermagem ao Recém-nascido na 1.ª Semana de Vida, no Domicílio*?

S _____

N _____

7 – Na sua opinião, a UCSP beneficiava na criação de um protocolo desta consulta?

S _____

N _____

Justifique a sua resposta

8 – Considera uma mais valia para os utentes desta Unidade, a implementação da *Consulta de Enfermagem ao Recém-Nascido na 1.ª Semana de Vida, no Domicílio*?

S _____

N _____

Justifique a sua resposta

9 – Acha que este projeto vai de encontro às necessidades dos utentes?

S _____

N _____

10 – Relativamente aos recursos humanos para o desenvolvimento do projeto, acha que esta instituição tem capacidade de resposta?

S _____

N _____

11 – E existem recursos materiais suficientes para a prestação de cuidados neste programa?

S _____

N _____

12 - Qual o método de registos de enfermagem, mais adequado?

Scĺnico _____

Papel _____

Ambos _____

Outros _____

13 – Na sua opinião, o programa Scĺnico, permite registar os cuidados prestados e dar continuidade aos mesmos?

S _____

N _____

Justifique a sua resposta

14 - Tem alguma sugestão a fazer?

S _____

N _____

Qual?

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

Obrigada pela disponibilidade.

Anexo II - Autorização para Aplicação do Instrumento de Colheita de Dados

Paula Curado <paulaccurado@gmail.com>

para
afppiteira.87

Cara colega Andreia:

No âmbito do Projeto de Mestrado em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, venho por este meio solicitar a autorização para usar e eventualmente fazer alguma pequena alteração nos vossos questionários do Relatório de Estágio: A Enfermagem Comunitária Na Transição Para A Parentalidade - Visita Domiciliar De Enfermagem No Puerpério.

Fico à disposição para qualquer esclarecimento.

Agradeço a disponibilidade

Paula Cristina Curado

[Responder](#) [Encaminhar](#)

Andreia Piteira

00:47 (Há 8 horas)

para
mim

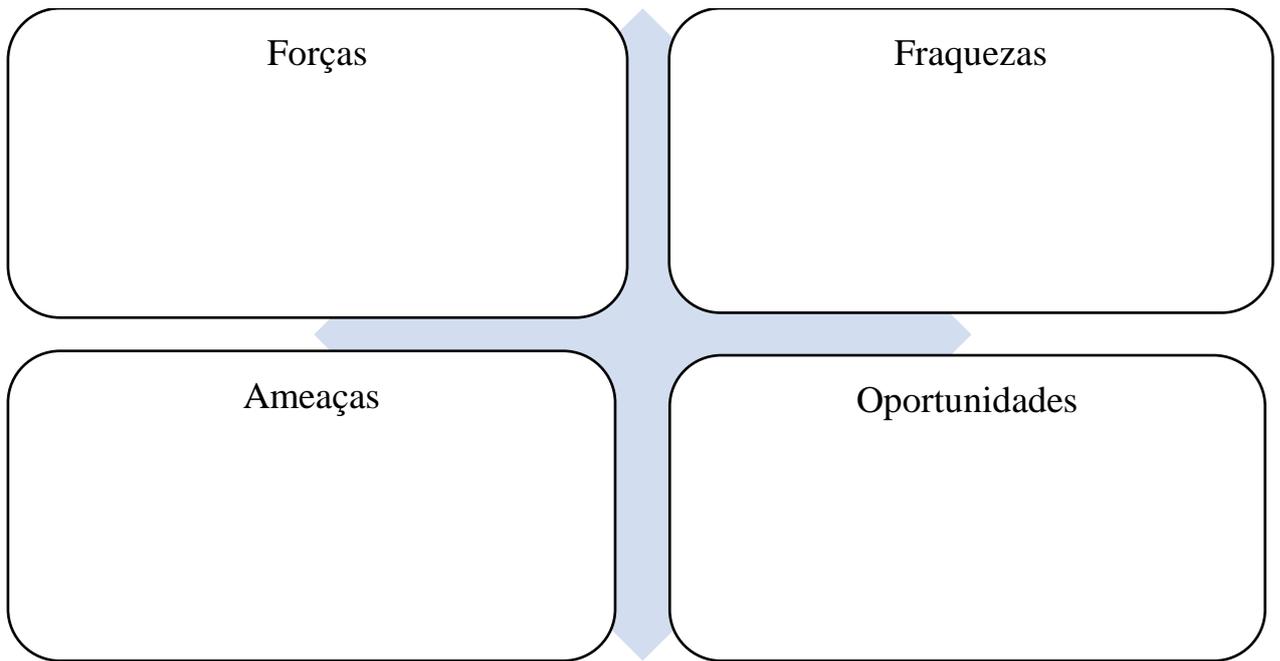
Boa noite colega,

Autorizo a utilização dos questionários solicitados.
Bom trabalho.

Paula Curado <paulaccurado@gmail.com>

Anexo III – Matriz SWOT

Consulta de Enfermagem ao RN na 1.ª Semana de Vida, no Domicílio



Anexo IV – Autorização da Comissão de Ética da UE



Documento 1 7 0 0 5

**Comissão de Ética para a Investigação Científica
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Professor Doutor Manuel Agostinho Fernandes, Professora Doutora Margarida Amoedo e Prof. Doutor Jorge Araújo, deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto "Consulta de enfermagem ao recém-nascido na 1.ª semana de vida, no domicílio", dos investigadores Prof.ª Doutora Ana Paula Belo (Responsável) e mestranda Paula Cristina Joremiás Curado.

Universidade de Évora, 18 de Dezembro de 2017

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

APÊNDICES

Apêndice 1 – Questionário à Mãe

Questionário à mãe

1 – Acha que foi vantajosa a *Consulta de Enfermagem ao RN na 1.ª Semana de Vida, no Domicílio*?

S ___

N ___

2 – Após esta consulta, sente-se mais capacitada para prestar cuidados ao seu filho/a?

S ___

N ___

3 – Recomenda esta consulta?

S ___

N ___

4 - Na sua perspetiva, este projeto melhorou a acessibilidade aos CSP?

S ___

N ___

5 – Gostaria que este projeto tivesse continuidade?

S ___

N ___

6 – Numa futura gravidez voltaria a requisitar esta consulta?

S ___

N ___

Apêndice 2 – Guia de Orientação para a Consulta

Guia de orientação para a Consulta de Enfermagem ao Recém-Nascido
na 1.ª Semana de Vida, no Domicílio

Identificação do recém-nascido

Nome: _____

Sexo: _____

Data de nascimento: ____/____/____; Idade: _____ dias.

A.R.S./Seg. Soc. ____ ADSE ____ SAMS ____ Outros ____

N.º Beneficiário: _____

Responsável: _____, Grau de parentesco: _____

Morada: _____

Localidade: _____

Observações: _____

Período Pré-natal e Natal

Local do parto: _____

Tipo de parto: _____

Idade gestacional: _____ semanas

Gravidez vigiada: N ____ S ____, N.º de consultas e local: _____

Risco na gravidez: _____

Doenças durante a gravidez: _____

Epidural: S ____ N ____

Período de internamento: de _____ a _____

Peso ao nascer: _____ g; Comprimento: _____ cm; Perímetro cefálico: _____ cm

Índice de Apgar ao 1.º minuto ____ ; ao 5.º minuto ____

Reanimação: S ____ N ____

Observações: _____

Período Neonatal

Vacinação: BCG: N ____ S ____, Data, nome e lote _____

VHB: N ____ S ____, Data, nome e lote _____

Rastreamento de doenças metabólicas: N ____ S ____, Data e local _____

Rastreamento Auditivo: N ____ S _____

Aleitamento:

Observações: _____

Médico de família: _____

Pediatra: N ____ S ____, Médico e local: _____

Observações: _____

Parentalidade

Pai: _____, Idade: ____

Estado civil: _____

Morada: _____

Localidade: _____

Contato telefónico: _____

Grupo sangue: ____

Problemas de saúde: _____

Médico de família: _____

Habilitações literárias: _____, Profissão: _____

Mãe: _____, Idade: ____

Estado civil: _____

Morada: _____

Localidade: _____

Contato telefónico: _____

Grupo de sangue: _____

Problemas de saúde: _____

Médico de família: _____;

N.º de gestações: _____, N.º de partos: _____

Vacina Tdpa: N _____ S _____; Data, nome e lote: _____

Habilitações literárias: _____, Profissão: _____

Irmãos: N _____ S _____

Quantos e respetivas idades:

Esta gravidez, foi planeada? _____

Observações: _____

Apêndice 3 – Consentimento Informado

Consentimento Informado

Paula Cristina Jeremias Curado, enfermeira a frequentar na Universidade de Évora, o Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, irá dar início ao projeto de intervenção comunitária: *Consulta de Enfermagem ao Recém-Nascido na 1.ª Semana de Vida, no Domicílio*, na UCSP de Redondo.

Para tal, é necessária participação de vossa excelência, declarando que:

- Foi informado acerca dos objetivos do projeto;
- Entendeu que é livre de desistir em qualquer momento sem qualquer consequência para o inquirido;
- Compreendeu que tem como direito, colocar qualquer dúvida, no decurso do trabalho;
- Foi informado sobre a total liberdade de aceitar ou recusar a participação neste estudo, de forma livre e esclarecida.

Os dados recolhidos são de carácter confidencial.

Agradecemos a sua participação.

Para os devidos efeitos declaro, estar/não estar (riscar o que não interessa) interessada em participar neste projeto.

Nome da mãe/ pai / representante legal: _____

Data: ____/____/ ____ Assinatura: _____

(Este documento é preenchido em duplicado, e ambas as partes ficam com um exemplar.)

Apêndice 4 – Autorização do Coordenador da UCSP

Exmo. Sr. Coordenador da UCSP de Redondo
Dr. António Luís Glórias Ferreira

Paula Cristina Jeremias Curado, enfermeira a exercer funções nesta UCSP e a frequentar o 1º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, com área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, na Universidade de Évora, pretende realizar um Projeto de Intervenção Comunitária, subordinado ao tema “Consulta de Enfermagem ao Recém-Nascido na 1ª Semana de Vida, no Domicílio”. O trabalho tem como objetivo geral implementar esta consulta aos utentes inscritos na UCSP de Redondo, de forma a promover a parentalidade positiva e responsável.

Desta forma vem por este meio solicitar a V.ª Ex.ª autorização para realização da colheita de dados, junto dos utentes da UCSP de Redondo.

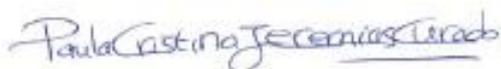
Esclarece ainda que nesta etapa como nas demais envolvidas no decorrer do projeto, serão seguidos todos os requisitos e procedimentos éticos, nomeadamente o anonimato e a confidencialidade de todos os dados recolhidos.

O trabalho irá ser desenvolvido de setembro de 2017 a março de 2018.

Sem outro assunto, agradeço a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos.

Redondo, 29 de Setembro de 2017.



(Paula Cristina Jeremias Curado)


27/09/2017

Apêndice 5 – Panfleto da Consulta



Centro de Saúde de Redondo

Alameda do Calvário s/n

7000-027 Redondo

Tel: 266989110

Fax : 266989119

Email : csredondo@alentejocentral1.min-saude.pt

Elaborado por:

Paula Curado

1º Curso de Mestrado em Enfermagem

2º Ano

Especialidade em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Consulta de Enfermagem ao Recém-Nascido na 1ª Semana de Vida, no Domicílio

Redondo, 2017

- **Realização do teste do pézinho;**
- **Avaliação do peso, perímetro cefálico e estatura;**
- **Cuidados ao coto umbilical;**
- **Orientações/ esclarecimento de dúvidas sobre: amamentação, banho/ higiene e conforto, sono, choro;**
- **Despistar situações de risco;**
- **Planeamento e encaminhamento de consultas.**

... entre outros cuidados.

O vosso bebé já nasceu?!..

Agora já pode solicitar o apoio da enfermeira, na sua casa.

Informe-se no seu Centro de Saúde.

Logo após a alta hospitalar entre em contacto com a UCSP de Redondo (Tel. 266989110) para planeamento da visita domiciliária.

Apêndice 6 – Artigo Científico

**CONSULTA ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO
NA 1.ª SEMANA, NO DOMICÍLIO.**

**CONSULTA ENFERMATE AL RECIÉN NACIDO
EN LA 1.ª SEMANA, EN EL DOMICILIO.**

**CONSULTATION OF NURSING THE NEWBORN
IN THE 1ST WEEK, IN THE HOUSEHOLD.**

Autores

Ana Paula Pires Rodrigues Belo, Professora Doutora do Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias - Portugal; paulabelo@ipcb.pt

Celso Miguel Lopes Ramalho, Especialista em Enfermagem Comunitária; Enfermeiro na Unidade de Cuidados de Saúde de Vila Viçosa – Portugal; celso.ramalho@alentejocentral.min-saude.pt

Paula Cristina Jeremias Curado, Licenciada em Enfermagem pela Universidade de Évora; Enfermeira na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Redondo - Portugal, aluna do Mestrado em Enfermagem em Associação (Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Escola Superior de Saúde de Setúbal, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias); paulaccurado@gmail.com

Resumo

Objetivo: Avaliar a necessidade numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, inserida num Centro de Saúde do Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central, da implementação da Consulta de Enfermagem ao Recém-Nascido na 1.ª Semana de Vida, no Domicílio.

Metodologia: Foi utilizada a metodologia do Planeamento em Saúde e o diagnóstico de situação foi efetivado através de um questionário (Avaliação da Perceção dos Médicos e Enfermeiros do Centro de Saúde sobre a Consulta de Enfermagem ao Recém-Nascido na 1.ª Semana de Vida, no Domicílio), aplicado a 4 médicos e 6 enfermeiros da referida unidade.

Resultados: Observa-se que 90% dos inquiridos afirma ser importante a existência da consulta protocolada na instituição sendo uma mais-valia que vai de encontro às necessidades da população em estudo. Este número percentual é fundamentado como uma maior qualidade dos serviços, promoção da parentalidade em contexto familiar e aproximação das famílias aos Cuidados de Saúde Primários.

Conclusão: Estes resultados justificam a necessidade de implementação da referida consulta, a fim de melhorar a excelência dos cuidados personalizados num contexto de equidade em saúde e que se vão traduzir como uma estratégia de obtenção de ganhos em saúde.

Descritores: Recém-Nascido; Domicílio; Consulta de Enfermagem; Parentalidade; Equidade em Saúde.

Resumen

Objetivo: Evaluar, la necesidad, en una Unidad de Atención de Salud Personalizada, insertada en un Centro de Salud de la Agrupación de Centros de Salud del Alentejo Central, de la implementación de la Consulta de Enfermería al Recién Nacido en la 1.ª Semana de Vida, en el Domicilio.

Metodología: Se utilizó la metodología del Planificación en Salud y el

diagnóstico de situación fue efectuado a través de un cuestionario (Evaluación de la Percepción de los Médicos y Enfermeros del Centro de Salud sobre la Consulta de Enfermería al Recién nacido en la 1.ª Semana de Vida, en Domicilio), aplicado a 4 médicos y 6 enfermeros de dicha unidad.

Resultados: Se observa que el 90% de los encuestados afirma ser importante la existencia de la consulta protocolada en la institución siendo una plusvalía que va en contra de las necesidades de la población en estudio. Este número porcentual está fundamentado como una mayor calidad de los servicios, promoción de la parentalidad en contexto familiar y aproximación de las familias a la Atención Primaria de Salud.

Conclusión: Estos resultados justifican la necesidad de aplicar dicha consulta para mejorar la excelencia de los cuidados personalizados en un contexto de equidad en salud y que se van a traducir como una estrategia de obtención de ganancias en salud.

Palabras Clave: Recién Nacido; Domicilio; Consulta de Enfermería; Parentalidad; Equidad en Salud.

Abstract

Objective: To evaluate the need, in a Personalized Health Care Unit, inserted in a Health Center of the Alentejo Health Centers Group, of the implementation of the Nursing Consultation for the Newborn in the 1st Life Week, in the Domicile.

Methodology: The Health Planning methodology was used and the situation diagnosis was carried out through a questionnaire (Evaluation of the Perception of the Physicians and Nurses of the Health Center on the Nursing Consultation for the Newborn in the 1st Life Week in the Domicile), applied to 4 physicians and 6 nurses of said unit.

Results: It is observed that 90% of the respondents affirm that the existence of the consultation protocol in the institution is important and that it is an advantage that meets the needs of the population under study. This percentage number is based on a higher quality of services, promotion of parenting in a

family context and the approximation of families to Primary Health Care.

Conclusion: These results justify the need to implement this consultation in order to improve the excellence of personalized care in a context of health equity and that will translate as a strategy to obtain health gains.

Keywords: Newborn; Domicile; Nursing Consultation; Parenting; Equity in Health.

Introdução

Hoje em dia, com internamentos cada vez mais curtos no pós-parto, os pais não conseguem assimilar um vasto leque de informações transmitidas num tão curto espaço de tempo.¹

Chegados a casa, os pais, deparam-se com uma realidade muitas vezes totalmente diferente da idealizada e surge uma necessidade de continuidade de cuidados ao recém-nascido que por sua vez vai influenciar diretamente o bem-estar da família.

As mudanças associadas ao nascimento de um filho, não implicam a existência de capacidades inatas para enfrentar a realidade, no entanto obrigam a um processo de aprendizagens. Cabe ao enfermeiro de Cuidados de Saúde Primários, apoiar e capacitar as famílias nos cuidados ao recém-nascido de maneira a fomentar uma parentalidade responsável e saudável promovendo os bons tratos.

À medida que diminui o tempo de hospitalização no pós-parto, aumenta a necessidade dos pais se apoiarem nos recursos da comunidade e nos enfermeiros para aquisição de informação. Estes recursos devem ser acessíveis e facilitadores, tendo em conta que as necessidades de aprendizagem e os respetivos momentos são potenciados no domicílio. Neste contexto o contributo do enfermeiro é imprescindível uma vez que conta com uma vasta experiência em cuidados domiciliários e um leque de conhecimentos científicos.

A prestação de cuidados de enfermagem no domicílio, vem dar continuidade às aprendizagens iniciadas em contexto hospitalar, tendo como enfoque o ensino, apoio e aconselhamento perante cada realidade, visando a aquisição de competências familiares como ferramentas para ultrapassar com sucesso as dificuldades.²

A visita domiciliária acaba por ser uma estratégia comunitária que nos conduz a uma intervenção nas famílias no seu próprio espaço vital. O enfermeiro envolve-se numa perspetiva global da família, da sua realidade e recursos, podendo atuar de forma holística.³

Ressalta-se esta problemática para contexto domiciliário uma vez que se torna mais evidente a espontaneidade da parentalidade inerente às respetivas

alterações no contexto familiar. As necessidades de aprendizagem, principalmente dos novos pais, surgem após o parto e essencialmente no regresso a casa.

Inserindo esta problemática na visita domiciliária de enfermagem, promove-se a oportunidade de resolução de potenciais problemas que se resumem em ganhos de saúde.

No entanto existem ameaças intrínsecas que só é possível desmistificar com estabelecimento de uma relação de confiança e de aceitação entre a família e o enfermeiro. Esta relação deve ser criada e crescer gradualmente, pelo que deva ser iniciada o mais precocemente possível antes do parto. Adaptando esta reflexão para a realidade deste concelho, esta dinâmica torna-se mais simples, visto que quanto mais pequeno for o meio circundante, mais facilitador será o percurso uma vez que o enfermeiro facilmente é conhecedor da dinâmica da família a intervir. Por outro lado, e na perspetiva da família, a referência do enfermeiro está previamente criada, existindo já de alguma maneira uma relação profissional.

Quanto às ameaças extrínsecas à resolução da problemática, existem duas componentes a contornar, uma é o atraso nos registos de nascimentos dos recém-nascidos das maternidades que pode ser colmatada com o facto de serem os próprios pais a contactarem a unidade logo após a alta hospitalar, e o outro é o facto de haver grávidas apenas vigiadas no particular mas que também facilmente são integradas uma vez que atualmente recorrem ao seu Centro de Saúde para a administração da vacina contra o tétano, difteria e tosse convulsa.

Ao longo de anos de exercício num concelho com baixos recursos socioeconómicos, povoações dispersas e isoladas e comunidades com especificidades culturais que acarretam potenciais situações de risco, à que diagnosticar as necessidades e desenvolver estratégias adequadas. No decorrer das primeiras consultas ao recém-nascido na Unidade de Cuidados Personalizados, as dificuldades traduzidas pelos pais relativas à transição para a parentalidade, comprovou-se que existe uma lacuna no apoio à adaptação a uma nova etapa de vida familiar. Assim, e também de forma a dar continuidade aos cuidados após a alta hospitalar, torna-se imprescindível avaliar a

necessidade de implementação da Consulta de Enfermagem ao Recém-Nascido na 1.ª Semana de Vida, no Domicílio.

Metodologia

A metodologia possui um conjunto próprio de meios e atividades, para dar resposta às questões de investigação expressas na fase conceptual.⁴

Neste trabalho, foi usada a Metodologia do Planeamento em Saúde. O planeamento deve ter em consideração as especificidades e as necessidades encontradas pelos vários peritos sociais, os seus interesses e relações sociais. Identificadas as necessidades reais, direcionaram-se as intervenções mais adequadas à comunidade em estudo.

Após ter sido feita uma análise do concelho e sua população, realizou-se uma reunião com os médicos e enfermeiros do Centro de Saúde, com o intuito de determinar a área de intervenção do estudo baseado na auscultação das opiniões dos elementos peritos acerca das necessidades da população. A necessidade que mais se evidenciou, foi na área de Saúde Infantil mais propriamente de dar apoio aos pais na 1.ª fase da parentalidade.

O diagnóstico da situação foi efetivado através de um questionário (Avaliação da Perceção dos Médicos e Enfermeiros do Centro de Saúde sobre a Consulta de Enfermagem ao Recém-Nascido na 1.ª Semana de Vida, no Domicílio), aplicado a 4 médicos e 6 enfermeiros do Centro de Saúde em causa.

Este instrumento de diagnóstico da situação devidamente redimensionado, foi elaborado e testado por Piteira, 2016⁵.

Foram feitas três alterações, devidamente autorizadas, ao questionário original, porque nesta unidade de saúde nunca existiu este programa. Há também a salientar que o questionário primitivo estava direcionado ao puerpério enquanto o atual estudo está relacionado apenas ao recém-nascido.

O questionário tem 14 questões, das quais as primeiras 5 são de caracterização e as restantes de avaliação sobre a temática em estudo. As últimas 9 questões, à exceção da questão 12 que é de escolha múltipla, são de cariz dicotómico.

Os questionários foram aplicados em setembro de 2017. A sua distribuição foi diretamente concebida pela mestrandia em horário laboral dos

profissionais, sendo o seu preenchimento feito de bom agrado e de forma rápida, individual e confidencial.

Após a recolha dos questionários, procedeu-se à sua codificação, validação e análise. Foi feito o tratamento dos dados através do programa Microsoft Excel 2016, onde se apurou a percentagem de respostas das questões dicotómicas, e análise de conteúdo para as restantes perguntas.

O presente estudo foi subordinado à aprovação da Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas da Saúde e do Bem-Estar da Universidade de Évora, com a obtenção de parecer positivo. Também foi feito com a respetiva autorização do coordenador da referida Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.

Apresentação dos resultados

Os questionários foram submetidos e respondidos por 10 profissionais de saúde, a totalidade de médicos e enfermeiros do Centro de Saúde em questão. Embora este estudo seja do âmbito da enfermagem, achámos importante envolver também o setor médico, uma vez que é prática desta instituição o envolvimento em equipa. Por outro lado, dos seis enfermeiros inquiridos, três pertencem á Unidade de Cuidados na Comunidade, no entanto, por se encontrarem bem implementados na dinâmica comunitária do concelho, podem contribuir para o fortalecimento do estudo.

Os questionários foram codificados com números.

As primeiras seis questões são de caracterização e foram resumidas no seguinte quadro:

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10
Idade	24	31	39	45	54	55	58	60	60	66
Sexo	F	F	M	F	F	F	M	F	M	M
Categoria profissional	Enf ^o	Médico	Médico	Enf ^o	Médico	Médico				
Anos de profissão	3	8	19	21	26	31	32	37	35	37
Tempo no Centro de Saúde	8 Meses	10 Meses	9 Anos	11 Anos	15 Anos	20 Anos	24 Anos	3 Anos	32 Anos	33 Anos

Quadro 1: Caracterização dos profissionais inquiridos no Centro de Saúde.

Variáveis	Resposta	%	Categoria Profissional	Justificação
Importância da Consulta	Sim	90%	Enfermeiros Médicos	
	Não	10%	Médicos	
Benefícios do protocolo da consulta	Sim	90%	Enfermeiros Médicos	<ul style="list-style-type: none"> . Serviços de maior qualidade (Q2); . Aproximar a família aos Cuidados de Saúde Primários (Q5); . Despistar comportamentos de risco (Q1); . Dar resposta a necessidades individuais num ambiente propício (Q1, Q2 e Q8).
	Não	10%	Médicos	<ul style="list-style-type: none"> . Pais sem dificuldades de mobilidade; . Dar aos pais, autonomia na gestão de vida.
Consulta como mais-valia	Sim	90%	Enfermeiros Médicos	<ul style="list-style-type: none"> . Avaliar o ambiente familiar para corrigir défices (Q4); . Promover a parentalidade em contexto família (Q1, Q2, Q5, Q7 e Q8); . Ferramenta de apoio aos pais (Q9); . Local propício para detetar situações de risco (Q4 e Q7).
	Não	10%	Médicos	<ul style="list-style-type: none"> . Pais sem dificuldades de mobilidade; . Dar aos pais, autonomia na gestão de vida.
Projeto de encontro às necessidades	Sim	90%	Enfermeiros Médicos	
	Não	10%	Médicos	

Quadro 2: Pertinência da consulta

Variáveis	Resposta	%	Categoria Profissional	Justificação
Recursos humanos disponíveis para a consulta	Sim	20%	Enfermeiros Médicos	
	Não	80%	Enfermeiros Médicos	
Recursos materiais disponíveis para a consulta	Sim	70%	Enfermeiros Médicos	
	Não	30%	Médicos	
Adequação dos registos de enfermagem para a consulta	Scĺnico	70%	Enfermeiros Médicos	
	Papel	0		
	Ambos	30%	Enfermeiros Médicos	
	Outros	0		
Adaptação do Scĺnico	Sim	70%	Enfermeiros Médicos	. Determinadas situações devem ser contempladas com notas (Q4).
	Não	30%	Enfermeiros Médicos	. Não existem intervenções específicas (Q8).

Quadro 3: Existência e adequação dos recursos.

No que diz respeito a sugestões (questão 14), apenas tivemos duas sugestões que foram de carácter impulsionador para o projeto.

Numa visão mais ampla sobre a globalidade dos resultados dos 10 questionários, observa-se uma quase total concordância sobre a importância da implementação da Consulta de Enfermagem ao Recém-Nascido na 1.ª Semana de Vida, no Domicílio, havendo notoriamente algumas discordâncias entre recursos humanos, materiais e informáticos.

Discussão de resultados

No que se refere à essência da problemática, ou seja, avaliar a necessidade da Consulta de Enfermagem ao Recém-Nascido na 1.ª Semana de Vida, no Domicílio, a quase totalidade dos profissionais concorda com a sua implementação fundamentando que o apoio à parentalidade deve ser priorizado de forma individual e particular.

A parentalidade traduz-se na promoção da saúde e o bem-estar das crianças, assim o processo de transição para este desafio, ostenta comportamentos que facilitem a incorporação de um recém-nascido no cerne da família.

O exercício da parentalidade reflete-se no vínculo entre pais e filhos, sendo um processo que apesar de universal é vivido de uma forma única, exclusiva e particular.

Antes de falarmos em parentalidade, temos que admitir que embora a definição de família e seus respectivos papéis tenha mudado ao longo das gerações, a família continua a ter um papel fundamental e decisivo no desenvolvimento do novo ser. Nesta linha de pensamento, a família assume um caráter essencial, devendo oferecer um ambiente estável e seguro proporcionando desta maneira um crescimento saudável.

As mudanças associadas ao nascimento de um filho, não implicam a existência de capacidades inatas para enfrentar a realidade, no entanto obrigam a um processo de aprendizagens. A parentalidade é um processo de transição complexo que implica a interiorização de novas habilidades, aprendizagens e conhecimentos.⁶

Apesar da preparação e transição para esta nova etapa de vida, ser influenciada por inúmeros determinantes de saúde individuais, existem requisitos que ajudam a colmatar as necessidades tais como livros, cursos, internet, e também o precioso apoio das mães. Contudo, os pais referem-se como não satisfeitos com a informação assimilada e como prova disso são os medos, receios e inseguranças reveladas imediatamente após a alta hospitalar. Nesta perspectiva, deve pensar-se sobre os cuidados dos pais ao recém-nascido, e a relevância dos enfermeiros no cuidar em situações de transição mais precisamente na parentalidade.⁷

A parentalidade representa uma caminhada longa para toda a família e que deve ser apoiada o mais precocemente possível pelo enfermeiro de Cuidados de Saúde Primários. Estes profissionais de saúde são detentores de conhecimento, competência e experiência para produzir e inovar capacidades resultantes em ganhos de saúde da comunidade.

Atualmente são objetivos dos cuidados de saúde para famílias em fase de gestação, gravidezes saudáveis, recém-nascidos saudáveis e pais devidamente preparados para a parentalidade.²

Existem momentos preciosos que devem ser considerados pelos enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários, como privilegiados para iniciar o processo de educação para a saúde da família. A vacinação da grávida, as consultas de saúde materna entre outras ocasiões, servem para iniciar ou estreitar relações entre os pais e o enfermeiro. Depois existem pormenores que apesar de serem pequenos, podem fazer a diferença para uma relação de empatia e confiança entre os pais e o enfermeiro. O facto de estarmos perante uma pequena área geográfica e a existência de um enfermeiro de família, proporciona um melhor conhecimento quer do enfermeiro, quer das famílias, permitindo encurtar e direccionar o percurso.

Iniciado o processo é preciso mostrar disponibilidade e alternativas existentes, apesar das necessidades dos pais surgirem numa fase mais avançada.

Atualmente, com os internamentos pós-partos cada vez mais curtos, as mães/pais não conseguem assimilar em tão curto espaço de tempo, um imenso leque de informações. Esta dificuldade revela-se sobretudo com maior prevalência em “novos” pais com níveis de literacia mais elevado e que por sua vez, se encontram sem apoios paternos na área de residência. Existe outro grupo de pais, também com grandes necessidades de aprendizagem embora não identificadas por si, o que pode traduzir potenciais riscos de saúde. Por último, temos pais que embora já com outros filhos, esta nova etapa requer apoio a nível de reestruturação familiar.

Apesar da parentalidade representar um processo de aprendizagem que se inicia com a gravidez, é no pós-parto mais concretamente no regresso a casa que os pais se deparam com uma realidade por vezes completamente diferente da idealizada. Daqui emerge a necessidade de continuidade de

cuidados ao recém-nascido, que por sua vez influenciam o bem-estar de toda a família

Todos os recursos da comunidade devem ser tidos em atenção tendo em consideração que as necessidades de aprendizagem e os respetivos momentos são potenciados em casa.⁷

Com este propósito, os cuidados de enfermagem em contexto domiciliário retornam ganhos em saúde, nomeadamente traduzidos em diminuição visitas injustificadas aos Centros de Saúde, e reinternamentos hospitalares, além de outras dimensões que em situações extremas podem envolver situações de perigo.

O puerpério é um período assinalado por grande vulnerabilidade emocional, não só para a mulher como também para a família.¹

O nascimento de um filho numa família, requer um período de recuperação e reestruturação para todos os envolvidos. Essa nova etapa deve ser orientada e supervisionada para atingir níveis de otimização saudáveis.

A visita domiciliária de enfermagem é um contato de grande impacto uma vez que é primordial para o conhecimento da realidade individual assim como da sua respetiva adaptação. Esta atividade é cada vez mais fundamental nas equipas de Cuidados de Saúde Primários, constituindo uma estratégia de intervenção na prestação de cuidados.⁸ Em contrapartida para os enfermeiros a visita domiciliária implica um desafio onde se apela à criatividade e flexibilidade associada a competências técnicas e científicas.

A visita domiciliária acaba por ser uma estratégia comunitária que nos conduz na intervenção das famílias no seu próprio espaço vital. O enfermeiro envolve-se numa perspetiva global da família, da sua realidade e recursos, podendo atuar de forma holística.³

A visita ao recém-nascido em domicílio deve ser feita, tendo em conta as especificidades de cada realidade, não podendo haver uniformização das diversas necessidades. Todos os aspetos envolventes devem ser tidos em consideração, não devem haver subestimações, mas pelo contrário devem fazer-se valorizações a todos os aspetos positivos, por mais básicos que sejam, como ponto de partida.

Os cuidados de enfermagem ao recém-nascido, no domicílio também podem ser uma ferramenta para colmatar uma situação de crise familiar.

Comumente esta atividade diferenciada, proporciona a continuidade de aprendizagens dos pais, no contexto exclusivo do seu lar, visando a aquisição de competências adequadas.

Pequenas metas tangíveis possibilitam objetivos exequíveis que promovem a autonomia da família e que futuramente se refletem no desenvolvimento do recém-nascido, assim como em relacionamentos familiares saudáveis.

A visita domiciliária propícia a detecção precoce de riscos familiares que podem ser definitivos no vínculo do recém-nascido com os pais e refletindo-se no desenvolvimento e crescimento do novo ser. Cada mãe/pai e recém-nascido revelam, pois, um mundo próprio e único, com diferentes necessidades.

Conclusão

Com a alta pós-parto cada vez mais precoce, cabe aos Cuidados de Saúde Primários, apoiar os pais no que se refere a uma parentalidade responsável. O capacitar os pais nos cuidados ao recém-nascido, também pode ser uma estratégia de ganhos em saúde. Para tal a implementação de projetos de intervenção comunitária com base em necessidades reais da comunidade e que promovam a otimização dos níveis de saúde da população, tornam-se fundamentais.

A prestação de cuidados de enfermagem, nomeadamente o apoio à parentalidade assim como a visita domiciliária ao recém-nascido, feita na 1.ª semana de vida, torna-se um compromisso assistencial.

A análise e discussão deste estudo demonstra que é imprescindível a necessidade de um projeto de intervenção comunitária direcionado ao recém-nascido inserido no seu contexto familiar.

Constatamos que a implementação desta consulta, se torna imprescindível não só para contemplar as necessidades diagnosticadas, como também para encaixar com outros projetos já existentes e com a vertente de identificar e corrigir potenciais situações de risco em idades mais avançadas.

Este estudo, apesar de ser fruto de muita pesquisa bibliográfica, conta muito com a experiência dos vários profissionais na área, e na comunidade em questão.

A Consulta de Enfermagem ao Recém-Nascido na 1.ª Semana de Vida, no Domicílio, vem dar continuidade aos cuidados ao recém-nascido após a alta-hospitalar, e surge também na tentativa, apesar das limitações contornáveis, de aumentar a acessibilidade ao Centro de Saúde assim como garantir igualdade de oportunidades a toda a comunidade.

A saúde das crianças espelha uma série de aprendizagens por parte dos pais e aprimoradas por os Cuidados de Saúde Primários, contribuindo para o desenvolvimento das capacidades cognitivas do novo ser. Assim sendo, esperamos com este estudo, contribuir para o aprimoramento dos cuidados de enfermagem ao recém-nascido no domicílio, e para a adequação das situações direcionadas para a obtenção de ganhos em saúde.

Referências bibliográficas

1. Pereira, M. (2012). *A necessidade da visita domiciliária de enfermagem no puerpério precoce* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
2. Pacheco, M. J. (2012). *Visita Domiciliária à Puérpera e ao RN do concelho de Tavira* (Relatório) Instituto Politécnico de Beja, Beja.
3. Filipe, M. (2011). *Visita domiciliária. Contributos de enfermagem na manutenção da amamentação* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Coimbra, Coimbra.
4. Fortin, M., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
5. Piteira, A. (2016). *A Enfermagem Comunitária na Transição para a Parentalidade – Visita Domiciliária de Enfermagem no Puerpério*. (Relatório). Universidade de Évora, Évora.
6. Vieira, A., Martins, C., Macedo, L. & Guerra, M. J. (2008). Necessidade de Aprendizagem dos Pais na Transição para a Parentalidade: Uma Revisão da Literatura. *Servir*. Lisboa. 56 3-4, 146-154
7. Zacarias, Vanda (2011). *A Arte da Enfermagem Comunitária na Transição para a Parentalidade*. (Relatório). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
8. Resende, M. (2006). Cuidados Domiciliários: Uma Modalidade de Intervenção. *Nursing*. (216), 2-10

Apêndice 7 – Livro sobre os Cuidados ao RN

Primeira Consulta do Recém-Nascido



**O que necessita saber sobre
as primeiras semanas de vida do
seu bebê**





Índice

Apresentação.....	5
“Teste do Pezinho”.....	6
Amamentação.....	7
Banho ao recém-nascido.....	12



Apresentação

A primeira consulta ao recém-nascido realiza-se na primeira semana de vida.

Este livro, *Primeira Consulta do Recém-Nascido*, foi feito com o intuito de ajudar as mães e os papás.

Desejado, imaginado e ansiosamente aguardado, o bebé marca o início de uma viagem sem precedentes - cheia de surpresas e alegrias. Momentos bons e outros menos bons.

As pequenas dificuldades podem ser ultrapassadas com algumas estratégias, que podem encontrar neste livro.

Esperamos que a vossa paternidade seja um sucesso!

“Teste do Pezinho”

O Rastreamento Neonatal Precoce ou o *Teste do Pezinho* diagnostica doenças através de uma análise ao sangue. Podendo estas ser tratadas precocemente, mesmo antes do aparecimento de sinais e sintomas.

Atualmente, rastreiam-se 24 Doenças Hereditárias do Metabolismo e Hipotireoidismo Congénito. Estas doenças quando não são tratadas precocemente podem mais tarde levar a alterações neurológicas, atraso mental ou alterações hepáticas. Para todas as doenças estudadas existe tratamento.

É de extrema importância a realização deste rastreio, de preferência entre o 3.º e 6.º dia de vida. Através de uma picada no calcanhar do bebé, o sangue é colhido para um papel com filtro específico, depois de seco é enviado para a Unidade de Rastreamento Neonatal, Metabolismo e Genética do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, IP.

Fonte: Programa Nacional de Rastreamento Neonatal
Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2007

Amamentação

Porquê?

O leite materno é rico em nutrientes e anticorpos essenciais para o recém-nascido.

É um alimento vivo, completo e natural onde a sua prática exclusiva é a melhor maneira de alimentar as crianças até aos 6 meses.

Tem vantagens para o bebé:

- ❖ Previne infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias;
- ❖ Tem um efeito protetor sobre alergias;
- ❖ Permite uma melhor adaptação a outros alimentos.

Tem vantagens para a mãe:

- ✓ Involução uterina (quando o útero volta a sua forma original, antes da gravidez) mais precoce;
- ✓ Intensifica a perda de peso materna; associa-se a uma menor probabilidade de ter cancro da mama.



Fonte: UNICEF, 2012

O que é uma boa pega?

O bebé está a fazer uma boa pega se:

- * A boca do bebé apanha a maior parte da aérola;
- * O bebé estica o tecido da mama para fora, para formar um bico;
- * O mamilo constitui apenas 1/3 do bico;
- * O bebé mama na auréola e não no mamilo;
- * O queixo do bebé toca na mama;
- * A boca do bebé está bem aberta;
- * O lábio inferior do bebé está virado para fora;
- * Pode ver-se mais auréola acima do que abaixo da boca do bebé.



Fonte: UNICEF, 2012

Que posição devo adoptar?

Existem várias posições que facilitam a fixação, deglutição e a amamentação de modo geral.

Sente-se ou deite-se de forma confortável e mantenha o contato “barriga com barriga” com o seu bebé.

Este é um momento especial de vinculação entre a mãe e o bebé. Aproveite-o!

Posição em Berço

- ⇒ A ponta do nariz do bebé fica de frente para o mamilo.
- ⇒ Para agarrar a mama, o bebé necessita de inclinar a cabeça para trás, facilitando a deglutição e a respiração.
- ⇒ Utilize a mão livre para orientar o mamilo na mesma direção do que a boca do bebé.





Posição Cruzada

- ⇒ A mão da mãe suporta a cabeça do bebé e o antebraço suporta as costas.
- ⇒ Caso tenha o seu bebé no seu braço esquerdo irá amamentá-lo à mama direita, e vice-versa.

Posição em Bola de Râguebi

- ⇒ O bebé está apoiado no braço do lado de onde está a ser amamentado.
- ⇒ A mão da mãe suporta a cabeça e o antebraço as costas.
- ⇒ O corpo do bebé fica inclinado numa posição a 90°.



Posição Deitada

- ⇒ O bebê está deitado ao lado da mãe, “barriga com barriga”.
- ⇒ O mamilo deve estar à altura do nariz do bebê.
- ⇒ As costas do bebê devem estar apoiadas com uma toalha ou almofada.
- ⇒ O bebê irá sentir o mamilo e inclinar-se-á para o agarrar, o que faz com que direcione o nariz para longe do peito, permitindo que respire à vontade e engula corretamente.



Banho ao Recém-Nascido

Os cuidados de higiene são indispensáveis para prevenir infecções, uma vez que o sistema imunológico do bebé não está totalmente desenvolvido nesta fase.

É recomendado que o banho seja diário.

O horário do banho deverá ser de acordo com as rotinas do bebé – isto é, se o bebé se apresentar mais relaxado com o banho, deverá optar-se por um horário mais ao final do dia; porém se o bebé ficar desperto com o banho, deverá optar-se por ser dado antes de uma mamada.

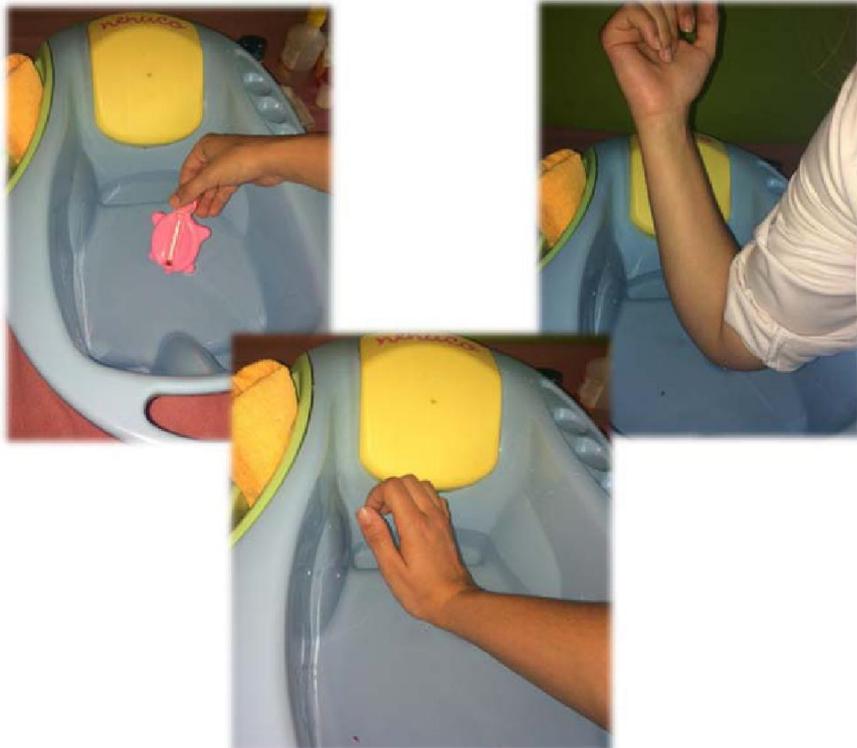


Como faço?

1. Preparar o ambiente: quarto ou casa de banho a uma temperatura de 24/25 °C.
2. Preparar o material necessário:
 - Banheira;
 - Termómetro;
 - Roupa do bebé e fralda;
 - Toalha;
 - Loção de banho com pH neutro ou sabonete de glicerina;
 - Champô para bebé;
 - Esponja;
 - Creme hidratante ou óleo de amêndoas doces;
 - Compressas;
 - Álcool a 70°.



3. Encher a banheira não mais que 10cm. A temperatura da água deve estar entre os 36°-37°C. Caso não tenha termômetro, poderá usar o cotovelo ou a parte interna do punho sentindo a água mas que não queima.



4. Limpar o olho direito com uma compressa com soro fisiológico, de fora para dentro. Trocar de compressa e limpar o olho esquerdo.
5. Limpar as orelhas recorrendo a uma compressa para cada orelha e soro fisiológico.
6. Limpar a boca e o nariz também com compressas com soro fisiológico.



7. Confirmar novamente a temperatura da água do banho.

8. Colocar o bebê suavemente na banheira:

- Colocar o seu braço por baixo dos ombros do bebê, agarrando a axila de forma a que a cabeça fique levantada e apoiada no seu braço;
- Agarrar os pés do bebê com a outra mão e colocar o bebê na banheira.



9. Lavar o tronco e os membros, com o auxílio da esponja, tendo em atenção as pregas cutâneas como o pescoço, as axilas e as virilhas, com loção de banho com pH neutro ou sabonete de glicerina.

10. Rodar o bebê sob o braço de apoio, de forma a deixar o bebê de barriga para baixo, continuando apoiado no seu braço.



11. Lavar as costas e os membros, de seguida os genitais de frente para trás.
12. Colocar o bebê novamente de barriga para cima.
13. Lavar a cabeça com champô para bebê (é a última parte do corpo a ser lavada, de forma a evitar o arrefecimento, uma vez que é pela cabeça que o bebê perde mais calor corporal).
14. Retirar o bebê da banheira, segurando os pés, e colocar na toalha.

15. Começar por secar a cabeça, de forma a evitar o arrefecimento. Secar o restante corpo, tendo em atenção as pregas cutâneas.
16. Colocar a fralda, a fim de evitar que o bebé se volte a sujar, dobrada de forma a que o coto umbilical fique fora da fralda. Deste modo, permite que chegue ar ao coto para uma melhor cicatrização e que este não seja contaminado pela urina e/ou fezes.



17. Realizar a desinfecção com compressas embebidas em álcool a 70°. Começar por desinfetar a parte que se encontra em contato com o bebê em volta do coto. De seguida, desinfetar o coto umbilical clampado, e por fim a mola.

Nota: Continuar a limpar o umbigo com soro fisiológico após a caída do coto umbilical por mais 1 semana.

18. Colocar creme hidratante ou óleo de amêndoas doces no bebê. Exceto na cara, nas mãos e no coto umbilical, pois corre o risco de entrar em contato com os olhos e a boca do bebê.

19. Vestir o bebê de acordo com a época.





Centro de saúde de Redondo

Alameda do Calvário s/n

7000-027 Redondo

Tel.: 266989110

Fax: 266989119

Email: csredondo@alentejocentral1.min-saude.pt

Elaborado por:

Paula Curado

1º Curso de Mestrado em Associação

2ºAno

Especialidade em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Apêndice 8 – Sessões de Educação para a Saúde

Formador: Paula Curado

Tema: Amamentação do RN

Duração: 30 minutos

Grupo alvo: Pais dos RN

Local: Domicílio

Objetivos:

- . Promover a amamentação;
- . Reconhecer as vantagens/importância da amamentação.

Fases	Tempo	Conteúdos	Método	Recursos	Avaliação
Introdução	5 minutos	.Apresentação da formadora; .Apresentação sumária do projeto; .Justificação do tema; .Objetivos da sessão.	.Expositivo; .Participativo.		.Avaliar os conhecimentos; -Interesse dos pais.
Desenvolvimento	20 minutos	Abordagem do tema: .vantagens; .posicionamentos; .horários; .vinculação.	.Expositivo; .Persuasivo; .Motivacional.	Almofadas	.Avaliar as possíveis dificuldades de aprendizagem; .Examinar a motivação dos pais.
Conclusão	10 minutos	.Síntese das principais ideias; .Esclarecimento de dúvidas;	.Motivacional; .Persuasivo.	Distribuição de brochuras alusivas à temática.	.Recetividade à sessão; .Testar os conhecimentos dos pais, relativamente ao tema; . Visualizar amamentação.

Formador: Paula Curado

Tema: Higiene e conforto do RN

Duração: 30 minutos

Grupo alvo: Pais dos RN

Local: Domicílio

Objetivos:

- . Promover o banho diário;
- . Estabelecer cuidados inerentes ao banho;
- . Cuidados ao coto umbilical;
- . Incentivar mudanças de fraldas.

Fases	Tempo	Conteúdos	Método	Recursos	Avaliação
Introdução	5 minutos	.Apresentação da formadora; .Apresentação sumária do projeto; .Justificação do tema; .Objetivos da sessão.	.Expositivo; .Participativo.		.Avaliar dos conhecimentos; -Interesse dos pais.
Desenvolvimento	20 minutos	Abordagem dos temas: .horário adequado; .rotinas; .materiais necessários; .exemplificação de procedimentos de higiene; .cuidados adicionais ao ritual; .cuidados ao coto umbilical; .adequação do vestuário;	.Expositivo; .Persuasivo; .Motivacional.	.Banheira; .Álcool; .Fraldas; .Compressas .Creme hidratante; .Berço/cadeira; .Roupas; .Esponjas; .Termómetro . Sabonete/ loção/ champô.	.Avaliar as possíveis dificuldades de aprendizagem; .Examinar a motivação dos pais.
Conclusão	10 minutos	.Síntese das principais ideias; .Esclarecimento de dúvidas;	.Motivacional; .Persuasivo.	Distribuição de brochuras alusivas à temática..	.Recetividade dos pais, à sessão; .Testar os conhecimentos dos pais, relativamente ao tema.

Formador: Paula Curado

Tema: Preparação do biberão, do RN

Duração: 30 minutos

Grupo alvo: Pais dos RN

Local: Domicílio

Objetivo:

. Habilitar os pais na técnica de preparação e manutenção do biberão

Fases	Tempo	Conteúdos	Método	Recursos	Avaliação
Introdução	5 minutos	.Apresentação da formadora; .Apresentação sumária do projeto; .Justificação do tema; .Objetivos da sessão.	.Expositivo; .Participativo.		.Avaliar os conhecimentos; -Interesse dos pais.
Desenvolvimento	20 minutos	Abordagem dos temas: .adequação da quantidade de leite; .limpeza e esterilização dos biberões; .temperatura da água; .administração do biberão; .acionamento das medidas de leite; .preestabelecer condições da água a usar, diariamente.	.Expositivo; .Persuasivo; .Motivacional.	.Biberão; .Leite adaptado; .Água.	.Avaliar as possíveis dificuldades de aprendizagem; .Examinar a motivação dos pais.
Conclusão	10 minutos	.Síntese das principais ideias; .Esclarecimento de dúvidas;	.Motivacional; .Persuasivo.	Distribuição de brochuras alusivas à temática.	.Recetividade à sessão; .Testar os conhecimentos dos pais, relativamente ao tema; . Visualizar a preparação do biberão.

Apêndice 9 – Protocolo da Consulta

Protocolo para a Consulta de Enfermagem ao RN na 1.ª Semana de Vida, no Domicílio

A *Consulta de Enfermagem ao RN na 1.ª Semana de Vida, no Domicílio* destina-se aos recém-nascidos inscritos na UCSP e que residem no respetivo concelho. No âmbito da promoção da parentalidade responsável e positiva, pretende-se dar continuidade dos cuidados ao RN após a alta hospitalar e capacitar os pais para esses cuidados. Assim, tendo em consideração as idiossincrasias locais, com a finalidade de uniformizar procedimentos estabelecem-se as seguintes intervenções baseadas na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE Versão 2):

- Monitorizar altura, peso corporal e perímetro cefálico;
- Vigiar coto umbilical;
- Avaliar pele;
- Avaliar capacidade dos pais sobre cuidados com a pele;
- Avaliar eructação;
- Avaliar conhecimento dos pais sobre prevenção da aspiração;
- Vigiar sono;
- Ensinar pais sobre o choro;
- Avaliar conforto do RN;
- Avaliar capacidade dos pais para promover o autocuidado;
- Avaliar conhecimento dos pais sobre prevenção de eritema de fraldas;
- Realizar Teste de Guthrie;
- Assistir no amamentar/aleitamento;
- Avaliar o amamentar/aleitamento;
- Vigiar reflexo de sucção;
- Incentivar amamentação;
- Avaliar capacidade da mãe para prevenir cólica;
- Avaliar conhecimento dos pais sobre regurgitação;
- Avaliar ligação mãe-filho;
- Avaliar comportamentos de vinculação;
- Avaliar risco familiar;
- Avaliar conhecimento dos pais sobre paternidade;
- Planear consulta de Saúde Infantil;

- Providenciar material de leitura;
- Aferir condições habitacionais;
- Confirmar existência de materiais/ recursos apropriados às necessidades do RN;
- Investigar sistema de apoio familiar/comunitário;
- Avaliar adaptação familiar;
- Avaliar conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes;
- Identificar potenciais riscos;
- Realizar educações para a saúde, de acordo com as necessidades;
- Aconselhar rotinas diárias;
- Valorizar competências;
- Referir para recursos da comunidade, caso necessário;
- Esclarecer dúvidas;
- Preencher guia de orientação;
- Registrar as intervenções no Sclínico.

Apêndice 10 – Lista das Grávidas

