



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

Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e Família: Um Contributo para o Bem-estar e Maximização da Saúde

Vera Mónica Carvalho Cabeça Branca

Orientadora: Professora Maria Gabriela Calado

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio

Évora, 2018



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

- ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOAO 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

- **Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e Família: Um Contributo para o Bem-estar e Maximização da Saúde**

- **Vera Mónica Carvalho Cabeça Branca**

- Orientadora: Professora Maria Gabriela Calado

- **Mestrado em Enfermagem**

- Área de Especialização Saúde Infantil e Pediátrica

- Relatório de Estágio

- Évora, 2018

Aos meus amigos.

À minha família.

Em especial ao meu marido e aos meus filhos!

AGRADECIMENTOS

À nossa orientadora, Professora Coordenadora Maria Gabriela Calado, pela incessante fonte de sabedoria, apoio e disponibilidade constante e sobretudo pela exigência com que pautou todo o nosso percurso na elaboração deste relatório.

Às Enfermeiras Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Maria Conceição Pires Nunes, Alexandra Barradas e Cláudia Mateus por toda a força, apoio, carinho, sabedoria e orientação de estágio, fundamentais para que este último semestre de mestrado fosse um momento rico em aprendizagens, que se refletem no presente relatório.

À nossa família que são o nosso pilar e uma fonte inesgotável de apoio, amor, energia e motivação. Nunca, em momento nenhum nos faltaram e por isso o nosso Obrigada!

Às nossas colegas de trabalho, Enfermeira Cláudia Pinhão, Enfermeira Maria Fátima Brejo, Enfermeira Maria Fátima Reis e Enfermeira Natália Pereira, pela motivação e por terem estado sempre lá quando precisámos.

A todos aqueles que contribuíram de alguma forma para a realização deste trabalho, em especial à Dina Morganheira pela partilha, discussão e construção de ideias, e à Alexandra Carvalho, pela ajuda preciosa com o programa Excel.

A todos os nossos amigos, que de alguma forma nos apoiaram neste percurso de vida.

Por último, um agradecimento especial a todos aqueles que voluntariamente participaram neste estudo, e que só por isso o tornaram possível.

RESUMO

Título: Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e Família: Um Contributo para o Bem-estar e Maximização da Saúde.

A visita domiciliária ao Recém-nascido e família, consiste numa estratégia de intervenção precoce num momento de transição especialmente crítico nas famílias, que é o nascimento de um filho. Permite não só realizar a avaliação da condição de saúde do Recém-nascido, mas também o ambiente familiar, fundamentais para o desenvolvimento e crescimento da criança.

Desenvolvemos um Projeto de Estágio, com recurso à metodologia de projeto, que visa contribuir para a implementação da Visita Domiciliária ao Recém-Nascido e família, numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.

Este projeto permitiu, adquirir e aprofundar conhecimentos sobre a temática, promover a adesão dos enfermeiros e das grávidas na implementação da Visita Domiciliária e elaborar uma Check List, para guião da mesma.

No presente relatório consta ainda a análise descritiva e reflexiva do percurso formativo realizado, que conduziu ao desenvolvimento das competências de Mestre e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Palavras Chave: Visita Domiciliária, Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Recém-nascido/Família.

ABSTRACT

Title: Home Visit nursing to the Newborn and its Family: A Contribution to the Well-being and Health Maximization.

The home visit to the newborn and family consists of an early intervention strategy, at a particularly critical transition in families when a child is born. It allows, not only the evaluation of the newborn the health condition, but also about the family environment, that is fundamental for the development and growth of the child.

We developed an Internship Project, using the project methodology, which aims to contribute to the implementation, of the Home Visit to the Newborn and its family, in one Personalized Health Care Unit.

This project allowed acquiring and deepening knowledge on the subject, promoting the adhesion of nurses and pregnant women in the implementation of the home visit and, to elaborate a Check List, to guide it.

This report includes as well, the descriptive and reflective analysis of the training course carried out, which led to skills development as Master and Child Health and Pediatric Specialist Nurse.

Keywords: Home Visit, Child Health and Pediatric Nursing, Newborn / Family.

LISTA SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CH – Centro Hospitalar

CPCJ- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CS – Centro de Saúde

DGS – Direção Geral de Saúde

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

EEESMO – Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EUA – Estados Unidos da América

h. – Horas

INE -Instituto Nacional de Estatística

IPI – Intervenção Precoce na Infância

n. – Número

NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

NFP – Nurse Family Partnership

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – Página

PE- Projeto de Estágio

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNSIJ – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Plano Nacional de Vacinação

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RN – Recém-nascido

SM – Saúde Materna

SNIPI - Sistema Nacional Intervenção Precoce na Infância

SNS - Serviço Nacional de Saúde

Sr.^ª – Senhora

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCEN - Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UNICEF - United Nations Children's Fund

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

VD – Visita Domiciliária

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº 1 - Pertinência da realização da VD ao RN e família – perspectiva enfermeiros	53
Figura nº 2 - Pertinência da realização da VD ao RN e família pelo EEESIP	54
Figura nº 3 – Recursos materiais e humanos existentes para realizar a VD	55

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº1- Taxa bruta de natalidade em Portugal (por mil habitantes) – 2016	35
Gráfico nº 2 – Percentagem de nados-vivos pré-termo em Portugal, 2011-2016	35
Gráfico nº 3 –Nados vivos (Nº) e taxas brutas de natalidade, Portugal, 2011-2016	36
Gráfico nº 4 - População em idade pediátrica do concelho	40
Gráfico nº 5 – Avaliação PNV cumprido 2016, no continente	44
Gráfico nº 6 - Avaliação geral da formação sessão aleitamento materno	46
Gráfico nº 7 - Avaliação da formadora sessão aleitamento materno	46
Gráfico nº 8 – Distribuição da amostra quanto ao género - enfermeiros	51
Gráfico nº 9 – Distribuição da amostra quanto à idade – enfermeiros	51
Gráfico nº 10 – Distribuição da amostra nível de escolaridade – enfermeiros	51
Gráfico nº 11 – Distribuição da amostra - tempo de exercício profissional	51
Gráfico nº 12 – Distribuição da amostra tempo de exercício profissional no CS	52
Gráfico nº13 – Necessidade de desenvolvimento do projeto de estágio – enfermeiros ...	52
Gráfico nº 14 - Distribuição da amostra - idade e faixa etária das grávidas	56
Gráfico nº 15 - Idade média das mulheres ao nascimento de um filho, Portugal 2016	57
Gráfico nº 16 - Distribuição da amostra de acordo com a escolaridade – grávidas	57
Gráfico nº 17 - Distribuição da amostra segundo o número de filhos	57
Gráfico nº 18 - Distribuição da amostra - idade dos filhos	58
Gráfico nº 19 - Distribuição da amostra - a idade gestacional	58
Gráfico nº 20 - Distribuição da amostra - a data provável do parto	59
Gráfico nº 21 - Distribuição da amostra - local de vigilância da gravidez	59
Gráfico nº 22 - Fontes de aquisição de conhecimentos	60
Gráfico nº 23 - Pertinência da VD de enfermagem ao RN e família - grávidas	61
Gráfico nº 24 - Procedimentos a realizar na VD, perspetiva das grávidas	62
Gráfico nº 25 - Avaliação geral da sessão sobre o projeto de estágio	77
Gráfico nº 26 - Avaliação da formadora na sessão sobre o projeto de estágio	77
Gráfico nº 27 - Avaliação da sessão de esclarecimento das grávidas	79

Gráfico nº 28 - Avaliação da VD ao RN e família – Parte 1	82
Gráfico nº 29 - Avaliação da VD ao RN e família – Parte 2	83

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº 1 - Planeamento das atividades, estratégias e recursos	67
---	----

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	13
1. ENQUADRAMENTO CONCETUAL	17
1.1 - O Recém-nascido	17
1.1.1 – Cuidados ao recém-nascido	19
1.2 – A Família	21
1.2.1 - A transição para a parentalidade	22
1.2.2 - Cuidados centrados na família	24
1.3 - Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e Família	26
2 – ENQUADRAMENTO DO ESTÁGIO FINAL	33
2.1 – Os Contextos e o Percurso	33
2.1.1 – Unidade de cuidados especiais neonatais	34
2.1.2 – Unidade de cuidados de saúde personalizados e unidade de cuidados na comunidade	39
2.2 – O Projeto de Estágio	46
2.2.1- Diagnóstico da situação	47
2.2.1.1- Caracterização da população e amostra	49
2.2.1.1.1 – Caracterização da equipa de enfermagem	50
2.2.1.1.2 - Caracterização das grávidas	56
2.2.1.2- Definição geral da problemática	62
2.2.2 - Definição de Objetivos	65
2.2.3 – Planeamento	66
2.2.3.1 – Atividades, estratégias e meios	66
2.2.3.2 - Indicadores de avaliação do projeto	68
2.2.3.3 – Cronograma	69
2.2.3.4 - Procedimentos formais e éticos	69
2.2.4 – Execução e Avaliação	71
2.2.5 – Avaliação Final do Projeto e Implicações para a Prática	83
3 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS	86
3.1 – Competências Previamente Adquiridas	87
3.2 – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	91
3.3 – Competências Específicas do Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	97
3.4 – Competências de Mestre	106

4 – CONCLUSÃO	110
BIBLIOGRAFIA	114
ANEXOS	123
Anexo I – Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora	124
Anexo II – Certificado de Participação no 1º Congresso Multiprofissional do Hospital Dona Estefânia	126
Anexo III – Programa Científico do 1º Congresso Multiprofissional do Hospital Dona Estefânia	128
Anexo IV- Certificado de Participação no III Encontro Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa	133
Anexo V – Programa Científico do III Encontro Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa	135
APÊNDICES	138
Apêndice I – Trabalho de pesquisa realizado na UCEN	139
Apêndice II – Apresentação do Trabalho de Pesquisa Realizado na UCEN	150
Apêndice III - Plano da Sessão de Formação sobre Aleitamento Materno	153
Apêndice IV – Apresentação da Sessão sobre Aleitamento Materno	156
Apêndice V - Questionário de Avaliação das Sessões de Formação	162
Apêndice VI – Questionário de Diagnóstico de Situação - Enfermeiros	164
Apêndice VII- Questionário de Diagnóstico da Situação - Grávidas	169
Apêndice VIII– Carta de Pedido de Autorização de Implementação do Projeto	174
Apêndice IX – Plano da Sessão de Formação e Apresentação do Projeto de Estágio à Equipa de Enfermagem da UCSP E UCC	176
Apêndice X - Plano de Sessão das Grávidas	179
Apêndice XI – Cronograma do Projeto de Estágio	182
Apêndice XII – Artigo Científico	184
Apêndice XIII – Apresentação da Formação e do Projeto de Estágio à Equipa de Enfermagem da UCSP E UCC	211
Apêndice XIV - Ficha de Referência das Grávidas	220
Apêndice XV – Questionário de Avaliação da Sessão de Esclarecimento	222
Apêndice XVI – Apresentação da Sessão de Esclarecimento das Grávidas	224
Apêndice XVII – Folheto de Divulgação da Visita Domiciliária	228
Apêndice XVIII – Check List para Registos da Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e Família	231
Apêndice XIX - Questionário de Avaliação da Visita Domiciliária	240

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito do 1º Mestrado de Enfermagem em Associação, na área de Especialização em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica, dando cumprimento aos objetivos traçados para o Estágio Final e contextualizando o percurso desenvolvido durante o mesmo.

O Estágio decorreu entre 18 setembro de 2017 e 27 janeiro de 2018, em dois contextos clínicos diferenciados, designadamente: em Cuidados Hospitalares (Unidade de Cuidados Especiais Neonatais) e em Cuidados de Saúde Primários (Centro de Saúde/ Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados e Unidade de Cuidados na Comunidade), tendo como finalidade o desenvolvimento de experiências de aprendizagem, que nos permitissem adquirir competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e competências de Mestre.

Pretendeu-se com a realização do Estágio Final atingir os seguintes objetivos: *Evidenciar capacidade de reflexão crítica sobre a prática clínica; Fundamentar as decisões com base na teorização e na evidência científica; Descrever e avaliar o desenho e a implementação de um projeto; Apresentar um relatório, com conseqüente discussão em provas públicas.*

O desenvolvimento do Estágio Final, contemplou assim a aquisição e desenvolvimento de competências clínicas e de investigação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, que incluíram a elaboração de um Projeto de Estágio, de acordo com a Metodologia de Projeto, centrado na identificação de uma problemática/necessidade de cuidados, existente no contexto do estágio.

A problemática em estudo surgiu, tendo em conta que exercemos funções em Cuidados de Saúde Primários, mais concretamente numa Unidade de Saúde Familiar e porque identificámos a prestação de cuidados de saúde domiciliários ao recém-nascido e família, como um cuidado fortemente recomendado, sustentado em evidência científica e que em Portugal, de acordo com pesquisa efetuada, é pouco realizado, inclusive na unidade onde exercemos funções e no Centro de Saúde onde realizámos estágio. Optámos assim pela temática, Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e Família, como área de interesse para o desenvolvimento do Projeto de Estágio, a qual se insere na linha de investigação “*Necessidades em cuidados de enfermagem em populações específicas*” e visa contribuir para a sistematização do conhecimento sobre a evidência da melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos

recém-nascido e família, pela implementação do mesmo, promovendo a prática baseada na evidência.

O ser humano nasce incapaz de se cuidar, necessitando por isso, que os cuidados sejam desenvolvidos por outros (Azevedo, 2007). A família constitui o alicerce fundamental no suporte daquilo que somos e no que fazemos, ao longo de toda a nossa vida. Sendo o principal eixo cuidador e educativo, o seu papel é de extrema importância no desenvolvimento coeso das crianças (Patrício, 2011). A prática de Enfermagem Especializada em Saúde Infantil e Pediátrica estabelece-se de acordo com padrões de qualidade e é sustentada em modelos teóricos, evidência científica e documentos norteadores da profissão, que demonstram a importância dos pais como principais cuidadores da criança (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Os dias que se seguem ao parto são difíceis, pois as famílias para além de terem a necessidade de ajustar as suas expectativas e os seus ritmos de vida às características do RN e à satisfação das suas necessidades, também tem de recuperar das alterações físicas e psicológicas causadas pela gravidez e o parto, ou seja, este momento implica uma reestruturação na vida da família e uma adaptação à nova condição. A duração do internamento hospitalar após o parto diminuiu consideravelmente nos últimos anos, pelo que a oportunidade que as famílias têm para esclarecer dúvidas nesse contexto, é mais diminuta (Teixeira, 2011).

A prestação de cuidados de saúde domiciliários possibilita a continuidade dos cuidados prestados em contexto hospitalar, sendo um espaço privilegiado, que permite estabelecer uma relação de proximidade, pelo contacto e interação em contexto familiar e tem como objetivos prestar apoio, ensino e aconselhamento, para que cada família adquira competências e ultrapasse, com sucesso, as dificuldades inerentes a esta etapa da vida, com vista a assegurar o bem-estar e a maximização de saúde da criança e da própria família, promovendo a Parentalidade.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica tem como desígnio, o trabalho em parceria com a criança/família em qualquer contexto em que ela se encontre, incluindo o domicílio, para promover o maior estado de saúde possível, proporcionando educação para a saúde, e identificando e mobilizando recursos de suporte à família (Ordem dos Enfermeiros, 2010 a)), pelo que no domínio das suas competências, assume um papel de relevo nesta temática.

O Enfermeiro Especialista possui habilidades que possibilitam o desenvolvimento autônomo de saberes e competências ao longo da vida, proporcionando cuidados de qualidade e em segurança às pessoas a quem presta cuidados, assumindo um papel dinamizador, concebendo e colaborando em programas de melhoria contínua da qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Do Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, espera-se que, aprofundando e desenvolvendo as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, possa iniciar, contribuir, desenvolver e disseminar investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência (Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de Setembro, 2016).

Pelo que, norteados pelo anteriormente referido, apresentámos o Projeto de Estágio, “Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e Família: Um Contributo para o Bem-estar e Maximização da Saúde”, que tem como objetivo geral: Contribuir para a Implementação da Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e Família, utentes de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, até aos 15 dias de vida, e como objetivos específicos: Desenvolver conhecimentos, capacidades e habilidades relacionados com a Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e Família; Adquirir competências para a elaboração de um projeto; Envolver a equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados e Unidade de Cuidados na comunidade e promover a adesão das grávidas na implementação da Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e Família, e elaborar o instrumento de registo de observação do recém-Nascido e das competências parentais, para utilizar como guião da Visita Domiciliária de Enfermagem ao RN e Família.

O Projeto de Estágio foi desenvolvido de acordo com a metodologia de projeto, tendo a mesma conferido grande sentido e significado às aprendizagens, em virtude da sua dimensão ser interventiva e com impacto na realidade (Lopes, 2014). De acordo com Ruivo, Ferrito e Nunes (2010) a metodologia de trabalho de projeto baseia-se no princípio da prática reflexiva, visando a identificação de problemas e a sua resolução com base na evidência, sustentada pela investigação.

Ruivo, Ferrito e Nunes (2010, p.32), dizem-nos que o “relatório de projeto consiste num trabalho escrito onde se concretiza todo o desenvolvimento do mesmo” afirmam ainda e de acordo com Schiefer, que a “vantagem da realização do relatório, reside em permitir sistematizar, organizar e interpretar, grandes quantidades de informação sob a forma de síntese, transmitindo não só a informação como a sua conversão em conhecimento” (Ibidem).

Deste modo, com a elaboração deste documento, pretendemos sintetizar o processo de aprendizagem e as competências adquiridas, definindo como objetivos: *realizar o enquadramento concetual do projeto de estágio, contextualizar o percurso do estágio final, apresentar o projeto de estágio realizado e analisar e refletir sobre as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e as competências de Mestre.*

O Relatório encontra-se organizado em quatro capítulos. No primeiro, é realizado o Enquadramento Conceptual que reflete o referencial teórico, que suportou a prática Especializada e de Mestre, para o desenvolvimento do projeto de estágio, contextualizando e abordando as especificidades do Recém-nascido, e os cuidados de enfermagem inerentes, bem como a família e a transição para a parentalidade, os cuidados centrados na família e a visita domiciliária de enfermagem ao recém-nascido e família. No segundo capítulo, enquadrámos o estágio final, descrevendo os contextos e o percurso realizado, assim como o projeto de estágio, de acordo com a metodologia de projeto. No terceiro capítulo analisamos reflexivamente o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, as previamente adquiridas que sustentaram a acreditação do Estágio I e as desenvolvidas durante o estágio final, e realizamos também uma análise reflexiva sobre as competências do Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Por último, efetuamos a conclusão, sintetizando os aspetos significativos, o contributo do trabalho e avaliando o enriquecimento pessoal e profissional do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Este relatório encontra-se redigido seguindo as diretrizes do novo acordo ortográfico português e a norma de referenciação American Psychological Association – APA, 6ª Edição.

1. ENQUADRAMENTO CONCRETUAL

O enquadramento concetual é um processo, uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em relação a um assunto preciso, com vista a chegar a uma conceção clara e organizada do objeto de estudo (Fortin, Coté, & Fillion, 2009).

Com o enquadramento concetual pretendemos realizar uma revisão da literatura que julgamos relevante, para a compreensão da temática em estudo. Procuraremos, neste capítulo, evidenciar de que forma enquadrámos os conceitos que orientaram o nosso pensamento e ação, quer na aquisição e desenvolvimento de competências durante o Estágio Final, como também no desenvolvimento do projeto de estágio.

Assim, este capítulo está organizado da seguinte forma: será feita uma abordagem inicial ao Recém-nascido (RN) e a especificidade dos cuidados, à família e a transição para a Parentalidade, e ao o modelo de cuidados centrados na família. Por último abordamos o conceito de Visita Domiciliária (VD) de Enfermagem ao Recém-nascido e Família a sua origem, evolução e atualidade e as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), a fim de realizarmos a teorização de suporte ao projeto desenvolvido e à reflexão de competências.

1.1 - O Recém-nascido

O Recém-Nascido é reconhecido como um ser ativo, dotado de capacidades e competências comportamentais, capaz de intervir, reagir e interagir no meio ambiente que o rodeia, desde o nascimento, encontrando-se num processo de aprendizagem constante (Brazelton & Cramer, 1993; Santos, 2001). A investigação demonstrou que o RN possui uma diversidade de competências sensoriais, tendo a capacidade de aprender as estimulações recebidas no ambiente intrauterino e logo após o nascimento (Silva, 2006).

Segundos os autores Hockenberry & Wilson (2014), as funções sensoriais do RN são extremamente bem desenvolvidas, influenciando significativamente o crescimento, o desenvolvimento e inclusivamente o processo de formação do vínculo, sendo elas: a visão, a audição, o olfato, o paladar e o tato. No que respeita à visão, aquando do nascimento a estrutura do olho está incompleta, pelo que a acuidade visual está diminuída, no entanto, o RN consegue

acompanhar objetos e focalizar momentaneamente um objeto brilhante ou em movimento, a uma distância de 20cm. Brazelton & Cramer (1993), referem que os RN, desde o nascimento, parecem capazes de compreender o rosto humano, evidenciando preferência se este for comunicativo. Faure & Richardson (2004), afirmam também que inicialmente o RN consegue distinguir imagens de alto contraste, ou a preto e branco e ao fim da primeira semana, já reconhece o rosto da mãe.

Em relação à audição, o recém-nascido tem uma acuidade auditiva equivalente à de um adulto, demonstra sensibilidade ao som de vozes humanas, podendo com menos de 3 dias de vida distinguir a voz da mãe, da de outra mulher (Hockenberry & Wilson, 2014). Manifesta também uma clara preferência pela voz feminina, demonstrando deleite, em detrimento de uma voz masculina (Brazelton & Cramer, 1993). Desde as primeiras horas de vida, o RN evidencia que ouve, que está atento e que consegue localizar a origem do som, seguindo-o com movimentos dos olhos e da cabeça (Faure & Richardson, 2004).

O olfato do RN é fortemente apurado, o que faz com que seja capaz de distinguir os cheiros agradáveis e desagradáveis (Brazelton & Cramer, 1993). De acordo com Hockenberry & Wilson (2014), os RN amamentados são capazes de identificar o cheiro do leite materno e distinguir o da sua mãe e reagem a odores intensos como álcool ou vinagre, virando a cabeça.

O paladar do RN está bem desenvolvido desde o nascimento, possuindo a capacidade de distinguir paladares, pelo que diferentes sabores podem desencadear diferentes expressões faciais (Hockenberry & Wilson, 2014). Tal como referem Brazelton & Cramer (1993), os RN demonstram diferentes reações (sucção vigorosa com uma expressão de agrado, ou movimentos de repulsa), quando são confrontados com diferentes líquidos, como sejam o leite materno, o leite artificial, a água salgada ou a solução glicosada, concluindo-se que o RN tem recetores de paladar especializados. Faure & Richardson (2004), afirmam ainda que o sabor preferido do RN é o doce.

Por último, o RN consegue identificar a sensação tátil no corpo todo, desde o nascimento, embora pareça ter maior sensibilidade na face, em especial na zona da boca, e na região plantar (Hockenberry & Wilson, 2014). As reações ao toque, nas mãos e na boca, são estabelecidas antes do nascimento e servem para dar conforto ao RN, e também para controlar a atividade motora, funcionando como autoestimulação (Brazelton & Cramer, 1993). O toque e

o movimento são, de acordo com a evidência científica, essenciais para um normal crescimento e desenvolvimento (Hockenberry & Wilson, 2014).

As principais áreas de comportamento do RN são o ritmo de sono, a vigília e a atividade, como o choro e a sucção. O RN apresenta um horário sistemático de sono e vigília, dormem 16 a 18 horas por dia e podem não seguir um padrão de ritmo diurno claro-escuro (Hockenberry & Wilson, 2014). O reflexo de sucção, já está presente no último trimestre de gravidez, no entanto, nem sempre é eficaz e exige adaptação e aprendizagem (Brazelton & Cramer, 1993). Hockenberry & Wilson (2014), referem que a sucção é a principal fonte de prazer da criança. O choro no RN é forte e vigoroso. O som produzido não é sempre igual e varia de RN para RN, de acordo com a duração dos padrões de sono. Este pode significar que o RN tem fome, dor, irritação ou procura de atenção (Ibidem).

O RN detém competências inatas, que se evidenciam em comportamentos instintivos (como a sucção, a preensão, o seguir com o olhar, o chorar, o sorrir), que desencadeiam no adulto um sentimento de aproximação e proteção, constituindo-se como a base para a criação de uma vinculação mãe-bebé (Cunha, 2013). É um ser dotado de comportamentos presentes à nascença, enquanto outros são construídos durante os contactos com os adultos que dele cuidam, importa por essa razão acautelar os cuidados que recebem para que se desenvolvam tranquilamente, promovendo a parentalidade.

1.1.1 – Cuidados ao recém-nascido

Os cuidados com a saúde do RN começam antes do nascimento, com os cuidados prestados às mães, sendo determinante que as mães realizem uma alimentação equilibrada, com um estilo de vida saudável e uma vigilância adequada da gravidez, prevenindo possíveis complicações. A maioria dos bebés nascem saudáveis e de termo, mas os cuidados que recebem durante as primeiras horas, dias e semanas de vida, podem determinar se permanecerão saudáveis. Apesar de alguns bebés precisarem de cuidados especiais (bebés doentes ou pré-termo), todos os bebés precisam de cuidados básicos para os ajudar a assegurar a sobrevivência e bem-estar. A primeira semana e o primeiro mês de vida do recém-nascido são períodos de risco, uma vez que necessitam de habituar-se à vida extrauterina, de conseguirem respirar sem alterações, regular a temperatura, de se alimentarem e desenvolverem o sistema imunológico, dependendo dos cuidados que lhe são prestados (Beck, Ganges, Goldman, & Long, 2004).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a maioria das mortes maternas e infantis ocorrem no primeiro mês após o nascimento (OMS, 2015).

Em Portugal, fruto de um grande investimento em políticas de saúde de apoio à saúde materna e infantil, os valores de mortalidade infantil são consistentemente baixos, posicionando-se como um dos países com melhores resultados neste indicador. A taxa de mortalidade infantil é expressa em número de óbitos de crianças, com menos de um ano de idade, por mil nados vivos e pode decompor-se, sendo o somatório de duas: a taxa de mortalidade neonatal e pós-neonatal, sendo que a primeira diz respeito aos óbitos ocorridos com menos de 28 dias de vida por mil nados vivos, e a segunda refere-se aos óbitos ocorridos entre o 28º dia de vida e o 364º dia de vida. A mortalidade neonatal está geralmente mais associada às malformações da criança ou a complicações da gravidez e do parto, sendo por isso mais relacionada com o desempenho dos cuidados hospitalares. A taxa de mortalidade pós-neonatal, está usualmente mais relacionada com as causas exógenas, ou seja, as condições de vida, comportamentos e cuidados prestados ao bebé (Barreto, Correia, & Cunha, 2014).

De acordo com os dados disponíveis mais recentes, a taxa de mortalidade infantil em Portugal em 2016, situou-se nos 3,2%, sendo que na região Alentejo é ligeiramente superior, à média nacional, situando-se nos 3,7% e a área Metropolitana de Lisboa, tem a taxa mais alta, com 3,8%. A taxa de mortalidade neonatal em Portugal, em 2016 foi de 2,3%, sendo que a região Alentejo e Norte tem a taxa mais alta, 2,6% (INE (Instituto Nacional de estatística), 2017). Podemos, portanto, concluir que a taxa de mortalidade neonatal, tem um peso importante na mortalidade infantil, pelo que devemos investir nos cuidados a prestar aos RN.

A primeira infância é considerada a fase mais importante do desenvolvimento ao longo do ciclo vital de um indivíduo. Um desenvolvimento inicial saudável, físico, social, emocional e linguístico-cognitivo, é essencial para alcançar o bem-estar não só durante infância, mas ao longo da vida (Irwin, Siddiqi, & Hertzman, 2007). Nos últimos anos foram realizados vários estudos, que evidenciaram que o correto desenvolvimento e os bons cuidados recebidos desde o nascimento, influenciam os riscos de doenças e a qualidade de vida na fase adulta (Ames, 1997; Dube, et al., 2003; Gluckman, Hanson, Cooper, & Thorburg, 2008). Tal como a herança genética, os cuidados no início da vida são importantes para o desenvolvimento humano inicial, tendo efeitos importantes sobre a aprendizagem na escola e sobre a saúde física e mental durante todo o ciclo da vida (Mustard, 2010).

O RN exige observação e intervenção, especializada e completa, por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros (Hockenberry & Wilson, 2014). Os cuidados ao RN podem dividir-se em cuidados no pós-parto imediato, no primeiro dia e até aos 28 dias (Beck, Ganges, Goldman, & Long, 2004).

Os cuidados ao RN incluem a regulação das funções vitais, mas também a realização dos rastreios, de doenças metabólicas e Auditivo Neonatal Universal. Para além do cumprimento do Plano Nacional de Vacinação, devem contemplar a avaliação socioeconómica da família, a avaliação da adaptação saudável à vida extrauterina, que inclui três categorias, a avaliação comportamental, física e dos comportamentos de vínculo, e a preparação das famílias para a adaptação ao domicílio, com relevo para a manutenção da amamentação, promoção do vínculo entre pais/RN, os cuidados de higiene, os cuidados ao coto umbilical, a posição de dormir, a eliminação vesical e intestinal, a manutenção da temperatura, o encaminhamento para consultas de vigilância, a proteção contra a infeção e as lesões traumáticas. O transporte seguro do RN no automóvel deve ser assegurado, promovendo o transporte do RN, em dispositivo de retenção para veículos, de acordo com a legislação do país, voltado para a parte traseira do carro e preferencialmente no banco traseiro (Beck, Ganges, Goldman, & Long, 2004; Hockenberry & Wilson, 2014; OMS, 2015).

Sabendo que o RN não é o único elemento da família a enfrentar um novo mundo, e que a vida da mãe e do pai também sofrem alterações, os mesmos precisam de tanto apoio e acompanhamento como o bebé (Brazelton, 2006), pelo que importa promover uma transição tranquila para a parentalidade, por forma a assegurar bons cuidados ao RN.

1.2 – A Família

A família é o pilar fundamental da sociedade, o primeiro e mais importante espaço de realização, desenvolvimento e consolidação da personalidade humana (Marinheiro, 2002).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE), família é entendida como um “grupo, uma unidade social, ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo, considerados como um sistema que é maior que a soma das partes” (Ordem dos Enfermeiros, International Council of Nurses, 2016, p. 143).

Hockenberry & Wilson (2014), também nos dizem que não existe uma definição universal de família, a família é o que cada pessoa considera que é. A família proporciona ao RN a legitimidade de se inserir na sociedade através da ligação familiar (simbolizada por um sobrenome), e é definida como um sistema aberto, constituída por elementos, estrutura, função e organização interna. “Pode ser definida como uma instituição onde os indivíduos se relacionam através da biologia ou compromissos duradouros, participando nos papéis que contribuem para a socialização, desenvolvimento e compromisso emocional” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 50).

Como em qualquer sistema ou instituição, alguma coisa que afete um dos elementos (pessoas), afeta todos os outros, o nascimento de um filho implica necessariamente alterações na estrutura, função e organização interna da família e uma transição para o papel de ser pai e mãe.

A família e os membros que a constituem, principalmente os pais, são responsáveis por cuidar dos RN, sendo considerados os melhores prestadores de cuidados das crianças (Ordem dos Enfermeiros, 2010 b)), sendo necessário por isso assegurar que a transição para assumirem esse papel, seja vivido sem sobressaltos.

1.2.1 - A transição para a parentalidade

Tornar-se pai/ mãe implica não só o aumento dos elementos da família, mas também o assumir de novos papéis e responsabilidades, sendo necessário vivenciar as alterações nas relações entre os membros dessa família. A transição para tornar-se pai ou mãe, pode ser um acontecimento especialmente crítico, que se prolonga ao longo do tempo e que tem implicações não só nos próprios pais, mas igualmente na saúde e desenvolvimento dos seus filhos, dependendo da forma como essa transição acontece (Martins, 2015).

Segundo Meleis (2010), as pessoas que experimentam transições podem ficar mais vulneráveis às ameaças, com efeitos na sua saúde e bem-estar. Para que a transição aconteça, é necessário que a pessoa incorpore as mudanças e novos conhecimentos, alterando comportamentos e redefinindo a sua identidade, representando um movimento e uma adaptação de sentido único, sem retorno à situação que a antecipou. A gravidez, o parto, a paternidade e a maternidade, são acontecimentos que geram transições e que originam

frequentemente profundas mudanças, tanto nos papéis, como nos relacionamentos, nas habilidades e nos comportamentos, pelo que é essencial que os enfermeiros reconheçam e compreendam este processo, para poder identificar e implementar as intervenções que efetivamente ajudem os seus utentes a gerir estas transições (Meleis, 2010).

De acordo com o mesmo autor, os pais devem preparar antecipadamente a criança, otimizando o seu crescimento e desenvolvimento, redefinindo o contexto social. Isto obriga ao desenvolvimento de processos cognitivos, comportamentais e interpessoais, que têm de ser compreendidos e apoiados (Ibidem).

De acordo com a CIPE, parentalidade é entendida como a ação de “tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento de crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados” (Ordem dos Enfermeiros, International Council of Nurses, 2016, p. 71), pelo que, para que a transição de ser mãe e pai aconteça de forma mais segura, é necessário que se promova a parentalidade. Os EEESIP ocupam uma posição privilegiada na promoção da parentalidade, pela proximidade com os pais nos diferentes contextos da prática de cuidados à criança.

Compreendendo a família como um conjunto de indivíduos com a responsabilidade de prestar cuidados à criança, cujo a influência no seu crescimento e desenvolvimento é preponderante, e que os cuidados de enfermagem especializados, devem ser igualmente promotores do crescimento e do desenvolvimento infantil (Ordem dos Enfermeiros, 2011), entendemos que a transmissão de orientações antecipatórias às famílias, permitem assistir a criança e família na maximização da sua saúde, dando resposta às necessidades do ciclo da vida e de desenvolvimento da criança (Ordem dos Enfermeiros, 2010 a); Ordem dos Enfermeiros, 2011), numa perspetiva de parentalidade positiva, que de acordo com Council of Europe (2007), é definida como um comportamento parental singular, que respeita os interesses da criança, reconhecendo os seus direitos. Assegura o crescimento, a educação, a capacitação e orientação infantil, sem violência, estabelecendo limites para permitir um desenvolvimento harmonioso.

Tal como definido pela Ordem dos Enfermeiros (2010a), p.3), o EEESIP deverá implementar e gerir, “em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade (...)” pelo que a “negociação do envolvimento dos pais e a clarificação do papel de cada interveniente no

processo são dimensões essenciais para o novo modo de pensar e organizar o trabalho em parceria” (Mendes & Martins, 2012, p.114), norteando a ação pelo “modelo concetual centrado na criança e família, encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados” (Ordem dos Enfermeiros (2010a), p1). Importa por isso explicitar os cuidados centrados na família, realizados em articulação com a parceria de cuidados, que descreveremos de seguida.

1.2.2 - Cuidados centrados na família

Os cuidados centrados na família, estabelecem uma nova conceção do cuidar em pediatria, onde as necessidades das Famílias e das Crianças são fulcrais (Apolinário, 2012). São definidos como o apoio profissional disponibilizado à criança e à família, através de um processo de envolvimento e participação, sustentado por empoderamento e negociação (Hockenberry & Wilson, 2014; Shields, 2015), devendo os profissionais incentivar o empoderamento das famílias, de maneira a que estas preservem ou adquiram o controlo sobre as suas vidas, desenvolvendo as suas próprias forças, habilidades e ações (Hockenberry & Wilson, 2014).

A Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente defende, no âmbito da Saúde Infantil e Pediátrica, uma conceção do cuidar baseada numa prática de cuidados centrada na unidade familiar, que vise a sua promoção e que implique tomadas de decisão, assentes numa parceria entre Crianças, Pais e Enfermeiros. Esta conceção de cuidar pediátrico, Cuidados Centrados na Família, exige que os profissionais reconheçam os pais como primeiros prestadores de cuidados, capacitados para dar resposta às alterações resultantes do desenvolvimento ou da doença do filho. Esta filosofia de cuidados prevê que as necessidades e objetivos dos pais e crianças sejam essenciais ao processo de cuidar. Afirma ainda que o cuidado centrado na família “Decorre da crença, de que todas as pessoas têm a capacidade e a possibilidade de se tornarem mais competentes e que a família, presença constante na vida da criança, deve estar capacitada para tomar decisões” (Alto Comissariado da Saúde, 2009, p.77).

Hockenberry e Wilson (2014), sublinham como elementos-chave do cuidado centrado na família, a colaboração entre a família e profissional, em todos os níveis do cuidado, hospitalar, domiciliário e comunitário. Os enfermeiros devem trabalhar com as famílias, identificar as suas metas e necessidade e planear intervenções que deem resposta aos problemas identificados.

Os mesmos autores definem que nos cuidados centrados na família, os profissionais devem assegurar a troca de informações completas entre os membros da família e os profissionais, a inclusão na prática do reconhecimento e respeito pela diversidade cultural, os pontos fortes e a individualidade de todas as famílias, de acordo com a diferença étnica, racial, espiritual, social, económica, educacional e geográfica. Devem reconhecer e respeitar os diferentes métodos de resposta, desenvolvendo programas que proporcionem o apoio educacional, emocional e financeiro, assegurar que os apoios hospitalares, domiciliários e comunitários são flexíveis, acessíveis e abrangentes e, por último, devem avaliar as famílias como famílias e as crianças como crianças, reconhecendo-lhes os pontos fortes, interesses e emoções (Hockenberry & Wilson, 2014).

Os cuidados centrados na família também implicam o estabelecimento de uma relação de parceria de cuidados, tal como definido pela Ordem dos Enfermeiros, nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados do EEESIP.

Anne Casey em 1988 criou um modelo de cuidados de enfermagem, onde refere que "para preservar o crescimento e desenvolvimento da criança, os cuidados a esta devem ser em forma de proteção, estímulo e amor", assim sendo, ninguém melhor que os pais para os desenvolverem (Casey 1993, p.185).

Segundo a autora, para se cuidar de crianças deve estabelecer-se uma relação de parceria entre os pais e equipa de saúde, tendo em conta o meio ambiente e a saúde, não devendo existir limites bem definidos, e ser desenvolvidas ações complementares que têm como finalidade o máximo bem-estar da criança. As melhores pessoas para cuidar da criança são os membros da família, com os profissionais de saúde que prestam assistência. Trabalhar com a família, leva a que os enfermeiros desenvolvam competências de comunicação, de ensino e de trabalho de grupo (Casey, 1993).

Sabendo que os RN necessitam de cuidados que assegurem um correto desenvolvimento físico e emocional, e que os que dele cuidam têm um papel determinante nessa prestação de cuidados, é essencial que os enfermeiros promovam os cuidados centrados na família, com o estabelecimento de uma parceria de cuidados, para maximizar e potenciar a saúde e o bem-estar do RN.

Os resultados de saúde e do desenvolvimento das crianças, dependem principalmente das capacidades das famílias para proporcionar um ambiente seguro para os seus bebés e

crianças pequenas. Infelizmente, muitas famílias têm conhecimentos insuficientes sobre habilidades parentais e um sistema de apoio inadequado de amigos, família extensa ou profissionais para ajudá-los ou aconselhá-los a cuidar das crianças (American Academy of Pediatrics, 2009).

Rice (2004), diz-nos que para conseguirmos conhecer mais profundamente e de forma adequada as famílias, as suas relações e o seu meio envolvente, deveremos realizar VD, porque é durante as mesmas que os enfermeiros identificam o ambiente social e familiar e intervêm na família, promovendo a participação de todos os membros, e ainda, criam redes de apoio e interligação com recursos da comunidade adequados, para cada problema identificado e para cada família específica.

1.3 - Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e Família

A VD é, de acordo com Garcia e Teixeira (2009 p, 16), é uma “metodologia de trabalho de carácter educacional, assistencial e exploratório. É definida como a prestação de cuidados de saúde ou de âmbito social, no local de residência do utente/família, no seu meio ambiente. Permite uma maior proximidade do profissional com a família, revelando-se o melhor recurso para conhecer a família no seu contexto habitacional relacional, estrutural e redes de apoio, com o intuito de aconselhar, orientar e capacitar os indivíduos para a resolução dos seus problemas, de forma a torná-los autónomos e independentes, proporcionando ganhos em saúde a todos os elementos da família (Marinheiro,2002; Rice, 2004; Teixiera,2011; Pacheco, 2012).

É uma atividade desenvolvida pela enfermagem desde a antiguidade, está profundamente enraizada na história, com referências aos tempos isabelinos na Inglaterra e aprovada como uma estratégia de Florence Nightingale no século XIX (American Academy of Pediatrics, 2009).

Para Marinheiro (2002), a comunicação que se estabelece no domicílio é mais fluente, espontânea e num ambiente de maior liberdade, promovendo um conhecimento apropriado dos êxitos quotidianos e a adoção de uma relação de ajuda mais coesa, com uma avaliação completa e realista do meio físico, familiar e social.

De acordo com Lacerda (2008), o enfermeiro no domicílio deve basear a sua atuação na comunicação, na ética e no respeito pelas vivências humanas, referindo o domicílio como o local onde se podem desenvolver os melhores cuidados de saúde às pessoas e família, uma vez que é um espaço mais íntimo e privado. Rice (2004,) diz-nos que a intervenção do enfermeiro no domicílio pode envolver todos os membros da família, incidindo a sua ação sobre a educação em saúde e cuidados ao nível psicológico, sociológico, espiritual e físico, exigindo ao profissional respeitar a individualidade dos utentes, estimular uma relação de confiança baseada no respeito e participação mútua, estimulando o utente a participar nos cuidados.

A eficácia dos cuidados prestados na VD, dependem da relação estabelecida entre o enfermeiro, a pessoa e o seu ambiente familiar e social (Rice, 2004; Duarte, 2010). Em contexto de VD, o enfermeiro é um cuidador, um hóspede educado na casa do utente, um professor, um procurador/defensor, um recurso, que por vezes dispõe de tempo limitado para desenvolver este papel (Duarte, 2010). Para Spiers citado por Duarte (2010, p. 13) “Negociar cuidado é um processo complexo de ajustar princípios de confiança, legitimidade, autoridade, autonomia, competência e vulnerabilidade.”

A VD deve realizar-se o mais precocemente possível e ao longo do ciclo vital, nas alturas de maior mudança e adaptação a novos papéis familiares, de modo a dotar as famílias de instrumentos que as façam ultrapassar de forma saudável essas crises (Lacerda, 2008).

A implementação de visitas domiciliárias de enfermagem ao recém-nascido e família no pós-parto, é importante para assegurar uma transição segura entre o ambiente hospitalar e o domiciliar. É uma estratégia de intervenção precoce preventiva, para promover o relacionamento mãe e filho mais saudável, com diminuição dos reinternamentos hospitalares (Carvalho & Tavares, 2010).

Refletindo sobre a ação de consulta de enfermagem, que é definida de acordo com a CIPE, como o estabelecimento de uma relação, procurando conselhos, obtendo informação, partilhando ideias e analisando em conjunto, as necessidades identificadas, acontecendo uma sequência de ações próprias e autónomas do enfermeiro, (direcionadas a uma área da sua intervenção), que através da tomada de decisão, dá resposta à prestação de cuidados de enfermagem ao indivíduo e à família (Ordem dos Enfermeiros, International Council of Nurses, 2016), podemos concluir que a visita domiciliária é uma consulta de enfermagem, realizada no domicílio mas com características diferentes das consultas do Centro de Saúde (CS), pois para

além do que se pode fazer no CS, também podemos observar e avaliar a segurança, as características e as condições de vida da família, que se podem constituir como promotoras do desenvolvimento e crescimento da criança.

Tal como referido anteriormente, os dias e semanas após o parto são uma fase crítica na vida das famílias e dos recém-nascidos, e os cuidados recebidos são determinantes para assegurar a saúde e bem-estar. As recomendações mais recentes da OMS, sobre os cuidados no pós-parto à mãe e RN, reforçam a necessidade de fortalecer o atendimento pós-natal, através de visitas domiciliárias, como uma boa prática no cuidado pós-natal para todas as mães e recém-nascidos (OMS, 2015).

A UNICEF (United Nations Children's Funde) e a OMS, numa declaração conjunta, afirmam que a realização de visitas domiciliárias após o nascimento, é uma estratégia que fornece elementos efetivos de cuidados aos recém-nascidos e aumenta a sobrevivência do mesmo, sendo recomendado a realização de pelo menos uma VD nos primeiros 15 dias de vida, por profissionais de saúde qualificados, que podem prestar todos os cuidados essenciais para o fornecimento de cuidados preventivos e curativos (OMS, UNICEF, 2009).

De acordo com Rice (2004, p.412), os cuidados de enfermagem no pós-parto são,

“uma contribuição valiosa para a recuperação das mães e bebés depois do parto e para o início bem sucedido de novas famílias (...) continuam a ser necessários para alcançar os seguintes objetivos: Supervisionar e garantir o bem-estar físico e emocional dos membros da família; Identificar precocemente complicações em desenvolvimento, evitando agravamento e custos com reinternamentos hospitalares e preencher a lacuna de cuidados existentes entre a alta e o acompanhamento da mãe e do bebé em ambulatório por parte do médico ou enfermeiro responsável”.

A autora refere ainda que, apesar do nascimento de uma criança ser um acontecimento saudável, e de não estar indicado serviços destinados a tratar doenças e lesões traumáticas, envolve um período de recuperação, que requer supervisão, e uma crise de desenvolvimento, que a família deve resolver por forma a manter-se saudável. Refere também que um programa de visitas domiciliárias no pós-parto, permite reconhecer estas diferenças e delinear estratégias, para ir ao encontro desta população singular e que a intenção de um programa deste tipo, é começar o trabalho no ponto onde o hospital ou a maternidade o deixaram, não duplicando ou omitindo quaisquer elementos essenciais (Rice, 2004).

Numa revisão sistemática da literatura, realizada por Morrison, Pikhart, Ruiz e Goldblatt (2014), sobre intervenções, programas e serviços universais de apoio à vigilância da saúde materna e infantil realizados na Europa, foi evidenciado que as intervenções com melhores resultados e maior nível de evidência combinaram, consultas de vigilância de saúde, programas educacionais para pais e crianças, iniciados no início da gravidez, incluíram visitas domiciliárias realizadas por profissionais especializados e oferta de contacto telefónico, quando necessário. Isso proporcionou treino aos pais e recursos materiais, para capacitá-los como agentes ativos da intervenção.

Nos Estados Unidos da América (EUA), houve um grande investimento na implementação de programas de visita domiciliária, realizada por enfermeiros, a mulheres grávidas e famílias com recém-nascidos. O modelo Nurse-Family Partnership (NFP) é um programa de VD pré e pós-natal (até aos 2 anos de vida), realizadas por enfermeiros, que intervém em famílias de risco, jovens e desfavorecidas, com o objetivo de prevenir os maus tratos e abuso infantil e promover o desenvolvimento saudável das crianças. O enfermeiro faz formação específica para desenvolver o programa e segue um manual de procedimentos rigoroso, que especifica os objetivos específicos de cada VD. O programa foi alvo de uma extensa pesquisa sobre o mesmo, realizado nas últimas três décadas. Ensaios aleatórios e controlados foram conduzidos com três populações diversas, começando em Elmira, Nova York, em 1977, em Memphis, Tennessee, em 1990, e em Denver, Colorado, em 1994. Os três ensaios foram destinados a mães com dificuldades socioeconómicas. A pesquisa de acompanhamento continua hoje, estudando os resultados a longo prazo para mães e crianças nestes três ensaios (Olds, 2018).

O nível de eficácia do programa de VD foi comprovada e demonstrada, baseada em evidências dos vários estudos randomizados e controlados, realizados. Este é o método de investigação mais rigoroso para medir a eficácia de uma intervenção. Os resultados demonstraram, 82% de aumento do emprego materno, 68% de aumento da presença do pai no lar, 39% menos lesões nas crianças, 48% de redução do abuso e negligência infantil, 59% de redução das detenções de crianças aos 15 anos e 67% de redução de problemas comportamentais e intelectuais aos 6 anos. Os resultados foram observados entre os participantes em pelo menos um dos ensaios do programa (Ibidem).

Em vários países a VD é gratuita, a participação é voluntária e o serviço está integrado num sistema abrangente de saúde materno-infantil. Por exemplo, a Dinamarca implementou

visitas domiciliárias em 1937, após um programa piloto que demonstrou menores taxas de mortalidade infantil, associada aos serviços de visitantes domésticos. A França fornece atendimento pré-natal universal e visitas domiciliárias de parteiras e enfermeiras, que educam as famílias sobre tabagismo, nutrição, uso de drogas, habitação e outras questões relacionadas à saúde. O programa Holandês NFP, VoorZorg, reduziu os índices de violência doméstica auto relatado durante a gravidez e 2 anos após o nascimento, entre as mulheres jovens com baixa escolaridade e houve menos relatos de abuso infantil. Aos 24 meses, evidenciaram-se melhorias no ambiente doméstico das famílias participantes, e as crianças apresentaram uma redução significativa nas alterações psíquicas. O programa Early Start na Nova Zelândia intervém em famílias, com 2 ou mais fatores de risco. Os ensaios controlados randomizados mostraram melhoria no acesso aos cuidados de saúde, menores taxas de hospitalização por lesões e envenenamentos, mais investimento na educação infantil e parentalidade mais positiva (Duffee, Mendelsohn, Kuo, Legano, & Earls, 2017).

No Reino Unido, os cuidados de saúde habituais, prestados a todos os cidadãos, incluem VD realizadas por enfermeiros especialista de saúde pública da comunidade, pré e pós-parto até aos dois anos de vida da criança (Robling, et al., 2015).

Em Portugal a VD ao RN e família é também recomendada, sendo referido no Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) que,

“é de particular importância desenvolver os meios que possibilitem a visita domiciliária, elemento fundamental na vigilância e promoção da saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade, nas situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de crianças, famílias ou situações identificadas como de risco” (DGS, 2013, p.7).

Foi realizado um estudo por Graça (2011, p.162), que demonstrou que as expectativas das puérperas “quanto à ocorrência de VD era muito baixa, podendo estar relacionadas com a baixa prevalência e divulgação deste modo de intervenção, sobretudo após o parto, uma vez que a VD mais generalizada é curativa, para utentes com dificuldades de deslocação ao Centro de Saúde”.

A VD à puérpera e RN, realizada por enfermeiros, foi alvo de um estudo em Portugal, realizado por Almeida, Nelas e Duarte (2016, p.268), que demonstrou que,

“a intervenção de enfermagem junto à puérpera e família, no seu contexto, contribui para uma melhor adequação dos cuidados a prestar e proporciona mais facilmente a oportunidade ao casal e família de expressarem as suas dificuldades e os seus sentimentos” considerou ainda “que a visita domiciliária à puérpera/recém-nascido e família constitui uma estratégia de suporte e ajuda, proporciona apoio e aconselhamento e contribui, deste modo, para uma melhor adaptação à parentalidade”.

Os estudos referidos anteriormente demonstram que o desenvolvimento de programas de visitas domiciliárias ao recém-nascidos e famílias, realizados por enfermeiros, têm impacto positivo na saúde e bem-estar da criança e da família, e que a disseminação da mesma nas unidades de saúde em Portugal, não acontece de forma universal.

Os cuidados básicos na VD, para todos os recém-nascidos e família, de acordo com a OMS e a UNICEF, devem incluir a promoção e o apoio da amamentação inicial e exclusiva, a promoção da manutenção da temperatura do bebé, da lavagem das mãos, dos cuidados ao coto umbilical, dos cuidados com a pele, a identificação das condições que requerem cuidados adicionais e o aconselhamento sobre quando levar um recém-nascido para um estabelecimento de saúde. Os Recém-nascidos e as mães devem ser examinadas para detetar sinais de perigo nas visitas domiciliárias. Ao mesmo tempo, as famílias devem ser informadas para identificarem os sinais de risco e para a necessidade de procura imediata de cuidados se os mesmos estiverem presentes (OMS, UNICEF, 2009).

De acordo com as guidelines de um programa de VD ao RN e família, realizado no Utah, EUA, as visitas são realizadas por enfermeiros, que avaliam as necessidades e os pontos fortes da criança e da família, em relação à saúde e bem-estar. Com base nesta avaliação, o enfermeiro e os pais formulam um plano de cuidados personalizado, incluindo as intervenções necessárias relacionadas com a saúde e desenvolvimento da criança. Os enfermeiros também providenciam educação para o desenvolvimento de competências parentais, cuidados antecipatórios e assistência no acesso a serviços de saúde (Smith, 2002).

A Ordem dos Enfermeiros define as esferas de ação do EEESIP, tornando claro os focos de intervenção sendo eles, a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil, a gestão do bem estar da criança, a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar a vida ou a qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de riscos, suicídio, violência e gravidez, promoção da autoestima do

adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

O EEESIP no domínio das suas competências “implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade (...)”, “estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem (...)”, “Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” e “Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do Recém-Nascido (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2010 a), p. 3 e 5).

Face ao exposto, a intervenção do EEESIP, adequa-se na implementação da visita domiciliária ao recém-nascido e família. A VD permitirá ao EEESIP apoiar, orientar, e aconselhar os pais, ajudando-os a desenvolverem atitudes e comportamentos que assegurem o bem-estar e o desenvolvimento correto dos seus filhos, promovendo a maximização da saúde e a parentalidade positiva.

2 – ENQUADRAMENTO DO ESTÁGIO FINAL

No cumprimento dos requisitos que se colocam para a aquisição do grau de mestre e da atribuição, pela Ordem dos Enfermeiros, do título de especialista, com os estágios realizados pretendeu-se desenvolver conhecimentos, aptidões e competências por forma a, evidenciar capacidade de reflexão crítica sobre a prática clínica, fundamentar as decisões com base na teorização e na evidência científica, descrever e avaliar o desenho e a implementação de um projeto e apresentar um relatório, com conseqüente discussão em provas públicas.

Tendo presente os objetivos gerais definidos para este Curso de Mestrado, realizámos o estágio e desenvolvemos o projeto, com o intuito de desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada, promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, à prática baseada na evidência e aos referenciais éticos e deontológicos e contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da área de especialização.

Neste capítulo iremos realizar a análise dos contextos em que decorreu o estágio, descrever as atividades que permitiram adquirir e desenvolver as competências de EEESIP e as várias etapas do projeto desenvolvido de acordo com a metodologia de projeto, desde o diagnóstico da situação, onde realizaremos a caracterização da população e da amostra e a definição geral da problemática, a definição de objetivos, o planeamento, onde realizaremos a definição de atividades, estratégia e meios, dos indicadores de avaliação do projeto, o cronograma e os procedimentos formais e éticos, a execução e a avaliação e por último apresentaremos a avaliação final do projeto e as implicações para a prática.

2.1 – Os Contextos e o Percurso

Com a análise do contexto pretendemos caracterizar o ambiente em que decorreu o estágio, descrever a realidade das unidades, conhecer as características e necessidades relevantes para a temática em estudo, bem como descrever as atividades desenvolvidas em cada contexto.

De acordo com o plano de estudos do Mestrado em Enfermagem em Associação, área de Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, a UC Estágio Final, tem uma carga curricular de 24 European Credit Transfer and Accumulation System (ECTS) aos quais correspondem um total de

648 h de trabalho, com a distribuição em 2 módulos. O módulo A foi desenvolvido em 6 semanas, numa Unidade de Cuidados Especiais Neonatais (UCEN), com uma carga horária presencial de 126 horas de estágio. O módulo B foi desenvolvido em 10 semanas, numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), com uma carga horária presencial de 210 horas de estágio.

2.1.1 – Unidade de cuidados especiais neonatais

O módulo A do estágio final foi desenvolvido, como referido anteriormente, numa UCEN de um hospital da região de Lisboa e Vale do Tejo.

Esta UCEN pertence a um Centro Hospitalar (CH) que foi criado em dezembro de 2005, por Decreto-lei. O CH “pretende diferenciar-se pela sua especificidade e acessibilidade, pelo compromisso com o doente, assumindo-se como um centro de elevada competência na organização assistencial e no desenvolvimento e inovação na prestação de cuidados de saúde”. Assume como missão, “a promoção da saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades dos hospitais que o compõem, prestando cuidados de saúde especializados, com respeito pela dignidade dos doentes, e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores” (CH, 2016, p.16).

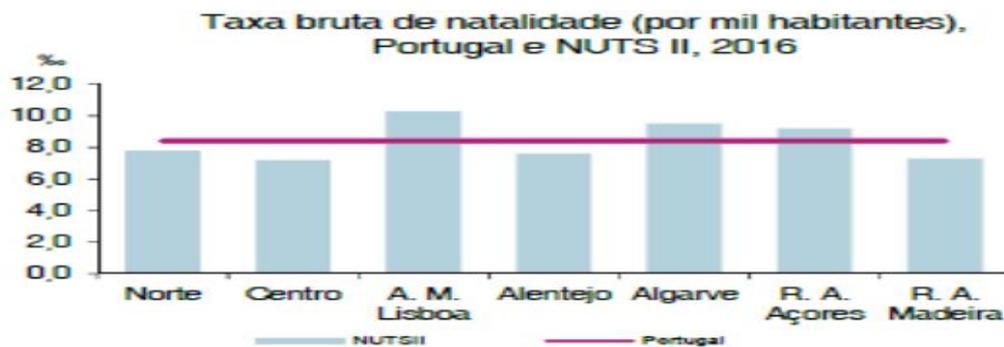
De acordo com o plano de atividades e orçamento de 2016 do CH, o mesmo presta cuidados de saúde numa área geográfica que abrange uma área urbana de grande densidade populacional e uma zona rural dispersa, que representa algumas dificuldades em termos de acessibilidade. A população residente, na área de influência direta do mesmo, é de 232.786 habitantes, no entanto, a sua atividade é desenvolvida em complementaridade com vários Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), no âmbito de algumas especialidades médicas, nomeadamente na Saúde Materno-Infantil, pelo que nesse âmbito, a área de influência é de 328.789 habitantes (CH, 2016).

Tendo em conta a abrangência da população alvo de cuidados na área de Saúde Materno-Infantil, é nítida a necessidade de assegurar a prestação de cuidados nessa área. Na Rede de Referência Materno-infantil, foi definido como Hospital de Apoio Perinatal, cumprindo os critérios exigidos. As competências de um Hospital de Apoio Perinatal, em relação à área infantil, são, ter capacidade para reanimar, prontamente e com qualidade, todos os RN;

Assistir os RN e dar continuidade de cuidados até à alta; Garantir a estabilidade das funções vitais do RN até ao transporte (< 4h); Possuir uma Unidade de Cuidados Intermédios; Tratar os RN em fase de convalescença (ex. pré-termo), após estadia no Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado (DGS, 2001), pelo que o nosso estágio foi desenvolvido numa Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais.

A taxa bruta de Natalidade na área de influência do hospital, de acordo com INE, em 2016 foi perto de 10%, verificando-se que é mais alta que a média do país (Gráfico 1).

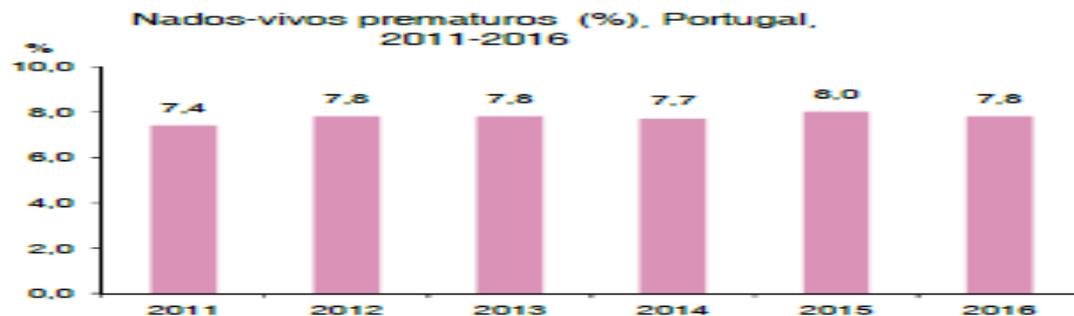
Gráfico nº1- Taxa bruta de natalidade em Portugal (por mil habitantes) - 2016



Fonte: Instituto Nacional de Estatística -Estatísticas Demográficas – 2016 (Ano de Edição: 2017)

De acordo com o site PORDATA, o número de partos ocorridos em 2016, foram 1595 (PORDATA, 2016) e atendendo a que a percentagem de RN pré-termo em Portugal, no mesmo ano foi de 7,8% (Gráfico 2), podemos calcular uma média de 124 nascimentos de bebés pré-termo. Atendendo a que, tal como verificado pelo INE, a taxa de bruta de Natalidade tem vindo a aumentar nos últimos 3 anos (Gráfico nº3), podemos concluir que no ano de 2017, se se tiver verificado a mesma tendência, houve também um maior número de nascimento prematuros no referido hospital.

Gráfico nº 2 – Percentagem de nados-vivos pré-termo em Portugal, 2011-2016



Fonte: Instituto Nacional de Estatística -Estatísticas Demográficas – 2016 (Ano de Edição: 2017)

Gráfico nº 3 – Nados-vivos (Nº) e taxas brutas de natalidade, Portugal, 2011-2016

Nados-vivos (Nº) e taxas brutas de natalidade (%), Portugal e NUTS II, 2011-2016

	Portugal ¹	Norte	Centro	A. M. Lisboa	Alentejo	Algarve	R. A. Açores	R. A. Madeira
Nados-vivos (Nº)								
2011	96 856	31 525	18 342	31 127	6 146	4 561	2 748	2 407
2012	89 841	28 719	17 195	29 313	5 920	4 159	2 488	2 047
2013	82 787	26 672	15 733	27 182	5 292	3 728	2 341	1 839
2014	82 367	26 043	15 556	27 787	5 166	3 760	2 316	1 739
2015	85 500	27 249	16 096	28 364	5 512	4 071	2 261	1 947
2016	87 126	28 073	16 252	29 039	5 466	4 175	2 263	1 858
Taxa bruta de natalidade (%)								
2011	9,2	8,5	7,9	11,0	8,1	10,2	11,1	9,0
2012	8,5	7,8	7,5	10,4	7,9	9,3	10,1	7,8
2013	7,9	7,3	6,9	9,7	7,1	8,4	9,5	7,0
2014	7,9	7,2	6,8	9,9	7,0	8,5	9,4	6,7
2015	8,3	7,5	7,1	10,1	7,6	9,2	9,2	7,6
2016	8,4	7,8	7,2	10,3	7,6	9,5	9,2	7,3

Fonte: Instituto Nacional de Estatística -Estatísticas Demográficas – 2016 (Ano de Edição: 2017)

A UCEN recebe RN que necessitam de cuidados especiais, pré-termo, termo e pós-termo, até aos 28 dias de vida, nascidos no próprio hospital, mas também transferidos de Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado. São distribuídos por incubadora ou berço, mediante a sua imaturidade e patologia. Os RN que nascem com necessidades de cuidados prestados pelos Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado, nomeadamente, Cuidados Intensivos Pediátricos Neonatais ou Cuidados Cirúrgicos, são estabilizados e transferidos logo que possível.

O objetivo da unidade é ir ao encontro das necessidades do binómio RN/família (colheita de dados, levantamento dos problemas, desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas, autossuficiência dos pais, avaliação continua dos resultados e grau de satisfação). Visa a promoção da saúde e bem-estar (RN/família), reabilitação e integração do RN na família, tendo como missão o cuidar do RN, bem como o restabelecimento do equilíbrio, saúde e qualidade de vida.

A UCEN é uma unidade com instalações antigas, com pouco espaço, mas a equipa de enfermagem consegue com grande dedicação, apoiar os pais com delicadeza e segurança, sendo atenciosa e competente, proporcionando confiança aos pais, ultrapassando as barreiras arquitetónicas. Os pais podem acompanhar o RN apenas durante o internamento diurno, os avós podem observá-los através do vidro (14-15h e 19-20h) e os irmãos podem entrar, por pouco tempo, no horário da tarde. Temos a observar que as condições físicas do serviço não possibilitam a permanência dos pais no período noturno.

Maia, Silva e Ferrari (2014, p. 160), afirmam que “a participação da família no cuidado ao RN contribui para um melhor estabelecimento do vínculo afetivo entre os mesmos, facilita a adaptação da criança ao ambiente hospitalar, desenvolve uma relação de confiança entre equipe e família, e minimiza as consequências relacionadas à separação.”

A equipa multidisciplinar é constituída por 16 Enfermeiros (7 Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 1 Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, 1 Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia com funções de chefia, 6 enfermeiros), 6 Assistentes Operacionais e 16 Médicos (15 pediatras e 1 cirurgião pediátrico), que para além de desempenharem funções na UCEN, também dão apoio a outros serviços.

Os registos são realizados informaticamente, no programa SClínico, que usa como referencial a CIPE, existindo assim condições favoráveis para a produção dos cuidados pela metodologia científica com linguagem comum.

O método de trabalho utilizado pelos Enfermeiros é o método individual, que é um método onde os enfermeiros prestam cuidados tendo por base o conceito de cuidado global, prestando a totalidade dos cuidados a um ou mais utentes, sem os fragmentar, durante o tempo em que o enfermeiro está de serviço, podendo não haver coordenação de um turno para o outro, ou de um dia para o outro (Costa, 2004).

Pudemos observar que existe a preocupação de que durante o internamento, os RN sejam cuidados pelas mesmas enfermeiras sempre que possível, o que na nossa opinião, favorece o estabelecimento da relação de confiança entre a família e a enfermeira, promovendo a relação de parceria de cuidados.

Verificámos que a equipa multidisciplinar é sensível à manutenção de um ambiente promotor do desenvolvimento infantil, tendo cuidado com a luminosidade, o ruído, proteção do sono, o controlo da dor neonatal e a inclusão dos pais nos cuidados. Verificámos também que existe um grande investimento por parte de equipe de enfermagem, em aplicar o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey, que se reflete no dia a dia da prestação dos cuidados ao RN e no desenvolvimento de estratégias de planeamento para a alta. A equipa desenvolveu um Blog, que vai sendo atualizado com informação relevante, na prestação de cuidados ao RN, que surge através das dúvidas colocadas pelos pais. Encontra-se também em desenvolvimento um projeto de VD ao RN pré-termo, por ter sido verificado pela equipa de enfermagem que os pais, principalmente dos RN pré-termo, após a alta, contactam frequentemente o serviço

telefonicamente, procurando respostas para as suas dúvidas, preocupações e ansiedades, é também frequente os pais tentarem prorrogar o momento da alta, mesmo quando anteriormente se mostraram entusiasmados com isso, para além disso, recorrem frequentemente ao serviço de urgência pediátrica no primeiro ano de vida, levando algumas vezes a reinternamentos.

Após a alta da neonatologia, a família sente falta de uma rede de apoio e segurança nos cuidados ao bebé (Lopez, Anderson, & Feutchinger, 2012; Duarte, Santos, Silva, Oliveira, & Sampaio, 2010). Uma vez no domicílio, há aumento do stress e da responsabilidade, medo de não saber cuidar, ou de que aconteça algo de mal ao RN, insegurança em relação à alimentação e ao reconhecimento das respostas do bebé, aos sinais de bem e mal-estar e ao reconhecimento de alterações fisiológicas ((Lee, Lee, & Kuo, 2009; Lopez, Anderson, & Feutchinger, 2012).

As visitas domiciliárias realizadas por enfermeiros são uma estratégia fundamental, para fornecer apoio e os cuidados de enfermagem necessários para que esta transição do hospital para o domicílio, ocorra com maior tranquilidade, tal como evidenciado numa revisão integrativa da literatura realizada por Lopez, Anderson, & Feutchinger (2012), e mais recentemente num estudo randomizado longitudinal, com grupo de controlo, realizado nos EUA por Mallik e Spiker (2017).

Dando resposta a esta necessidade identificada pela equipa de enfermagem e validada pela literatura corrente, foi decidido pela equipa, desenvolver um projeto de VD ao RN pré-termo, internado na Unidade, até 72 horas após a alta, em articulação com os cuidados de saúde primários, para promover um acompanhamento e orientação adequados à realidade da família, reduzindo a ansiedade, stress, medo e promover as competências parentais nos cuidados ao RN.

Os motivos que nos levaram à escolha deste serviço, relacionados com o conhecimento da existência do referido projeto, revelaram-se acertados, na medida em que este local nos permitiu o contacto com uma realidade favorável ao nosso processo de formação e desenvolvimento, revelando-se enriquecedor, contactar proximamente com a realidade dos cuidados que são prestados ao RN, nesta unidade, após a alta da UCEN e também prestar cuidados que nos permitiram desenvolver as competências específicas do EEESIP, nomeadamente a assistir o RN e família, na maximização da sua Saúde, cuidar do RN e família

em situações de especial complexidade e a prestar cuidados em resposta às necessidades do ciclo da vida e do desenvolvimento do RN.

Pudemos também desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista, nos quatro domínios que as definem, responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão de cuidados e das aprendizagens profissionais.

Importa fazer referência ao trabalho que nos foi solicitado e que visava a realização de uma pesquisa para dar resposta a um dos objetivos do projeto da VD ao RN pré-termo, que é a redução de reinternamentos. A pesquisa consistiu em consultar os registos realizados pela EEESIP sobre a VD, identificar as necessidades diagnosticadas e as atividades desenvolvidas e para além disso realizar pesquisa no programa ALERT, para verificar se os RN que foram alvo de VD, tinham recorrido ao Serviço de Urgência Pediátrica, ou tinham sido internados. Foi então realizado o referido trabalho (Apêndice I) e a respetiva apresentação à equipa (Apêndice II).

A realização deste trabalho permitiu identificar uma situação em que a articulação com a EEESIP dos cuidados de saúde primários teria sido importante para minimizar a ansiedade da família, quando foi para casa com o RN. A família recorreu por diversas vezes com dúvidas ao Serviço de Urgência Pediátrica, que se tivesse havido uma intervenção de maior proximidade com o CS, talvez tivesse sido evitada essa situação.

Todas as atividades realizadas no decorrer do estágio, serão alvo de reflexão no último capítulo do presente relatório.

2.1.2 – Unidade de cuidados de saúde personalizados e unidade de cuidados na comunidade

O módulo B do estágio final foi desenvolvido, como referido anteriormente, numa UCSP e UCC de um Centro de Saúde do Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central.

De acordo com Miguel e Sá (2010, p.4),

“o sucesso da implementação dos cuidados de saúde primários em Portugal é claro e com evidentes ganhos em saúde (...) A evolução, entre 1960 e 2002, de indicadores como a esperança de vida à nascença, as taxas de mortalidade infantil, neonatal e perinatal, ou os anos de vida potencial perdidos ilustram de forma clara os ganhos que se conseguiram alcançar neste período”.

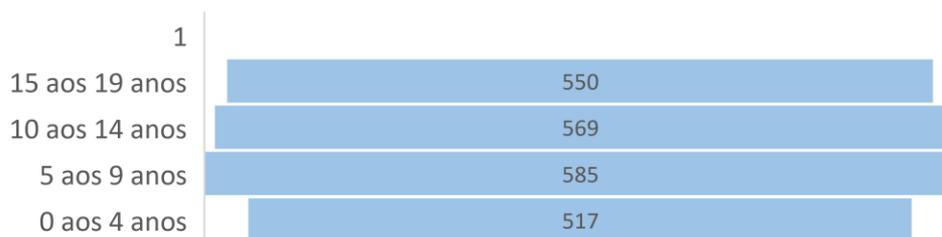
Os Cuidados de Saúde Primários (CSP), nos termos da base XIII da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto), são núcleo do Sistema Nacional de Saúde (SNS). Representam o primeiro nível de contato da pessoa, da família e da comunidade com o sistema de saúde do país, que se deve pautar pela acessibilidade universal, equidade e justiça social.

O Decreto-lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, criou os ACES e estabeleceu o seu regime de organização e funcionamento, passando os ACES a ser serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, cuja missão é garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. Os Centros de Saúde passam, a ser constituído por Unidades Funcionais, nomeadamente, UCSP, USF (Unidade de Saúde Familiar), UCC, Unidade de Saúde Pública (USP) e Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).

As unidades que constituem o CS onde realizámos estágio são, a UCSP, a UCC, a URAP, o Serviço de Atendimento Permanente (SAP) com atendimento 24h, um Serviço de Radiologia e Fisioterapia com atendimento diurno de segunda a sexta-feira, das 9h às 17h e laboratório de colheita de análises clínicas, também com atendimento de segunda a sexta-feira, das 8h às 10h.

A área geográfica de influência direta do contexto de estágio, é um Concelho do Distrito de Évora, que tem uma população de 11.846 habitantes, de acordo com os últimos Censos (INE, 2012). A distribuição da população em idade pediátrica, de acordo com a faixa etária está representada no Gráfico nº 4.

Gráfico nº 4 - População em Idade Pediátrica do Concelho



Fonte: Instituto Nacional de Estatística -Censos 2011 (Ano de Edição: 2012)

Também de acordo com o INE, a taxa de Natalidade no Concelho, em 2016, foi cerca de 7,1%, o que de acordo com observado no gráfico nº 1, apresentado anteriormente, foi inferior à média nacional que foi 8,4%, à média da região Alentejo, que foi de 7,6%, tal como apresentado anteriormente no gráfico nº 3 (INE, 2017) e à média do distrito de Évora, que foi de 7,8% (PORDATA, 2016). O ano de 2016, não revelou a tendência habitual do concelho, que

em anos anteriores tinha das taxas de natalidade mais altas do distrito, pelo que se prevê que o ano de 2017 mantenha a tendência para aumentar a taxa de natalidade.

De acordo com os dados facultados do programa, Sistema de Informação para Unidades de Saúde (SINUS), em janeiro de 2018 estavam inscritos na sede da UCSP, 11.358 utentes e 680 numa freguesia rural que pertence ao concelho, o que perfaz um total de 12,038 utentes. Encontram-se distribuídos com uma média de 1500 utentes por cada lista de médico, existindo cerca de 1730 utentes sem médico de família atribuído, por ausência de um médico na equipa.

À luz do disposto no artigo 11º do Decreto-Lei nº 28/2008, às UCC compete, a prestação de cuidados de saúde, apoio social e psicológico, a nível domiciliário e comunitário e às UCSP compete, prestar cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos.

A UCC é constituída por uma equipa multidisciplinar, composta por 4 enfermeiras sendo, que uma é Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) e a coordenadora da Unidade, uma assistente técnica, uma psicóloga, uma assistente social, uma nutricionista, uma fisioterapeuta, uma assistente operacional e um médico. As enfermeiras, a assistente técnica e a assistente operacional, são recursos humanos alocados à UCC na totalidade do horário, os demais profissionais pertencem à URAP e o médico à UCSP, com alocação na UCC, de tempo parcial variável.

A UCC atua em quatro eixos principais, nomeadamente a Equipa de Cuidados Continuados Integrados, com o acompanhamento de 17 doentes, a Saúde Escolar e Intervenção na Comunidade (Rede Social, o Rendimento Social de Inserção, a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens e a Intervenção Precoce na Infância). Na sua maioria, os profissionais da UCC, prestam cuidados em mais do que um dos eixos, podendo simultaneamente encontrar-se envolvidos em vários projetos e várias áreas de intervenção.

É também desenvolvido pela unidade, o Projeto Preparação para o Nascimento e Parentalidade, sendo responsável pelo mesmo a coordenadora da unidade, que como já foi dito anteriormente é EEESMO. As grávidas são encaminhadas pelas enfermeiras da UCSP e os grupos de grávidas constituídos de acordo com a Idade Gestacional e a Data Provável do Parto. É elaborado um plano de sessões que funcionam em horário pós-laboral, às 17 horas, sendo realizadas pela EEESMO, contando com a colaboração da Assistente Social, da Nutricionista, da Fisioterapeuta, da Psicóloga e da Higienista Oral.

Outro projeto presente no plano de ação da UCC é a VD à puérpera e ao RN, que por indisponibilidade de recursos humanos (falta de 1 elemento na equipa de enfermagem), não é realizado há cerca de 3 anos. São, no entanto, realizadas VD a famílias de risco, quando referenciadas pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), pelo tribunal ou pelas equipas de saúde da UCSP, no contexto do Núcleo Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), sendo realizadas pela EEESMO, em articulação com a Assistente Social.

A equipa multidisciplinar da UCSP é composta por 6 médicos (1 lista de utentes sem médico), 6 enfermeiros, uma Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, uma Especialista Enfermagem Médico Cirúrgica e uma Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, com funções de direção e chefia, e 6 assistentes técnicos. Os registos são realizados informaticamente, no programa SClínico, que usa como referencial a CIPE, de acordo com metodologia científica e linguagem comum, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

O método de trabalho utilizado na UCSP é por equipas multidisciplinares, Médico, Enfermeiro e Assistente Técnico, que desenvolvem a sua ação na vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença, nas diversas fases de vida de uma determinada lista de utentes/famílias, atribuídos ao médico e enfermeiro de família, incorporando a filosofia de cuidados centrados na família, estabelecendo uma lógica de proximidade e continuidade de cuidados.

O papel dos enfermeiros de família foi reforçado na segunda Conferência Ministerial da Enfermagem da OMS – Região Europeia, com a aprovação da Declaração de Munique, consagrando a sua importância no desenvolvimento da saúde e na prestação de cuidados de saúde. O enfermeiro de família não atua isoladamente, integra uma equipa multiprofissional, sendo um elemento de referência e gestor dos cuidados, em articulação com os restantes profissionais da equipa, no sentido de dar resposta às necessidades de saúde das famílias (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

Direcionando o foco para a área de Especialização, Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, dando resposta aos objetivos da UC, importa contextualizar o funcionamento da UCSP neste âmbito.

O PNSIJ (Direção Geral de Saúde (DGS), 2013) constitui uma prioridade no compromisso assistencial da UCSP. É pretendido proporcionar ao RN, criança e ao adolescente/jovens uma adequada vigilância de saúde, em parceria com a família, cumprindo as orientações técnicas

emanadas pela DGS, de modo a contribuir para a qualidade de saúde, dos futuros adultos do nosso país.

As consultas de vigilância de saúde infantil são realizadas de acordo com as normas de orientação do PNSIJ da DGS. A abordagem de vigilância da saúde infantil é realizada pela equipa de família, de modo a que no mesmo momento ocorra a consulta de enfermagem, a consulta médica, a vacinação e a marcação das avaliações seguintes. Cada equipa de saúde tem momentos específicos para realizar a consulta, em gabinete próprio, com sala de espera individualizada dos adultos, tendo em atenção os circuitos de prevenção de infeções cruzadas.

No ano de 2016 os Nados-vivos de mães residentes do concelho foram 82 (PORDATA, 2016), o que de acordo com o PNSIJ, implica a realização de 492 consultas no 1º ano de vida, de 410 no segundo e terceiro ano de vida, 328 entre os 4 e os 9 anos e 246 entre os 10 e os 18 anos, um total de 1476 consultas de vigilância, ao longo da idade pediátrica.

De acordo com os últimos dados disponíveis, em 2012 foram realizadas cerca de 1165 consultas de vigilância de Saúde Infantil (PORDATA, 2016) na UCSP, revelando grande afluência à consulta, o que nos leva a concluir que é realizada um número adequado de consultas de vigilância em Saúde Infantil, dando resposta às orientações emanadas pela DGS.

Para além da consulta integrada de vigilância de saúde infantil e juvenil, é realizada a consulta de enfermagem com hora marcada, para realização do diagnóstico precoce, avaliação ponderal e promoção da parentalidade, sendo também realizado aconselhamento em aleitamento materno, tendo sido desenvolvido para o efeito no ano de 2017, o projeto cantinho da amamentação, para facilitar o apoio às grávidas e mães que amamentam e que apresentam dúvidas, e criado um espaço próprio com equipamento adequado para promover o aleitamento materno exclusivo. Na equipa do CS, existem 3 enfermeiras conselheiras em aleitamento materno, que prestam aconselhamento para esclarecer dúvidas relativas à amamentação, evitar ou diminuir o risco de problemas associados à mesma, facilitar o atendimento às mães que amamentam, promover o desenvolvimento das competências maternas, observar as mamadas e aconselhar/corrigir a melhor forma de amamentar. Para além disso é realizado aconselhamento telefónico, quando solicitado pelas mães.

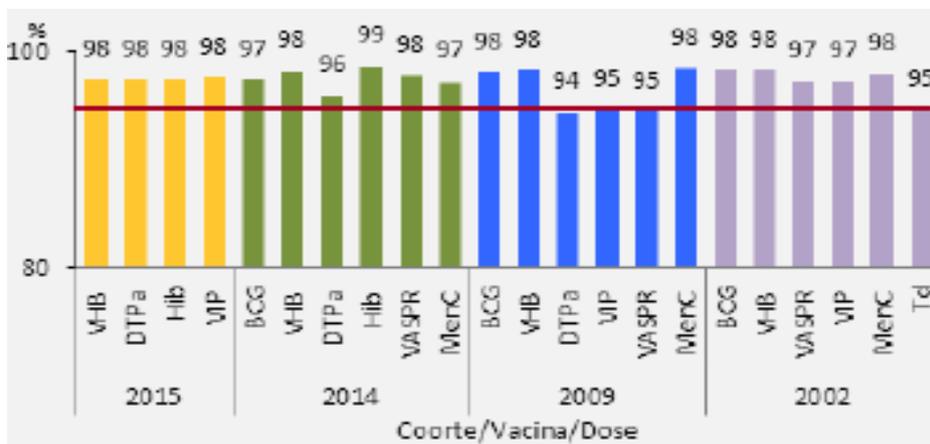
É também realizada a articulação de cuidados com a CPCJ e o NACJR, para apoio e vigilância de famílias de risco, sendo na maioria dos casos solicitada a intervenção da EEESIP para colaborar na prestação de cuidados especializados, nomeadamente, na identificação de

evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico e identificação de situações de risco para a criança e jovem, assim como assistir a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos.

O programa nacional de vacinação (PNV), é igualmente uma prioridade para a equipa da UCSP. É universal e gratuito, refletindo os seus resultados positivamente, na Saúde Pública. A implementação do PNV levou a uma significativa redução da morbidade e mortalidade por certas doenças infecciosas, conseguindo-se fortes ganhos em saúde. O êxito da sua implementação e cumprimento dos objetivos, atividades e metas depende do envolvimento de toda a Equipa de Saúde e da adesão dos utentes (DGS, 2016). O novo PNV foi aprovado pelo Despacho n.º 10441/2016 e publicado no Diário da República, 2.ª série — N.º 159 — 19 de agosto de 2016. Entrou em vigor a 1 de janeiro de 2017, substituindo o PNV de 2016. As metas propostas pela DGS para a vacinação são, 95% para a generalidade das vacinas e 85% para a vacina HPV (DGS, 2017).

A última avaliação do PNV a nível nacional, revelou bons resultados na aplicação do mesmo, tendo sido atingidas as metas para todas as vacinas, à exceção de uma, nas várias coortes de nascimento (Gráfico nº 5).

Gráfico nº 5 – Avaliação PNV cumprido 2016, no continente



Fonte: DGS, Boletim de Vacinação, PNV-Avaliação 2016

Legenda

VHB- vacina contra a hepatite B

DTPa - vacina contra a difteria, o tétano e a tosse convulsa

Hib – vacina contra a doença invasiva por Haemophilus influenzae do tipo b

VIP – vacina contra a poliomielite

Pn13– vacina conjugada contra infeções por Streptococcus pneumoniae de 13 serotipos

VASPR - vacina contra o sarampo, a parotidite epidémica e a rubéola

MenC – vacina contra a doença invasiva por Neisseria meningitidis do grupo C

A vacinação na UCSP é realizada, para além da realizada em contexto de consulta, em horário próprio, por ordem de chegada. A taxa de cobertura vacinal da UCSP, em dezembro de 2017, de acordo com os indicadores de avaliação de desempenho da Unidade Funcional, aos 2 anos foi de 94%, aos 7 anos 93,4% e aos 14 anos 92%. Verificámos que se encontra ligeiramente abaixo da média nacional em 2016.

Durante o estágio pudemos desenvolver todas as atividades realizadas pelo CS, na área de Saúde Infantil e Pediátrica, referidas anteriormente. Os motivos que nos levaram à escolha deste serviço, relacionados com o conhecimento do trabalho desenvolvido pelo CS, na área de Saúde Infantil, revelaram-se acertados, na medida em que este local nos permitiu o contacto com uma realidade favorável ao nosso processo de formação e desenvolvimento, revelando-se enriquecedor. Tivemos oportunidade de contactar com uma realidade diferente em CSP e os cuidados que são prestados, nos diferentes contextos, Vigilância de Saúde da criança/jovem, Saúde Escolar, Intervenção Precoce na Infância, Núcleo de Apoio às Crianças e Jovens e Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, ambicionando o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESIP e a aquisição de competências de mestre. Realizámos também a identificação da necessidade de cuidados, de acordo com a nossa área de interesse, para o desenvolvimento do projeto de estágio.

Pudemos assim adquirir e desenvolver as competências Específicas do EEESIP, assiste a criança/jovem, na maximização da sua saúde e presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo da vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, e as competências comuns do enfermeiro especialista, nos quatro domínios que as definem, responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão de cuidados e das aprendizagens profissionais.

Pudemos também e de acordo com uma necessidade formativa da equipa de enfermagem da UCSP, em promoção e aconselhamento do aleitamento materno, identificada pela Enfermeira supervisora clínica, e como concelheiros em aleitamento materno e futuros EEESIP, realizar a pesquisa necessária para elaborar e apresentar uma Sessão de Formação em Serviço, de acordo com o Plano de Sessão (Apêndice III). A sessão foi realizada com recurso a uma apresentação (Apêndice IV), e no final foi aplicado questionário de avaliação da sessão (Apêndice V), para avaliarmos a eficácia da formação realizada. Os resultados podem ser observados no gráfico nº 6 e nº 7.

Gráfico nº 6- Avaliação geral da formação sessão aleitamento materno

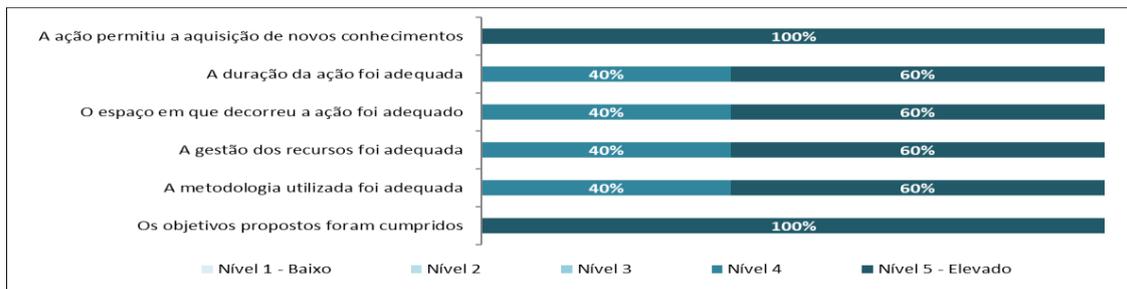
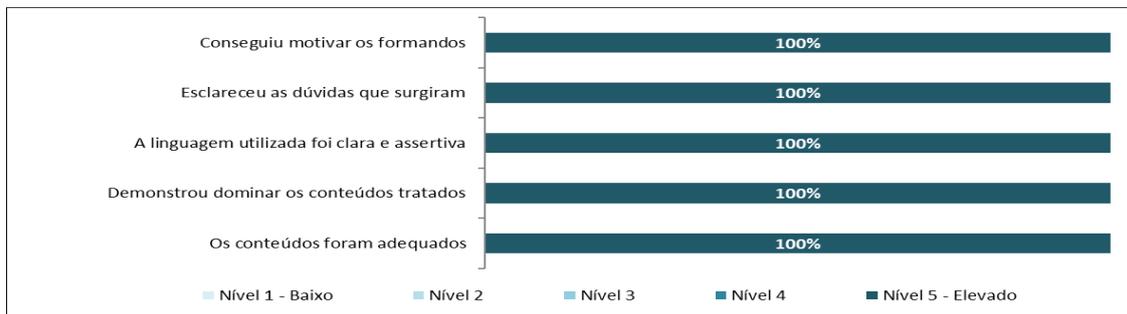


Gráfico nº 7 - Avaliação da formadora sessão aleitamento materno



Da análise dos resultados podemos concluir que a formação realizada permitiu à equipa a aquisição de competências na área do aleitamento materno.

A análise reflexiva de todas as atividades realizadas no CS e que permitiram o desenvolvimento das competências específicas e comuns do EEESIP, será realizada no terceiro capítulo do presente relatório.

2.2 – O Projeto de Estágio

Dando resposta aos objetivos de aprendizagem definidos para o estágio final, foi desenvolvido um projeto, de acordo com a metodologia de trabalho de projeto, intitulado: Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-Nascido e Família: Um Contributo para o bem-estar e maximização da saúde. O mesmo inscreve-se na linha de investigação "Necessidades em Cuidados de Enfermagem em populações específicas".

Os projetos em saúde devem proporcionar uma apreciação integrada das necessidades da população, com novas perspetivas de ação, uma concentração de esforços e rentabilização

dos recursos, estimulando a cooperação e a promoção da capacidade, motivação e autonomia da comunidade (Brissos, 2004).

A Metodologia de trabalho de Projeto pressupõe relações entre o saber e a experiência. Permite estudar qualquer aspeto da realidade social, prevendo, orientando e preparando o percurso que os intervenientes terão que efetuar para a sua realização. O foco é a investigação, a análise e a resolução de problemas. A metodologia de projeto constitui-se assim, como uma ponte entre a teoria e prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico, que será posteriormente aplicado na prática (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

O Projeto de Estágio (PE) foi desenvolvido em duas fases do estágio final, que tal como referido anteriormente, se desenrolou em dois módulos. No módulo A, realizado na UCEN, consistiu no aprofundamento de conhecimentos sobre a temática e que se manteve ao longo de todo o estágio. No módulo B realizado na UCSP decorreram, as cinco fases que compõe a metodologia de projeto, que de acordo com Ruivo, Ferrito & Nunes (2010), são o diagnóstico da situação, a definição de objetivos, o planeamento, a execução das atividades planeadas, e a avaliação. Foi esta a sequência que adotamos na elaboração deste projeto.

2.2.1- Diagnóstico da situação

O diagnóstico da situação constitui a primeira fase da metodologia de projeto e é onde o problema é identificado. Ruivo, Ferrito e Nunes (2010), afirmam que nesta fase são avaliadas as necessidades da população, a fim de serem desenvolvidas estratégias e aproveitados os recursos disponíveis, para dar resposta ao problema existente. Assim, este momento do projeto é essencial para o sucesso da intervenção.

As escalas de observação, os questionários, as entrevistas, a análise SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats), a FMEA3 (Failure Mode and Effect Analysis), a cadeia de valores e a Stream Analysis, constituem as ferramentas de diagnóstico para a análise da situação (Ibidem).

Numa primeira fase o instrumento utilizado para o diagnóstico de situação foi a observação direta, enquanto enfermeiros prestadores de cuidados de enfermagem numa USF, também localizada no distrito de Évora. O compromisso assistencial da USF onde exercemos funções, na área da Vigilância e Promoção da Saúde materno-infantil é uma prioridade.

Desenvolve-se nas várias vertentes da promoção da saúde, nomeadamente, a Vigilância da Saúde Materna, o Projeto de Preparação para o parto e pós-parto, o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e o Projeto Cantinho da Amamentação. Verificou-se que a VD de Enfermagem ao RN e Família é uma lacuna no compromisso assistencial, na área da Vigilância e Promoção da Saúde Materno-infantil, desenvolvido pela unidade, sendo um objetivo profissional o desenvolvimento de um projeto para a implementação desta VD.

Tendo-se identificado esta necessidade na unidade onde exercemos funções, foi realizada uma reunião com a Sr.ª Enfermeira supervisora do estágio e a Sr.ª Enfermeira responsável do CS, para expor a nossa ideia de projeto e definir se a necessidade por nós identificada, também se verificava na referida Unidade. Foi identificado pelas profissionais, que esta atividade já integrou o plano de ação da UCC do CS, onde se encontra uma EEESMO, não estando, no entanto, a ser desenvolvida por indisponibilidade de recursos humanos, tendo sido por isso também necessário reunir com a Sr.ª Enfermeira, coordenadora da UCC, que se mostrou receptiva ao projeto e sugeriu a inclusão da equipa da UCC no mesmo.

Na UCSP, a área da vigilância e promoção da saúde materno-infantil é também uma prioridade, desenvolvendo-se nas várias vertentes da promoção da saúde, a Vigilância da Saúde Materna, o Projeto de Preparação para o parto e pós-parto, o PNSIJ e o Projeto Cantinho da Amamentação, verificando-se também neste momento a ausência de realização de VD de Enfermagem ao RN e Família.

As Sr.ª Enfermeiras apoiaram a importância de trabalhar na problemática, considerando o projeto como necessário para o CS e potenciador de uma melhor atuação na implementação de boas práticas na vigilância de saúde da criança, permitindo-nos, deste modo, recolher os dados que considerámos necessários para o diagnóstico inicial.

Por último, foi necessário identificar as necessidades sentidas pelos profissionais da equipa de enfermagem e pelas grávidas, em relação à problemática. Inicialmente, foi pensado incluir o futuro pai no diagnóstico de situação, contudo foi realizado apenas às grávidas, uma vez que foi verificado que a frequência das consultas de vigilância de saúde materna é realizada apenas pelas grávidas, o que acabou por invalidar a realização do mesmo aos pais.

Privilegiou-se então o questionário com questões abertas, como método de recolha de dados, para o diagnóstico da situação. Os questionários podem ser abertos ou fechados, os questionários abertos, no que diz respeito à significância e relevância da informação recolhida

têm vantagens, permitindo dar maior atenção ao sujeito e maior personalização das respostas, devendo ser utilizados em amostras pequenas (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

Deste modo foram aplicados questionário abertos aos enfermeiros da UCSP e da UCC do CS (Apêndice VI) e às mulheres Grávidas utentes da UCSP (Apêndice VII). Foi realizado um pré-teste a duas grávidas e a uma enfermeira para validação do questionário, e aferidas algumas perguntas que suscitaram dúvidas.

Os questionários foram aplicados à equipa de enfermagem individualmente e foram recolhidos pelo responsável do estudo, no fim de serem preenchidos. Os questionários aplicados às grávidas foram preenchidos pelas próprias, no decorrer de sessão de preparação para o parto e em momento de consulta de vigilância da gravidez e foram recolhidos pelo responsável do estudo, no fim de serem preenchidos.

Cada questionário constituiu-se em duas partes. A primeira parte destinava-se à caracterização sociodemográfica dos participantes, e na segunda parte pretendia-se analisar a perspetiva que o enfermeiro e as grávidas têm, sobre a necessidade de Implementação da Visita Domiciliária ao RN e família.

2.2.1.1- Caracterização da população e amostra

De acordo com Fortin, Cotê e Filion (2009), uma população é um conjunto de sujeitos que compartilham características comuns, estabelecidas por um grupo de critérios e uma amostra, é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos, que integram uma mesma população.

A população alvo do projeto foi constituída por a equipa de enfermagem da UCSP e da UCC do CS e por as mulheres grávidas utentes da UCSP, que frequentam as consultas de vigilância de Saúde Materna (SM) e o curso de preparação para o nascimento e Parentalidade. Importa referir que o foco do projeto será sempre a família, contudo trabalhou-se mais com as mães pois no contexto de estágio, apesar de ser incentivada a presença do homem nas consultas, ainda é um aspeto a desenvolver e que não se manifesta com muita frequência.

A amostra é constituída por 10 enfermeiros (6 da UCSP e 4 da UCC) e 13 grávidas. Os critérios de inclusão definidos para as grávidas foram, mulheres grávidas que frequentam as

consultas de vigilância de SM da UCSP e o curso de preparação para o nascimento e Parentalidade, no período entre 30 de outubro e 21 de dezembro de 2017, sendo que todas aceitaram participar. Para os enfermeiros, definiu-se o exercício de funções na UCSP e UCC do CS, e também todos aceitaram participar.

Tendo em conta os procedimentos éticos e legais associados aos procedimentos de colheita de dados, os questionários dirigidos aos enfermeiros e às grávidas foram aplicados após o parecer positivo da responsável da Unidade (Apêndice VIII) e da Comissão de Ética da Universidade de Évora (Anexo I).

O tipo de amostragem utilizado foi o não probabilístico acidental, tal como referem Fortin, Cotê e Filion (2009), a amostragem não probabilística é um processo de seleção em que cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser selecionado para constituir a amostra. Os mesmos autores referem que a amostra acidental é constituída por sujeitos de fácil acesso, presentes num determinado local, num momento preciso, que vão sendo incluídos no estudo à medida que vão comparecendo, como por exemplo e no nosso caso, as consultas de vigilância da gravidez.

Para a análise quantitativa dos dados foi utilizado o suporte informático Microsoft Office Excel 2016, e tendo em conta o objetivo dos questionários, optamos por realizar uma análise descritiva, utilizando as frequências absolutas (n) e/ou relativas (%). Na análise das perguntas abertas, realizámos a análise de conteúdo de acordo com Bardin (2013). Foi realizada uma leitura das respostas, da qual surgiram algumas categorias comuns, que caracterizaram as mesmas e com base nessas categorias foi realizada a análise descritiva do conteúdo.

2.2.1.1.1 – Caracterização da equipa de enfermagem

Na primeira parte do questionário de diagnóstico da situação aplicado à equipa de enfermagem, pretendemos realizar a caracterização sociodemográfica da amostra, tendo sido questionado o género, a idade, as habilitações académicas, os anos de profissão e o tempo de exercício no CS.

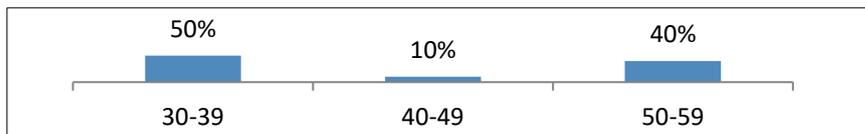
A amostra referente à equipa de enfermagem, é constituída, como já referido anteriormente, por 10 enfermeiros, sendo que são todos do sexo feminino, tal como podemos observar no gráfico nº 8.

Gráfico nº 8 – Distribuição da amostra quanto ao género - enfermeiros



Em relação à idade podemos verificar que a 50% da amostra, o que corresponde a 5 enfermeiras, se encontra na faixa etária entre os 30 e 39 anos, seguido por 4 elementos entre os 50 e os 59 anos e 1 elemento entre os 40 e 49 anos (Gráfico nº9).

Gráfico nº 9 – Distribuição da amostra quanto à idade – enfermeiros



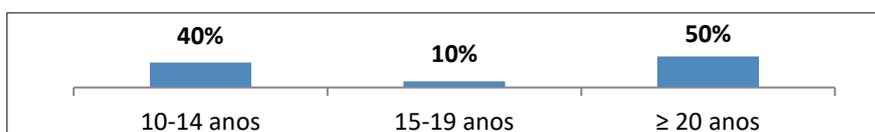
No que diz respeito ao nível de escolaridade, observámos que 6 enfermeiras têm licenciatura e que 4 têm Curso de Especialização em Enfermagem, 1 em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 2 em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica e 1 em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Podemos também observar que 2 enfermeiras têm cursos de Pós-graduação (Gráfico nº10).

Gráfico nº 10 – Distribuição da amostra nível de escolaridade – enfermeiros



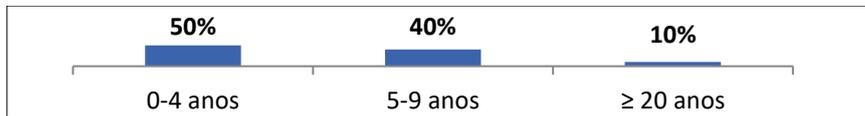
Relativamente ao tempo de exercício profissional, verifica-se que 50% da amostra, ou seja, 5 enfermeiras, exercem funções há mais de 20 anos, 40% que equivale a 4 enfermeiras, exercem funções no intervalo entre os 10 e os 14 anos e 10%, 1 enfermeira exerce funções no intervalo entre os 15 e os 19 anos (Gráfico nº 11).

Gráfico nº 11 – Distribuição da amostra - tempo de exercício profissional



Podemos observar no gráfico nº 12, que 50% da amostra, ou seja 5 enfermeiras, exerce funções no CS no intervalo entre os 0 e os 4 anos, 40% no intervalo entre os 5 e 9 anos e 10% há mais de 20 anos.

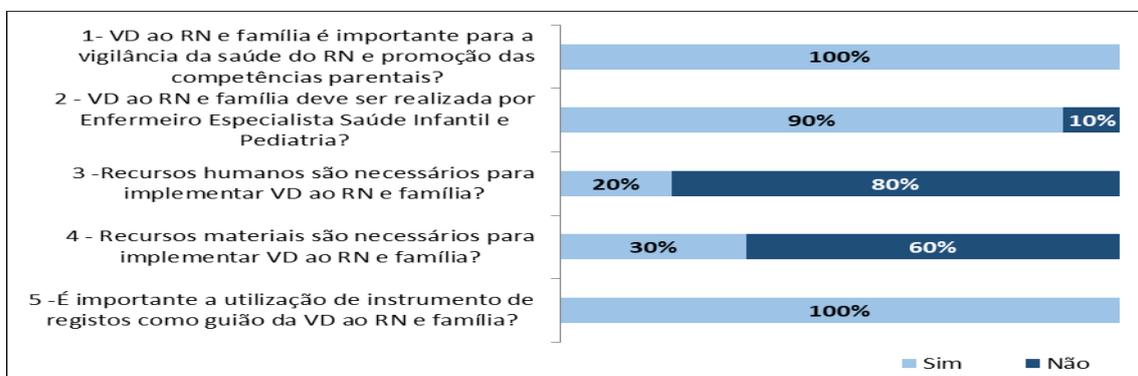
Gráfico nº 12 – Distribuição da amostra - tempo de exercício profissional no CS



Concluimos assim que a equipa de enfermagem, se encontra equitativamente distribuída em relação à idade e ao tempo de exercício profissional, mas que em relação ao tempo de exercício nos CSP, é uma equipa jovem. Concluimos também que existiu por parte da equipa, investimento na formação pós-graduada, com a realização de cursos de especialização e de pós-graduação.

Na segunda parte do questionário de diagnóstico da situação à equipe de enfermagem, pretendemos realizar a caracterização da amostra, sobre a necessidade sentida pela mesma, na implementação da VD de Enfermagem ao RN e família. Foi questionado a opinião das enfermeiras sobre a temática, nomeadamente se a VD ao RN e família é importante para promover a vigilância de saúde do RN e as competências parentais, e se deve ser realizada pelo EEESIP, se a equipa considera que existem recursos humanos e materiais necessários para a implementação da VD, e se considera importante a utilização de um instrumento de registos como guião da VD ao RN e família. Foi solicitado que respondessem sim e não e que justificassem a resposta. Os resultados podem ser observados no gráfico nº 13, e a análise descritiva das respostas abertas serão apresentadas de seguida.

Gráfico nº13 – Necessidade de desenvolvimento do projeto de estágio - enfermeiros



Toda a equipa de enfermagem considerou a realização da VD ao RN e família, até aos 15 dias de vida, uma atividade importante para a vigilância de saúde do RN e na promoção das competências parentais. Na justificação da resposta a equipa afirmou que a realização da VD permite, avaliar e vigiar o RN e a família, constatar qual o ambiente em que estão inseridos, detetar situações de risco e identificar as necessidades sentidas pela família. Por outro lado, a VD permite, disponibilizar apoio às famílias, no contexto em que estão inseridas, aconselhar e esclarecer todas as dúvidas que surjam, adequar as intervenções de enfermagem ao contexto familiar e prevenir precocemente complicações, ou seja, contribui para a promoção das competências parentais e a vigilância de saúde do RN, mas também do contexto familiar em que o RN está inserido, tal como podemos ver representado na figura nº1.

Figura nº 1 - Pertinência da realização da VD ao RN e Família – perspectiva enfermeiros



Relativamente à questão sobre se a VD ao RN e família deve ser realizada pelo EEESIP, a maioria respondeu sim (Gráfico nº11) e uma enfermeira respondeu não, justificando a resposta afirmando “Na minha opinião não deverá ser apenas pelo EEESIP, visto que o EEESMO, ser também importante nos conselhos e observação da puérpera, se necessário”. Pensamos que tal como referido pelo OE no parecer 12/2011, a puérpera e o recém-nascido têm de ser acompanhados de acordo com as necessidades identificadas, em cada situação, podendo a visita domiciliária à puérpera e ao recém-nascido, situar-se na esfera de ação do EEESMO, assim como do EEESIP, sendo que a área de atuação de cada enfermeiro especialista tem objetivos diferentes (Ordem Enfermeiros, 2011 a)).

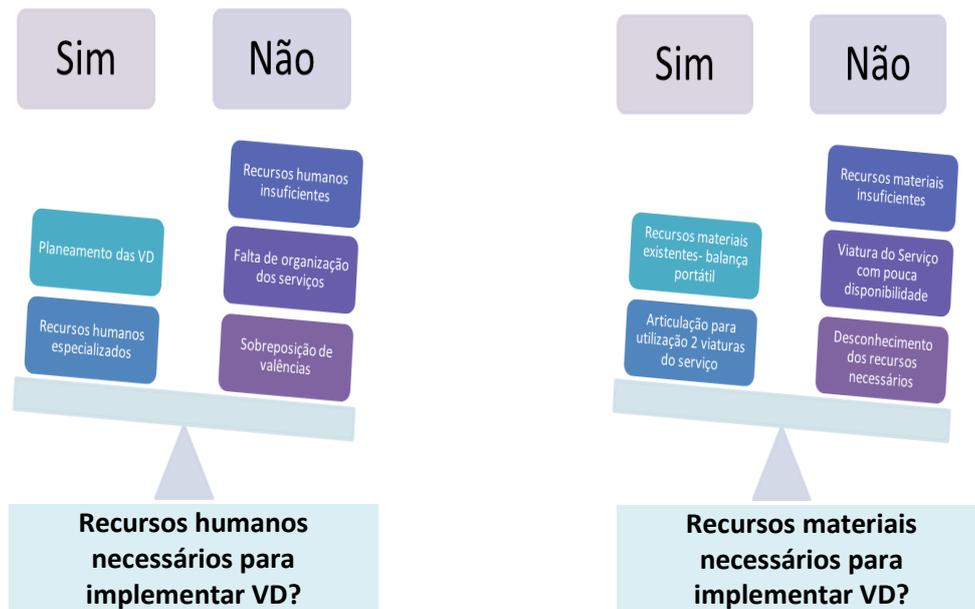
As justificações para a realização da VD pelo EEESIP, incidem sobre a formação especializada e as competências acrescida que o EEESIP detém, na vigilância e promoção da saúde do RN e Família (Figura nº 2).

Figura nº 2- Pertinência da realização da VD ao RN e Família pelo EESIP



Em relação aos recursos humanos necessários para realizar a VD ao RN e Família a maioria da equipa, ou seja, 80% o que corresponde a 8 enfermeiras, entende que o CS não os possui e para os recursos materiais 60%, o que corresponde a 6 enfermeiras, também responderam não (Gráfico nº11). A justificação relativamente aos recursos humanos, incidiu sobre a falta dos mesmos e da organização dos serviços e também a sobreposição de cuidados a prestar, que a VD pode vir a causar. As duas enfermeiras que responderam sim, justificam a resposta com a possibilidade de as VD poderem ser planeadas e articuladas com as restantes atividades e também por haver recursos humanos especializados, que possibilitam a realização das VD. No que diz respeito aos recursos materiais, as enfermeiras que responderam não, entendem que os recursos materiais são insuficientes e os que existem fazem falta na unidade, mas também 3 responderam que não conhecem quais os materiais necessários, o que levou a uma das enfermeiras a não responder sim ou não, à pergunta. Todas referem a falta de uma viatura para transporte, mais disponível, inclusive as 3 enfermeiras que responderam sim. Estas justificaram que os materiais necessários para realizar a VD são poucos, que a UCC tem uma balança portátil, para a pesagem do RN, mas que há a necessidade de ser realizada uma boa articulação da viatura do serviço, por a mesma estar pouco disponível para a realização das VD (Figura nº3).

Figura nº 3 – Recursos materiais e humanos existentes para realizar a VD



No que respeita à pergunta sobre a utilização de um instrumento de registo de observação, como guião da VD ao RN e família, toda a equipa respondeu sim. Justificou a resposta com a necessidade de se proceder aos registos em domicílio, para posteriormente serem efetuados os registos informáticos no sistema, a necessidade de uniformizar procedimentos na avaliação do RN e das competências parentais e possibilitar uma abordagem sistemática, com a mesma linha orientadora para todos os profissionais, a necessidade de assegurar a continuidade dos cuidados, sem esquecer nenhum aspeto importante, e também para se poder realizar a análise estatística do trabalho realizado.

Por último, foi perguntado quais as estratégias que a equipa gostaria de ver realizadas, com a própria equipa e com as grávidas, para implementar a VD de enfermagem ao RN e família. As estratégias identificadas pela equipa foram, a realização de ações de formação com a equipe de enfermagem e com as grávidas, para dar conhecimento do projeto e uniformizar procedimentos, promoção do projeto junto das grávidas, durante as consultas de SM, durante o projeto de preparação para o nascimento e Parentalidade e junto dos restantes profissionais, envolver a equipa nas marcações das VD, principalmente nas consultas de SM e no 3º trimestre de gravidez, incentivar a grávida a efetuar a marcação da VD após o parto e estabelecer parcerias entre as unidades de saúde e restantes agentes da comunidade.

Podemos assim concluir que a equipa de enfermagem, valida a pertinência da realização do projeto VD ao RN e Família, realizada pela EEESIP, embora tenha receios quanto aos recursos humanos e materiais necessários para realizar as VD. Evidenciamos que as enfermeiras que afirmaram que o CS dispõe dos recursos humanos e materiais necessários, são as enfermeiras Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e em Saúde Materna e Obstétrica, o que nos leva a concluir que o conhecimento e as competências sobre a temática, foram determinantes para realizar a avaliação das necessidades do mesmo. Concluimos também que a equipa identifica a necessidade da existência de um instrumento de registos, para utilizar como guião nas VD realizadas.

2.2.1.1.2 - Caracterização das grávidas

Na primeira parte do questionário de diagnóstico da situação às grávidas, pretendemos realizar a caracterização sociodemográfica da amostra tendo sido questionado, a idade, a escolaridade, o nº de filhos e a idade dos mesmos. Questionámos também qual a idade gestacional e a data provável do parto.

Em relação à idade das grávidas, verificámos que a idade mínima da amostra é 26 anos e a máxima é 40 anos, sendo que os 37 anos é a idade com maior representatividade, 23,1%, verificámos também que a maioria das grávidas (6), se encontra na faixa etária entre os 25 e 30 anos, seguida da faixa etária entre os 36 e 40 anos (5) e por último a faixa etária entre 31 e 35 anos (2), (Gráfico nº 14). Pudemos verificar que a amostra é jovem e que vai ao encontro da idade média das mulheres ao nascimento de um filho em Portugal (31,1%) e do Alentejo (30,6%), como podemos observar no (Gráfico nº 15).

Gráfico nº 14 - Distribuição da amostra - idade e faixa etária - grávidas

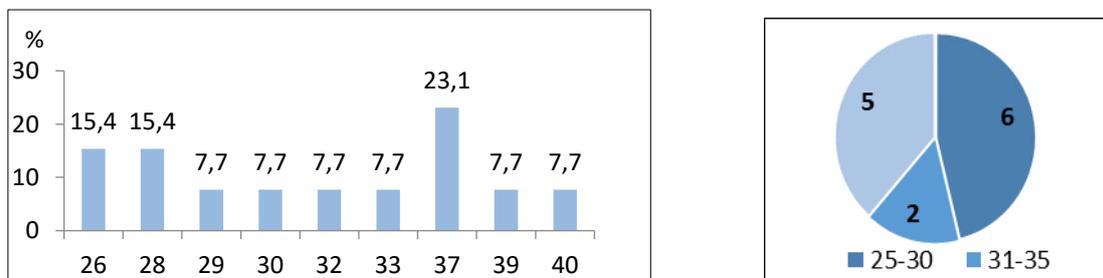
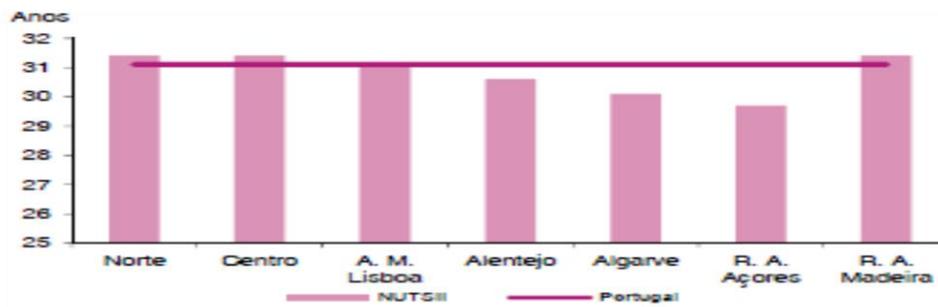


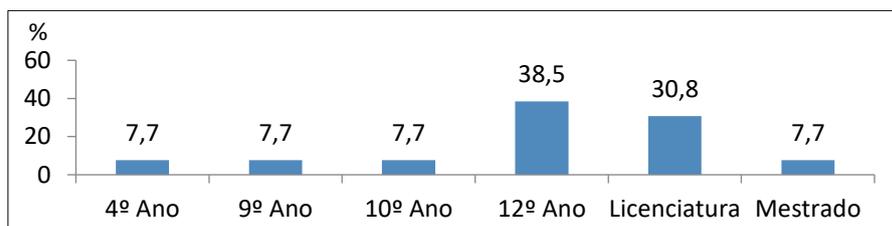
Gráfico nº 15 - Idade média das mulheres ao nascimento de um filho, Portugal 2016



Fonte: Instituto Nacional de Estatística -Estatísticas Demográficas – 2016 (Ano de Edição: 2017)

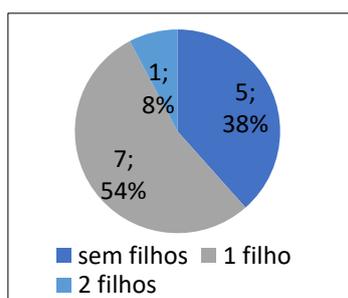
No que diz respeito à escolaridade das grávidas, verificámos que a maioria, 38,5%, tem o 12º ano, o que corresponde a 5, das grávidas inquiridas. As restantes inquiridas, 30,8% têm licenciatura, e 7,7% que representa 1 grávida, têm mestrado, 10º ano, 9º ano e 4º ano, tal como apresentado no gráfico nº 16. Podemos concluir que a maioria da amostra, cumpriu a escolaridade mínima obrigatória.

Gráfico nº 16 - Distribuição da amostra de acordo com a escolaridade - grávidas



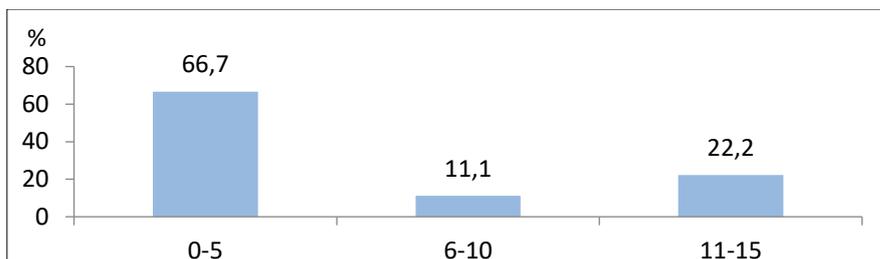
Em relação ao número de filhos, observámos que a maior parte da amostra, 54%, já tem 1 filho, o que corresponde a 7 grávidas. As restantes grávidas 38% (5), não têm filhos e apenas 8% (1), tem 2 filhos, como representado no Gráfico nº 17. Podemos então concluir que a maioria das grávidas já teve contacto com RN, pelo que se pressupõe que possam deter alguns conhecimentos adquiridos na prestação de cuidados ao RN.

Gráfico nº 17 - Distribuição da amostra segundo o número de filhos



De acordo com o que podemos observar no gráfico nº 18, relativamente à idade dos filhos, verificámos que 66,7% se situa entre os 0 e 5 anos, que corresponde a 6 crianças, 22,2% entre os 11 e 15 anos (2) e 11,1% entre os 6 e os 10 anos (1). Concluimos que a maioria da amostra foi mãe recentemente, o que pode ser uma mais valia para o nosso projeto, pois pensamos que esse facto pode contribuir para que as mesmas sejam mais capazes de relatar dificuldades sentidas nos cuidados ao RN, e de exprimir necessidade de acompanhamento ou de partilha de conhecimentos, que poderão ser colmatadas na VD.

Gráfico nº 18 - Distribuição da amostra - idade dos filhos



Caracterizámos a amostra também em relação à idade gestacional e à data provável do parto, para ser possível identificar a possibilidade de realizar VD. Verificámos que a maioria se encontra no 2º e 3º trimestre da gravidez, e que será possível realizar VD, de acordo com o cronograma do projeto, em 5 das grávidas, como pode ser observado no gráfico nº19 e no gráfico nº 20.

Gráfico nº 19 - Distribuição da amostra - a idade gestacional

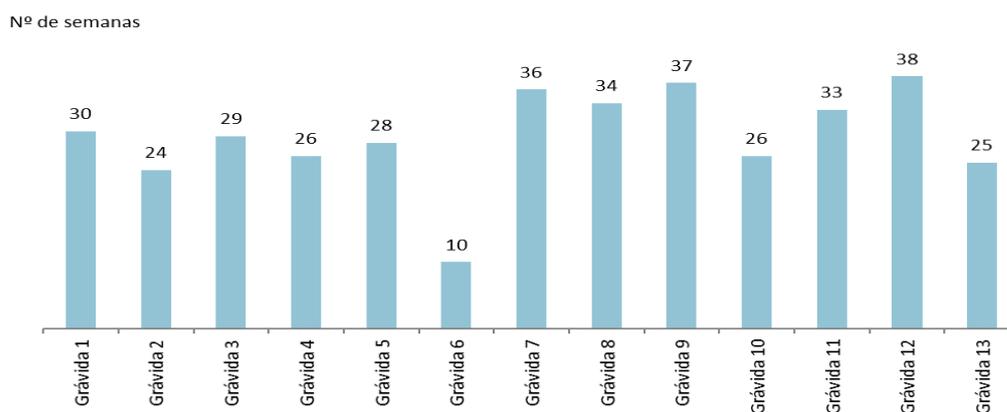
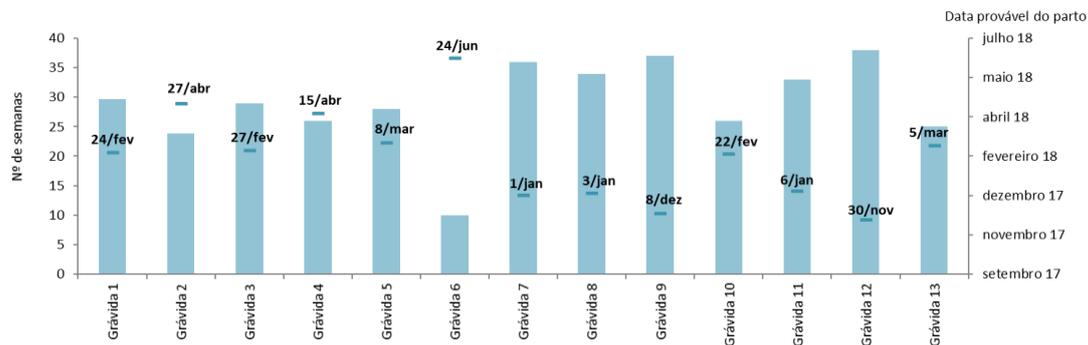


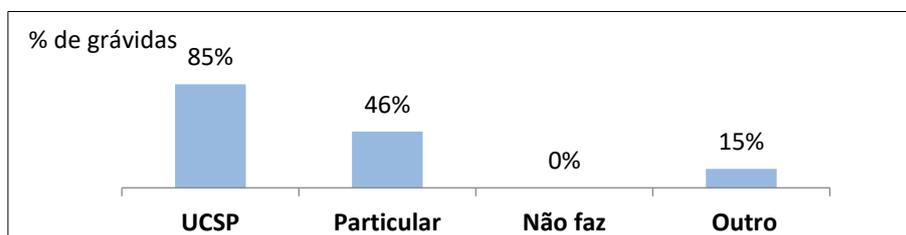
Gráfico nº 20 - Distribuição da amostra - data provável do parto



Na segunda parte do questionário de diagnóstico da situação às grávidas, pretendemos realizar a caracterização da amostra sobre a necessidade sentida pela mesma, na implementação da VD de Enfermagem ao RN e família. Foi questionado qual o local de vigilância da gravidez, se frequenta o curso de preparação para o nascimento e parentalidade, se a grávida acha que tem conhecimentos para cuidar do RN e quem lhe forneceu esses conhecimentos, se acha importante a realização da VD, se gostaria que fosse implementada na unidade e quais os procedimentos que gostaria de ver realizados na VD.

Em relação à vigilância da gravidez, verificámos que a maioria da amostra realiza a vigilância na UCSP (85%), tendo sido identificadas 2 grávidas que frequentam o curso de preparação para o nascimento e a parentalidade, mas que não frequentam as consultas de vigilância de SM da UCSP, uma por ser utente de outra USF e outra por vigiar a gravidez apenas no particular e hospital (Gráfico nº 21).

Gráfico nº 21 - Distribuição da amostra - local de vigilância da gravidez

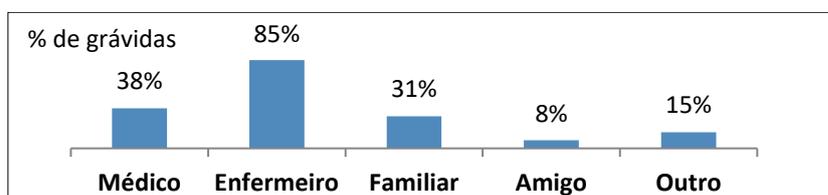


Relativamente à frequência do curso de preparação para o nascimento e parentalidade, realizado pelo CS, verificámos que a maioria da amostra respondeu sim (54%), o que corresponde a 7 grávidas e que 46% respondeu não, ou seja, 6 grávidas.

No que diz respeito à pergunta sobre, se a grávida entende que obteve todos os conhecimentos necessários para cuidar do filho RN, a maioria respondeu sim (85%) e apenas 15% respondeu não, o que corresponde a 2 grávidas. Pudemos observar que as duas grávidas que responderam não, são ambas licenciadas, uma com 1 filho e com 39 anos de idade (acrescentou comentário “Há sempre algo novo a reter”) e outra sem filhos e com 27 anos de idade. Concluimos que, por a maioria da amostra já ter pelo menos um filho, acha que detém conhecimentos para cuidar de um RN. Pudemos também concluir que a diferenciação académica, pode ter influência na procura de um maior número de conhecimentos.

No seguimento da pergunta anterior, foi também perguntado, qual a fonte que a grávida considera que lhe forneceu os conhecimentos que detém. Existia mais do que uma hipótese de resposta e cada grávida podia responder mais do que uma alternativa. Verificámos que o enfermeiro foi a fonte de aquisição de conhecimento mais referido, com 85% das grávidas (11), a assinalar essa alternativa, seguido do médico com 38%, do familiar com 31% e o amigo com 8% (Gráfico nº 22). As outras fontes referidas foram a experiência e a pesquisa. Apenas duas grávidas não identificaram o enfermeiro, como fonte de aquisição de conhecimento dos cuidados a prestar ao RN, sendo que uma assinalou a opção outro, respondendo a experiência como a fonte e a outra grávida identificou o médico. Podemos então concluir que a amostra identifica o enfermeiro como tendo um papel importante no fornecimento de conhecimentos à grávida/puérpera, sobre os cuidados a prestar ao RN. Na análise que realizámos às respostas, verificámos também que os profissionais de saúde foram os principais recursos referidos, para obter conhecimentos nos cuidados a prestar aos RN.

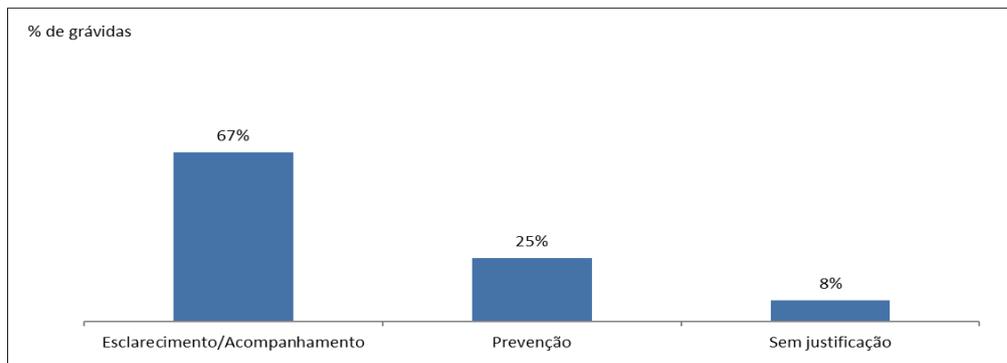
Gráfico nº 22 - Fontes de aquisição de conhecimentos



As últimas perguntas do questionário relacionavam-se com a problemática em estudo. A maioria das grávidas (92%), respondeu sim à pergunta, em que questionávamos se a grávida identificava a VD de Enfermagem ao RN e Família até aos 15 dias de vida, como uma atividade importante a ser realizada. Foi também solicitado a justificação da resposta, e analisando todas as respostas dadas, foram identificadas duas necessidades comuns, sentidas pelas grávidas e que justificam a necessidade de realização da VD, nomeadamente, a necessidade de

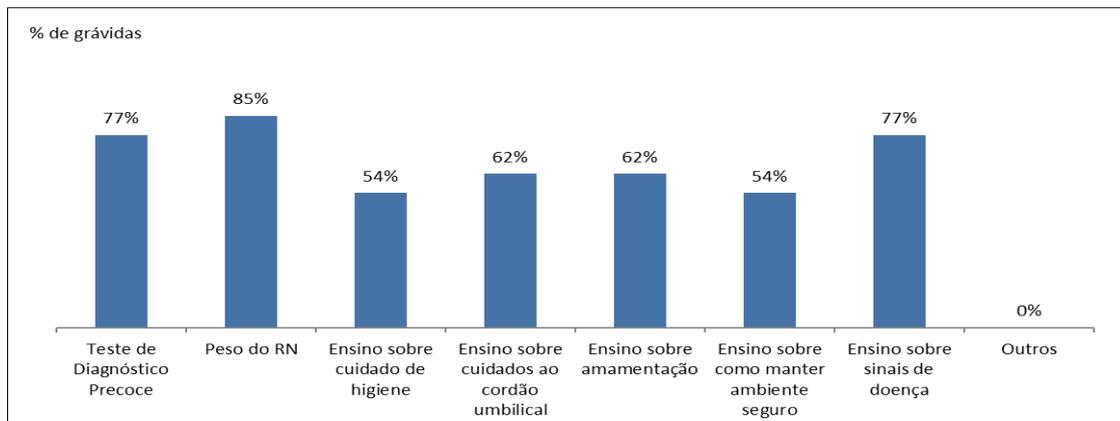
esclarecimento e acompanhamento, presente em 67% das respostas e a necessidade de prevenção de complicações, em 25% das respostas. Importa referir que uma das grávidas não justificou a resposta e que a grávida que respondeu não, justificou afirmando que “Todas as dúvidas que tiver sei que estão disponíveis para me esclarecer” (Gráfico nº 23).

Gráfico nº 23 - Pertinência da VD de enfermagem ao RN e família - grávidas



Perguntámos também se a grávida gostaria que a Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e Família até aos 15 dias de vida, fosse implementada na UCSP, ao que 92%, ou seja 12 das 13 grávidas, respondeu sim. A grávida que respondeu não, justificou a resposta afirmando, “Porque disponibilizam toda a ajuda necessária no centro de saúde, não havendo necessidade de se deslocarem a todos os RN. Apenas considero esta visita pertinente quando existe essa necessidade”.

Por último, foi perguntado às grávidas quais os procedimentos que gostariam que fossem realizados na VD, existia mais do que uma hipótese de resposta e cada grávida podia responder mais do que uma alternativa. Como se pode observar no gráfico nº 24, a avaliação do peso, a realização do teste de diagnóstico precoce e a realização de ensinamentos sobre sinais de doença, foram os procedimentos mais assinalados. De seguida surgem os ensinamentos sobre amamentação e cuidados ao coto umbilical e por último surgem os ensinamentos sobre cuidados de higiene e como manter o ambiente seguro. Podemos concluir que é importante para as grávidas que se planeie a VD para disponibilizar a consulta de enfermagem no domicílio, dando resposta à realização do Teste de Diagnóstico Precoce, da avaliação do RN, para além promoção da parentalidade e da realização dos ensinamentos, nomeadamente, cuidados de higiene, cuidados com o coto umbilical, amamentação, como manter um ambiente seguro e sinais de doença.

Gráfico nº 24 - Procedimentos a realizar na VD - perspectiva das grávidas

Na análise global à parte dois do questionário de diagnóstico da situação, podemos concluir que a maioria das mães vigia a gravidez na UCSP e frequentam o curso de preparação para o nascimento e parentalidade. A maioria das grávidas identifica o enfermeiro como a principal fonte de aquisição de conhecimentos e referem que acham deter os conhecimentos necessário na prestação de cuidados ao RN. Fomos, no entanto, observando que nas primeiras consultas do RN, os pais continuam a demonstrar dúvidas na prestação de cuidados ao RN, nomeadamente, na amamentação, nos cuidados de higiene, na manutenção de um ambiente seguro, na promoção da saúde, sinais de alerta, sendo estas as mais recorrentes, mesmo com pais que frequentaram o curso de preparação para parto e a parentalidade. Concluimos que por isso também identificam a VD de enfermagem ao RN e família até aos 15 dias de vida, como uma atividade importante para elas e que gostariam que essa atividade fosse implementada no CS onde estão inscritas como utentes, pelo que podemos afirmar que o nosso projeto foi considerado como importante pela população alvo, ou seja as futuras mães.

Depois de identificada a necessidade da população alvo, para o desenvolvimento do projeto de Visita Domiciliária de Enfermagem ao RN e Família pela EEESIP, importa agora realizar a definição geral da problemática, que será abordado no subcapítulo seguinte.

2.2.1.2- Definição geral da problemática

A conjuntura atual e as orientações estratégicas nacionais foram essenciais para a decisão de desenvolvimento do projeto:

1º No Plano Nacional de Saúde (PNS) é referido que, as atividades relacionadas com a saúde, desde a formação, a investigação, a promoção da Saúde, a prevenção e prestação de cuidados, são motor de desenvolvimento, valorização do país, incluindo desenvolvimento económico e coesão social. O PNS conta com o contributo de cada um dos cidadãos para maximizar a obtenção de ganhos em saúde sustentáveis, considerando-se assim que a saúde começa em casa, na família, na comunidade e na sociedade (DGS, 2015).

2º No Plano Nacional Saúde Infantil e Juvenil é referido que,

“é de particular importância desenvolver os meios que possibilitem a visitação domiciliária, elemento fundamental na vigilância e promoção da saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade, nas situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de crianças, famílias ou situações identificadas como de risco” (DGS, 2013, p.7).

3º O Projecto “Health in Portugal: a Challenge for the Future”, realizado em 2014, pela Fundação Calouste Gulbenkian, mobilizou um conjunto de personalidades nacionais e internacionais para a elaboração de um relatório, que assentou no desafio de criar uma visão para a saúde e para os cuidados de saúde em Portugal, para os próximos 25 anos, descrevendo o que isso poderia significar na prática, nomeadamente em termos de implementação e sustentabilidade. Este documento propõe uma visão simples, caracterizada pelo empowerment (empoderamento) dos cidadãos, pela participação ativa da sociedade e por uma procura contínua de qualidade, apelando a um novo pacto para a Saúde. O relatório identificou 7 pontos-chaves para se conseguir atingir este objetivo, sendo que 2 vão ao encontro do projeto de estágio desenvolvido, nomeadamente, a recomendação do desenvolvimento de mais serviços de apoio domiciliário e de proximidade e de que todos os profissionais de saúde deverão passar a desempenhar novos papéis, devendo a sua formação ser adaptada nessa conformidade (Crisp, et al., 2014).

O desenvolvimento deste projeto vai ao encontro do definido pela Ordem dos Enfermeiros no Regulamento dos Padrões de Qualidade de Cuidados Especializados de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, que define o exercício profissional do Enfermeiro Especializado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, com base na filosofia dos cuidados da enfermagem pediátrica, evidenciando os cuidados centrados na família, com ênfase para as interações e a comunicação que lhe estão subjacentes, e que decorrem nos vários contextos onde a criança está inserida, incluindo o domicílio (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Na procura permanente da excelência do exercício profissional, o EEESIP deve, maximizar o bem-estar da criança, consistindo-se como elementos importantes, entre outros: a implementação de intervenções que contribuam para a promoção do autocuidado e para o aumento do bem-estar da criança/jovem, a implementação de intervenções que contribuam para a promoção de competências do RN, no âmbito do seu comportamento interativo, a implementação de intervenções que contribuam para a promoção do contacto físico dos pais com o RN, a implementação de intervenções que contribuam para a promoção da amamentação e a implementação de intervenções que contribuam para a promoção das competências parentais (Ibidem).

A escolha deste tema permite colmatar uma necessidade identificada e também se constitui numa oportunidade para desenvolver competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, na área da Prestação de Cuidados Especializados, assim como desenvolver as competências de mestre.

No domínio das competências comuns de Enfermeiro Especialista, considera-se que o este projeto permite o desenvolvimento de competências no domínio da melhoria da qualidade, nomeadamente as unidades de competência, “B1.1. Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade; B2.2. Planeia programas de melhoria contínua; B 2.3 Lidera programas de melhoria” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 6 e 7). As competências Especificas são igualmente desenvolvidas com este projeto, com o foco nas competências, “E1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” e as respetivas unidades de competência e a competência, “E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” e das unidades de competência “E3.1 – Promove o crescimento e o desenvolvimento Infantil e E3.2 – Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 3 e 5).

Este projeto permitiu-nos também desenvolver competências de Mestre, tendo em conta o carácter investigativo, assente numa metodologia científica de trabalho de projeto, na medida em que potencia a aplicação de conhecimentos, capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e contextos alargados, conforme o definido pelo Decreto-Lei nº 63/2016, para desenvolvimento das competências de mestre.

Depois de identificada e definida a problemática é necessário delinear os objetivos para se conseguir os resultados pretendidos, que serão apresentados no subcapítulo seguinte.

2.2.2 - Definição de Objetivos

Após a realização do diagnóstico da situação, cabe ao responsável do projeto, definir objetivos que se centrem na resolução do problema, apontando quais os resultados a alcançar. Estes deverão ser claros, precisos, exequíveis, mensuráveis, formulados em enunciado declarativo, em número reduzido e podem ter diferentes níveis, nomeadamente, gerais e específicos (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

Os objetivos gerais definem a principal intenção e orientação do projeto, identificando o que se pretende modificar. Os objetivos específicos devem ser definidos em termos operacionais, são mais concretos, precisos e exprimem o que queremos alcançar, refletindo as atividades a desenvolver (Mateus, 2011).

Na metodologia de projeto, o objetivo geral deve enunciar as intenções que descrevem os resultados esperados, enquanto os objetivos específicos “são indicadores de conhecimentos e aptidões que os formandos devem adquirir ao longo do seu processo formativo” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010 p.18).

Após a identificação e clarificação da problemática e com base na análise realizada no diagnóstico da situação, formulámos os objetivos que orientaram o projeto nas suas diferentes fases. Definimos como objetivo geral do Projeto de Estágio: Contribuir para a implementação da Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e Família, utentes da UCSP, até aos 15 dias de vida.

Definimos como objetivos específicos: Desenvolver conhecimentos, capacidades e habilidades relacionados com a Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e Família; Adquirir competências para a elaboração de um projeto ; Envolver a equipa de enfermagem da UCSP e UCC, na implementação da Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e Família; Promover a adesão das grávidas/pais, utentes da UCSP, à implementação da visita domiciliária de enfermagem ao recém-nascido e família; Elaborar o instrumento de registo de observação do Recém-nascido e das competências parentais, para utilizar como guião da Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e Família.

2.2.3 – Planeamento

O Planeamento é a terceira fase da metodologia de Projeto, em que é concebido um plano detalhado do mesmo, é a fase em que se faz uma análise dos recursos e limitações, são delineadas as atividades e as estratégias e é construído o cronograma de execução. É um processo flexível e interativo que determina as datas de início e de fim planeadas, para as atividades a desenvolver (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010). Assim, um bom planeamento previne as improvisações, arquiteta um caminho ou sequência e conjuga estratégias e recursos (Mateus, 2011).

Iremos neste capítulo, definir as atividades e as estratégias a implementar, para atingir os objetivos delineados, os indicadores de avaliação do projeto, apresentar o cronograma do mesmo e os procedimentos formais e éticos realizados na elaboração do projeto de estágio.

2.2.3.1 – Atividades, estratégias e meios

As atividades, estratégias e meios integram o planeamento e a sua escolha e utilização deve responder aos objetivos previamente definidos. “Por atividade entende-se o elemento de trabalho realizado no decurso de um projeto”, e “As estratégias referem-se à utilização dos meios definidos no planeamento” (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010, p. 20).

De acordo Miguel, referido por Ruivo, Ferrito e Nunes (2010, p.21), “os meios consistem “na determinação de quais os recursos – pessoa, equipamentos, materiais – necessários, e em que quantidades, para a realização das atividades do projeto”.

Posto isto, foi elaborada uma tabela onde são apresentadas as atividades e as estratégias a desenvolver para a concretização dos objetivos antes delineados. Para cada objetivo específico, foram delineadas atividades e estratégias a realizar, de forma a operacionalizar o projeto, identificando quais os recursos materiais e humanos para cada intervenção e que poderá ser observada na tabela nº1.

Tabela nº 1 - Planeamento das atividades, estratégias e recursos

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES E ESTRATÉGIAS	RECURSOS HUMANOS	RECURSOS MATERIAIS
Desenvolver conhecimentos, capacidades e habilidades relacionados com a visita domiciliária de enfermagem ao recém-nascido e família.	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas para enquadrar a temática. - Realização de revisão sistemática da literatura sobre o impacto da realização de VD ao RN e família na saúde e bem-estar das crianças e família. 	<ul style="list-style-type: none"> - Responsável do projeto; - Professora Orientadora. 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador.
Adquirir competências para a elaboração de um projeto.	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de estágio na UCEN. - Solicitação à enfermeira supervisora do estágio, para facultar esclarecimento sobre o projeto de VD ao RN pré-termo implementado pela unidade. - Realização de reunião com o enfermeiro chefe para solicitar autorização para consultar o projeto. - Observação do projeto de VD ao RN pré-termo. - Aquisição de competências para conceber, gerar e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Responsável do projeto. - Enfermeira Supervisora do Estágio. - Enfermeiro Chefe do Serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador.
Envolver a equipa de enfermagem da UCSP e da UCC, na implementação da visita domiciliária de enfermagem ao recém-nascido e família.	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de sessão de formação e apresentação do projeto à equipa de enfermagem de acordo com o plano de sessão (Apêndice IX). - Elaboração do questionário de avaliação da sessão. - Elaboração de ficha de referenciação das grávidas. - Solicitação de colaboração da equipa de enfermagem para a referenciação das grávidas através do preenchimento da ficha de referenciação e na divulgação do projeto através do fornecimento de folheto de divulgação da VD de Enfermagem ao RN e Família. - Solicitação de colaboração da EEESMO para divulgar o projeto, com a entrega do folheto, às grávidas, no decorrer das sessões de preparação para o parto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Responsável do projeto. - Enfermeira Supervisora do Estágio. - Equipa de Enfermagem da UCSP e UCC. - Professora Orientadora. 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador. - Projetor. - Papel. - Impressora. - Canetas. - Fotocopiadora. - Questionários de avaliação das sessões de formação. - Sala de reuniões.
Promover a adesão das grávidas/pais, utentes da UCSP, à implementação da visita domiciliária	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitação de colaboração da EEESMO para programar a Sessão de Esclarecimento das grávidas. - Realização de sessão de esclarecimento às grávidas, incluída no 	<ul style="list-style-type: none"> - Grávidas. - Responsável do projeto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador. - Projeto. - Papel. - Impressora. - Canetas.

de enfermagem ao recém-nascido e família.	<p>projeto de preparação para o parto de acordo, com o plano de sessão (Apêndice X).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboração do questionário de avaliação da sessão. - Elaboração de folheto de divulgação da VD de Enfermagem ao RN e Família. - Disseminação da informação sobre a VD, nas consultas de vigilância da gravidez e fornecimento do folheto, pelas enfermeiras de família. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira Supervisora do Estágio. - Equipa de Enfermagem da UCSP e UCC. - Professora Orientadora. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fotocopiadora. - Questionários de avaliação das sessões de formação. - Sala de reuniões.
Elaborar o instrumento de registo de observação do recém-nascido e das competências parentais, para utilizar como guião da visita domiciliária de enfermagem ao recém-nascido e família.	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas para fundamentar o guião. - Elaboração de guião para registo de dados da VD. - Elaboração do questionário de avaliação da VD. - Validação dos instrumentos de registo através de realização de VD. 	<ul style="list-style-type: none"> - Responsável do projeto. - Enfermeira Supervisora do Estágio. - Professora Orientadora. - RN e família. 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador. - Projetor. - Papel. - Impressora. - Fotocopiadora - Viatura para deslocação. -Balança portátil. - Material para realizar o diagnóstico precoce.

Os objetivos planeados e as atividades realizadas no decorrer do projeto, necessitam de ser avaliadas para verificar se o planeado foi atingido, pelo que, no subcapítulo seguinte, iremos apresentar os indicadores de avaliação do projeto.

2.2.3.2 - Indicadores de avaliação do projeto

De acordo com Ruivo, Ferrito e Nunes (2010, p.27), “podem ser usados vários instrumentos de avaliação para a definição e desenvolvimentos de Projetos”. As mesmas autoras referem ainda que, “a avaliação tem em vista a recolha de informação para ajudar na tomada de decisão ou apreciar a justiça das decisões tomadas. Assim os instrumentos devem permitir resultados para se atingir essa finalidade genérica da avaliação” (Ibidem).

Foram então definidos como indicadores de avaliação do projeto, a apresentação no relatório de estágio do resultado das atividades planeadas para atingir os objetivos específicos do projeto, nomeadamente, a apresentação da revisão sistemática realizada com o tema, Impacto da Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido/Lactente/Família: Revisão Sistemática, a apresentação dos diapositivos e os resultados dos questionários de avaliação da

sessão de apresentação do projeto à equipa de enfermagem, assim como da ação de sensibilização das grávidas, a apresentação da ficha de referenciação das grávidas e do folheto, assim como do instrumento de registo de observação do RN e das competências parentais para utilizar como guião da VD de enfermagem ao RN e família, com a respetiva validação em VD ao RN e família.

2.2.3.3 – Cronograma

O cronograma é a disposição gráfica do tempo que será despendido na realização do projeto, de acordo com as atividades a serem desenvolvidas, serve para auxiliar na gestão e controlo do projeto, possibilitando de forma rápida a visualização das suas fases (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

O cronograma foi construído numa fase inicial do trabalho de projeto e foi um instrumento importante na orientação do trabalho a realizar. De acordo com (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010), o desenvolvimento do cronograma do projeto pode ser um processo interativo, que pode estar sujeito a alterações, de acordo com os constrangimentos que possam surgir no decorrer do mesmo. Assim sendo, o desenvolvimento do cronograma pode apresentar-se como uma constante ao longo do projeto.

Neste caso, o cronograma do projeto sofreu apenas ligeiras alterações, tendo sido possível realizar as várias etapas de acordo com o planeado inicialmente (Apêndice XI).

2.2.3.4 - Procedimentos formais e éticos

A palavra Ética deriva da palavra grega *ethiké* e do latim *ethica* e significa, princípios morais por que um indivíduo rege a sua conduta pessoal ou profissional (Ética in Dicionário infopédia da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico [em linha], 2003-2018).

Serrão (2004, p.1), afirma que “O homem é um animal ético antes de ser um animal racional” e refere também que “a ética é uma categoria ou qualidade do cérebro humano que permite e que torna possível, a tomada de decisões individuais após análise e ponderação de valores”. No caso dos enfermeiros, o cumprimento das normas éticas foi assumido como

estatuto de uma norma deontológica, que as transforma em deveres profissionais, mas que por existir não deixa de ser exigido o consentimento informado, se o ato incidir sobre uma pessoa (Ibidem).

Cada pessoa tem direito à privacidade, confidencialidade de dados transmitidos ao enfermeiro e este deve garantir o direito ao sigilo profissional. Os princípios éticos referidos estão presentes na Deontologia Profissional da Enfermagem, consagrados como deveres de atuação profissional, tal como explanado no Regulamento Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), “No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE, 2015, p. 101).

Desta forma, para o desenvolvimento do projeto foi então necessário cumprir os requisitos legais exigidos para obter o apoio institucional da UE, tendo sido realizado e submetido para autorização, a proposta de projeto de estágio – Modelo T005, com o respetivo resumo, plano e cronograma do projeto de estágio e a declaração de aceitação do professor orientador, tendo sido também realizado o requerimento à comissão de ética da EU, para apreciação do projeto. O projeto foi devidamente aprovado pela respetiva comissão (Anexo I). Posteriormente foi solicitada autorização à coordenadora da UCSP, para implementar o projeto (Apêndice VIII), que foi devidamente autorizado.

Obtido o parecer favorável das entidades competentes, foi desenvolvido o projeto. No momento da entrega dos questionários foi explicado aos participantes do estudo os objetivos do mesmo e que a sua participação era voluntária, pelo que o preenchimento dos mesmos implicou o consentimento do participante em participar no estudo. De acordo com a norma da DGS nº 015/2013 de 03/10/2013 atualizada a 04/11/2015, “O consentimento informado, livre e esclarecido, pode ser expresso de forma verbal oral ou escrita e contém em si, duas noções indissociáveis, a de compreensão e autonomia” (Direção Geral de Saúde, 2015, p.5).

Os questionários utilizados, não continham nenhuma informação que pudesse levar à identificação objetiva dos enfermeiros ou das grávidas a que se referiam, por parte de terceiros, sendo garantido o anonimato dos dados recolhidos. Os questionários preenchidos foram de acesso exclusivo ao responsável do estudo.

As informações recolhidas e todo o processamento, tratamento e transmissão dos dados, tiveram em conta a privacidade de cada participante, utilizando o anonimato e confidencialidade, na abordagem a cada enfermeiro e a cada grávida.

Podemos concluir que todos os procedimentos éticos e deontológicos, na elaboração de projetos de investigação, foram cumpridos.

2.2.4 – Execução e Avaliação

A fase de execução da metodologia de projeto, põe em prática tudo o que foi planeado. Nesta fase é necessário a apresentação de dados, informações e documentos que validem o trabalho desenvolvido, dando resposta ao anteriormente planeado. Se ocorrerem alterações ao planeado, deverão ser realizadas medidas de recuperação, para que os objetivos do projeto não sejam comprometidos. A avaliação de um projeto ocorre em vários momentos, devendo ser intermédia, ou seja, realizada em simultâneo com a execução e a avaliação final, em que se verifica a consecução dos objetivos. Se os objetivos não forem atingidos, é necessário compreender os motivos que influenciaram a ausência da consecução dos mesmos (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

Norteados pelo anteriormente referido, faremos de seguida uma descrição das atividades desenvolvidas, para cada objetivo definido. Abordaremos também os recursos utilizados, os indicadores de avaliação e simultaneamente faremos a avaliação dos objetivos definidos.

Passamos então a enunciar os objetivos específicos delineados e quais as atividades executadas, de modo a concretizar cada um deles.

1º Objetivo Específico - Desenvolver conhecimentos, capacidades e habilidades relacionados com a visita domiciliária de enfermagem ao recém-nascido e família.

Para concretizar este objetivo foram planeadas as atividades, realização de pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas para enquadrar a temática e realização de revisão sistemática da literatura sobre o impacto da realização de VD ao RN e família na saúde e bem-estar das crianças e família. As duas atividades planeadas foram desenvolvidas e serão descritas de seguida, pelo que consideramos que o objetivo foi superado.

Fortin, Cotê e Filion (2009), dizem-nos que a revisão bibliográfica acompanha todo o percurso de uma investigação, desde a concetualização e definição do tema até à discussão dos resultados. Tendo como objetivo o desenvolvimento de conhecimentos, capacidades e habilidades relacionados com a VD de enfermagem ao RN e família, desenvolveu-se uma pesquisa exaustiva da literatura atual, que acompanhou todo o percurso formativo, envolvendo livros, revistas científicas, pesquisas efetuadas na internet em bases de dados Ebsco, Scielo e PubMed, de trabalhos e artigos científicos, utilizando como palavras chave, Visita Domiciliária, Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e Recém-nascido/Família.

No âmbito do estágio final, do Mestrado em Enfermagem em Associação, área de Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, foram consideradas duas componentes para avaliação, as competências clínicas e as competências de investigação, pelo que e dando resposta ao objetivo e à avaliação da referida unidade curricular e ao desenvolvimento das competências do EEESIP e de mestre, foi elaborado um artigo científico (Apêndice XII), que consistiu numa revisão sistemática da literatura com o tema, Impacto da Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido/Lactente/Família: Revisão Sistemática, que será proposto para publicação na revista Riase. A elaboração deste artigo obedeceu à metodologia de revisão do *Joanna Briggs Institute*, e teve como objetivo, identificar qual o impacto a curto e longo prazo, da visita domiciliária de enfermagem ao recém-nascido/lactente e família, na sua condição de saúde e bem-estar. Foram incluídos nesta revisão 11 artigos, estudos randomizados controlados, 7 experimental e 4 follow-up. As principais conclusões evidenciam que a visita domiciliária ao recém-nascido/lactente e família, realizada por enfermeiros, tem impacto positivo na saúde e bem-estar da criança e família a curto e longo prazo.

Para além das atividades planeadas, decidimos também participar em dois eventos científicos que decorreram, um durante o módulo A e outro durante módulo B do estágio final, ambos com apresentações de projetos de Visita Domiciliária ao RN e à criança com patologia crónica. Participámos no 1º Congresso Multiprofissional do Hospital Dona Estefânia (Anexo II), onde foram abordados vários temas bastante pertinentes na problemática dos cuidados à criança, quer na criança com necessidades especiais, mas também em contexto de CSP, tendo sido apresentado um projeto de Visita Domiciliária a ser desenvolvido por uma USF da região Lisboa e Vale do Tejo (Anexo III), pelo que podemos afirmar que a nossa participação foi uma mais valia para a aquisição de conhecimentos da problemática em estudo.

Participámos também no III Encontro Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa (Anexo IV), onde também foram desenvolvidas temáticas bastante enriquecedoras para o desenvolvimento das nossas competências, quer nos cuidados à criança, quer no desenvolvimento do nosso projeto, uma vez que foram apresentados vários projetos de Visita Domiciliária a RN e crianças, nos vários contextos, hospitalar e em CSP (Anexo V).

O percurso formativo realizado durante o mestrado, que culminou na realização do estágio final, acompanhado por toda a pesquisa realizada, foram determinantes no desenvolvimento das competências do EEESIP e de mestre, permitindo um aprofundamento do conhecimento em relação ao RN, em situação de especial complexidade e em contexto de vigilância e promoção da saúde, onde se enquadra a VD. Podemos concluir que realizámos um percurso assente no Modelo de Iniciado a Perito de Benner (2001), que define que o enfermeiro especialista deve deter conhecimentos técnicos, conseguir tomar decisões, comunicar de forma eficaz, ser flexível, responsável e criativo, ter espírito crítico e de iniciativa e ter uma conduta ética e deontológica.

Os recursos humanos e materiais planeados para a realização do objetivo, mantiveram-se os inicialmente propostos, ou seja, a responsável do projeto dinamizou toda a pesquisa com recurso ao computador, com a respetiva orientação da professora orientadora. Foram também utilizados como recursos materiais e que não estavam inicialmente planeados, livros em suporte papel, que foram uma fonte importante de recolha de informação para fundamentar a temática.

2º Objetivo Específico - Adquirir competências para a elaboração de um projeto.

Para concretizar este objetivo foram planeadas as atividades apresentadas na Tabela nº1. Todas as atividades planeadas foram desenvolvidas, sendo descritas de seguida, pelo que consideramos que o objetivo foi superado.

A realização do estágio na UCEN proporcionou o desenvolvimento de competências para a elaboração do projeto Visita Domiciliária de Enfermagem ao RN e Família, possibilitando através da análise do mesmo, ainda que realizado em RN prematuros, promover a aquisição de conhecimentos, para o desenvolvimento do nosso projeto, pelo que podemos concluir, que contribuiu para a recolha de material e aquisição de conhecimentos, para a elaboração do referido projeto de estágio.

Aquando da nossa chegada à UCEN, foram apresentados à Sr^a Enfermeira Supervisora Clínica do estágio, M. C. N., os objetivos de aprendizagem do mesmo, tendo também sido explicado o objetivo do nosso projeto, no sentido de solicitar esclarecimento sobre o desenvolvimento do projeto VD de Enfermagem ao RN pré-termo e quais as necessidades sentidas pela equipa para a iniciar a implementação do mesmo. Foi-nos informado pela Sr^a Enfermeira, que ela própria integra o grupo de Enfermeiros dinamizadores do projeto, o que tornou mais fácil a consecução desta atividade, foram realizados todos os esclarecimentos solicitados, que foram abordados sumariamente na análise de contexto. Foi igualmente realizada reunião com o Sr. ^o Enfermeiro Chefe da UCEN, também para apresentar os objetivos de aprendizagem do estágio e o objetivo do nosso projeto, no sentido de pedir autorização para consultar o documento escrito realizado para o projeto, e todos os instrumentos utilizados na execução do mesmo. Foi então possível realizar essa consulta, o que se revelou bastante útil para a estruturação do nosso projeto.

Foi possível verificar que com o projeto desenvolvido é pretendido, não só a realização de VD de Enfermagem ao RN pré-termo, mas também a articulação com os cuidados de saúde primários na realização da referida VD, sendo que os objetivos do projeto são: planejar a partilha de informação pertinente e em tempo real entre a enfermeira de neonatologia e a enfermeira de saúde infantil dos cuidados de saúde primários, permitindo a continuidade de cuidados ao RN de risco e família; Elaborar um guião de passagem de informação entre a UCEN e o CS que permita o planeamento do acompanhamento do RN de risco; Projetar a passagem de informação pertinente para dar continuidade aos cuidados e ao apoio ao RN de risco e família; Minimizar o stress causado pelo medo e insegurança dos pais na prestação de cuidados após a alta da UCEN; Aumentar a satisfação da família do RN; Melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem neonatais; Assegurar a continuidade de cuidados adequados às necessidades do RN prematuro; Promover as competências parentais nos cuidados do RN pré-termo no domicílio; Reduzir reinternamentos dos RN pré-termo e Promover a melhoria da satisfação da família/RN relativamente aos cuidados de saúde da UCEN.

As VD são planeadas e devidamente autorizadas pela família, através do consentimento informado, e é sempre tentada a articulação com a enfermeira do Centro de Saúde, não tendo sido fácil esta articulação, uma vez que quando há disponibilidade para realizar a VD, por parte da enfermeira da UCEN, nem sempre há disponibilidade por parte da Enfermeira do CS. Até ao momento só foi realizada uma VD conjunta e que se revelou, de acordo com a reflexão realizada pela equipa, num momento importante de partilha de informação sobre o RN e a família, com

as suas necessidades e especificidade, tal como dizem Azevedo e Sousa (2012), a qualidade e continuidade dos cuidados de enfermagem dependem da partilha de informação entre os diferentes contextos de saúde, Hospital e Centro de Saúde. Desta forma, e segundo Sousa, Frade e Mendonça (2005), a otimização da partilha de informação em tempo útil, entre o enfermeiro do internamento e o enfermeiro de cuidados de saúde primários, é tida como uma estratégia para a melhoria dos cuidados.

Importa também referir que os recursos humanos e materiais permaneceram inicialmente propostos, ou seja, a responsável do projeto articulou com a enfermeira Supervisora do Estágio e com Enfermeiro Chefe do Serviço para a consecução deste objetivo, utilizando o computador para realizar a pesquisa necessária.

3º Objetivo Específico - Envolver a equipa de enfermagem da UCSP e da UCC, na implementação da visita domiciliária de enfermagem ao recém-nascido e família.

Para concretizar este objetivo foram planeadas as atividades apresentadas na Tabela nº1 e serão esplanadas de seguida.

Depois de realizada a análise dos questionários de diagnóstico da situação, foram identificadas as necessidades sentidas pela equipa de enfermagem para implementar a VD de enfermagem ao RN e família, e de acordo com o objetivo supramencionado planeámos as atividades. Foi então identificado como necessário a realização de sessão de formação e apresentação do projeto à equipa de enfermagem, que foi planeada com a orientação da supervisora clínica e da professora orientadora, e apresentada de acordo com o plano de sessão (Apêndice IX).

A literatura corrente diz-nos que a formação por pares é considerada uma estratégia de formação que, quando aliada à formação em serviço, leva a ganhos em saúde, para os enfermeiros, para os utentes e para a instituição (Gonçalves, 2012). O mesmo autor citando Turner e Shepeer, refere que estes a consideram, como uma estratégia em que membros experientes de um determinado grupo, incentivam a mudança desejável no comportamento.

Como preparação da sessão foi elaborada uma apresentação, para servir de suporte para a mesma (Apêndice XIII), foi também elaborada a ficha de referência das grávidas (Apêndice XIV), para apresentar à equipa e foi elaborado o questionário de avaliação da sessão (Apêndice V), para aplicar no final da mesma, afim de perceber se os objetivos tinham sido

cumpridos. A sessão foi realizada no dia 21/11/2017, dando resposta ao planeado. No decorrer da sessão de formação foi apresentada à equipa de enfermagem a ficha de referenciação das grávidas e solicitado que realizassem a referida referenciação, através do preenchimento da mesma. Foi também solicitado que divulgassem o projeto, através do fornecimento de folheto de divulgação da VD de Enfermagem ao RN e Família. Por último, foi solicitada a colaboração da EEESMO para divulgar o projeto, com a entrega do folheto, às grávidas, no decorrer das sessões de preparação para o parto.

De acordo com o diagnóstico da situação, realizado pela equipa de enfermagem, na opinião da maioria dos profissionais, as unidades não dispõem dos recursos humanos e materiais necessários para a implementação da VD de Enfermagem ao RN e família. Como sugestão de melhoria pensamos que se tivesse sido feita uma abordagem inicial, acerca do que se estava a falar, os profissionais poderiam pensar e opinar acerca do que conhecem, uma vez que alguns elementos da equipa referiram desconhecer as implicações da implementação do projeto. Foi abordada a temática na sessão e delineadas estratégias para ultrapassar este constrangimento ao projeto proposto. Foram apresentados os recursos humanos e materiais necessários para o desenvolvimento do nosso projeto e com a colaboração da Enfermeira Supervisora, foi explicado que o projeto não implicaria a utilização de mais recursos da unidade, para além dos existentes no CS.

A estratégia delineada pelas unidades para dar resposta a esta necessidade identificada e dando seguimento ao contributo da nossa intervenção, foi realizar a articulação entre as duas unidades, sendo a VD de Enfermagem ao RN e Família realizada, sempre que possível, pela EEESIP da UCSP e a EEESMO da UCC, mas quando não for possível, será realizada apenas por uma, de acordo com a disponibilidade das unidades e as necessidades da família, e tendo em conta que na UCSP também exerce uma EEESMO, a realização da VD será mais facilitada, o que vai ao encontro do referido no parecer n.º 12 / 2011, da Ordem dos Enfermeiros (Ordem do Enfermeiros, 2011 a)).

Em relação aos recursos materiais necessários para realizar a VD, foi informado pela EEESMO que existe na UCC uma balança portátil e que o restante material existe na UCSP, nomeadamente o material para realizar o teste de diagnóstico precoce. Em relação ao transporte, a estratégia utilizada será realizar a articulação entre os dois carros do CS, um da UCSP e outro da UCC.

No final da sessão aplicámos o questionário de avaliação e os resultados podem ser observados no Gráfico nº 25 e no Gráfico nº 26.

Gráfico nº 25 - Avaliação geral da sessão sobre o projeto de estágio

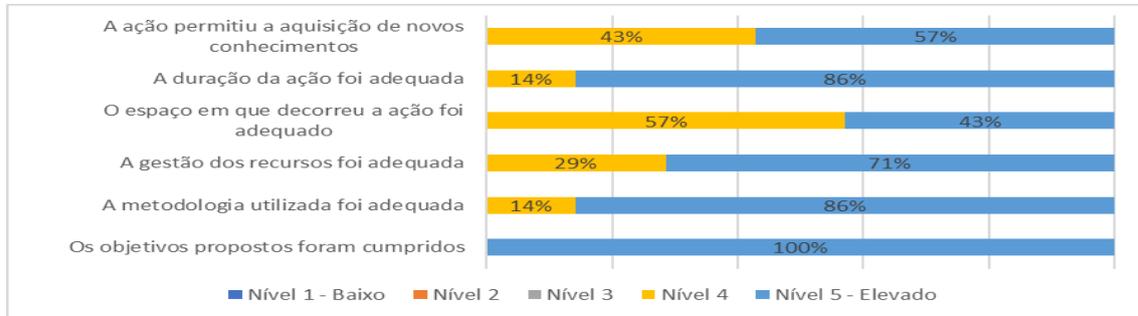
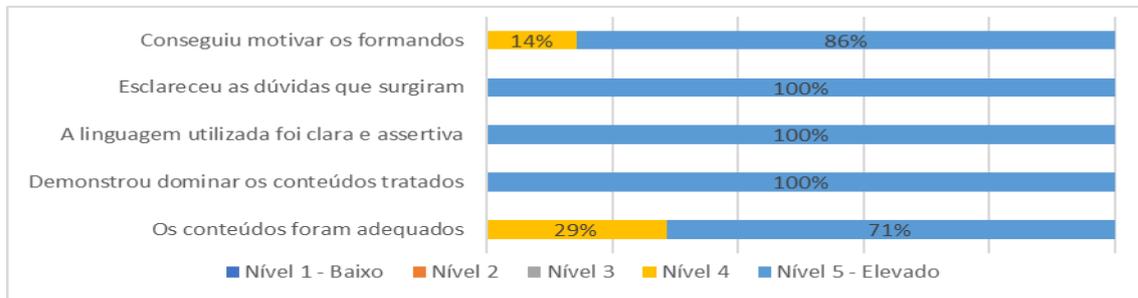


Gráfico nº 26 --Avaliação da formadora na sessão sobre o projeto de estágio



Da avaliação realizada, podemos concluir que os objetivos propostos para a sessão de formação e apresentação do projeto foram alcançados. Evidenciamos o item, a ação permitiu a aquisição de novos conhecimentos, em que 43%, o que equivale a 3 enfermeiros, avaliaram no nível 4, justificando que 2 enfermeiros são EEESMO e 1 enfermeiro é EEESIP, pelo que já detinham conhecimentos acrescidos na temática. Evidenciamos também os itens, o espaço em que decorreu a ação foi adequado e a gestão dos recursos foi adequada, em que a avaliação foi 57% (4 enfermeiros) e 29% (2 enfermeiros) no nível 4, respetivamente. Surgiu um constrangimento em relação à sala de reuniões que, em virtude de ter sido agendada uma reunião médica para esse mesmo dia, não se encontrava disponível, tendo sido necessário realizar noutro espaço, o que não permitiu realizar a gestão mais adequada do espaço e dos recursos, por a sala ser demasiado pequena e sem local apropriado para projetar a apresentação.

Realizando a análise às atividades desenvolvidas, concluímos que os recursos humanos permaneceram os inicialmente propostos, ou seja, articulamos com a enfermeira Supervisora

do Estágio, com a equipa de Enfermagem da UCSP e UCC e com a Professora Orientadora no desenvolvimento das atividades planeadas. Concluímos também que os recursos materiais planeados foram necessários para o desenvolvimento das atividades.

De acordo com o exposto, inferimos a consecução do objetivo proposto, tendo sido conseguido o envolvimento da equipa na implementação da visita domiciliária de enfermagem ao recém-nascido e família, nomeadamente através da referenciação das grávidas que foi realizada pelas enfermeiras de família e pela EEESMO, no decorrer do estágio, tal como solicitado na sessão de formação e apresentação do projeto. Há, no entanto, a ressaltar que a entrega do folheto às grávidas, não foi realizado, porque foi decidido pela equipa de enfermagem, que só iria acontecer quando estivessem reunidas todas as condições necessárias para realizar as VD pela equipa, que de acordo com o referido pela enfermeira supervisora, será quando forem alocados os enfermeiros ao CS, do concurso para a Administração Regional de Saúde do Alentejo, que se encontra a decorrer e se prevê que aconteça no primeiro trimestre de 2018.

4º Objetivo Específico - Promover a adesão das grávidas/pais, utentes da UCSP, à implementação da visita domiciliária de enfermagem ao recém-nascido e família.

Para concretizar este objetivo foram planeadas as atividades apresentadas na Tabela nº1, que serão descritas de seguida.

De acordo com o diagnóstico da situação realizado, as grávidas identificam como necessário a implementação da VD de enfermagem ao RN e família, importa, no entanto, promover a adesão das mesmas ao projeto e dotá-las dos conhecimentos necessários sobre a temática, por forma a ficarem mais capacitadas para efetivarem esta adesão.

A Carta de Ottawa (1986, p.1), define promoção de saúde como, "o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar". O mesmo documento identifica ainda três estratégias para a promoção da saúde, nomeadamente, advogar no sentido de criar condições essenciais para a saúde, capacitar as pessoas no sentido da procura da equidade em saúde e mediar no sentido de haver uma ação coordenada entre todos os intervenientes neste processo. "Aos grupos profissionais e sociais e aos profissionais da saúde incumbe a maior responsabilidade na mediação dos diferentes interesses da sociedade na prossecução da saúde" (Carta de Ottawa, 1986, p. 2).

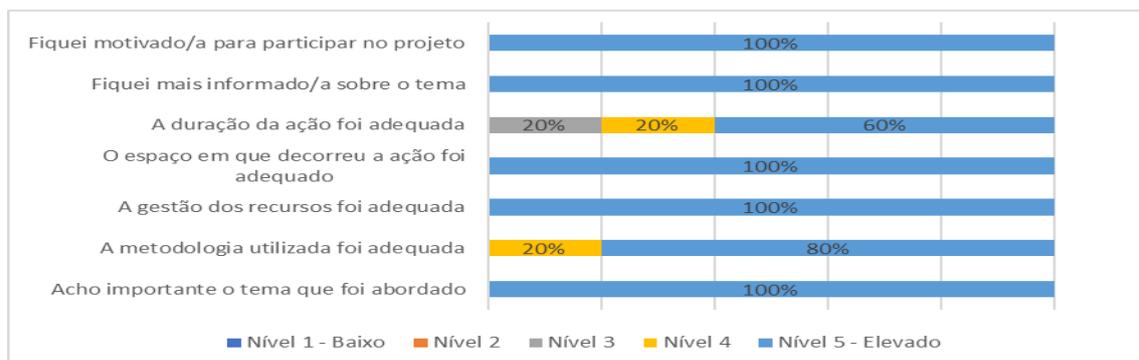
Para tal foi realizada reunião com a presença da Enfermeira Supervisora e da EEESMO e solicitada a colaboração da EEESMO, para programar uma Sessão de Esclarecimento das grávidas sobre o projeto, a realizar no contexto do Curso de preparação para o nascimento e parentalidade. Foi então agendada sessão para o dia 28/11/2017, a realizar em horário pós-laboral. A sessão foi planeada com a orientação da supervisora clínica e da professora orientadora, e apresentada de acordo com o plano de sessão (Apêndice X).

Como preparação da sessão, foi elaborado o questionário de avaliação da sessão (Apêndice XV), para aplicar no final da mesma, afim de perceber se os objetivos foram cumpridos, foi elaborada uma apresentação para servir de suporte para a mesma (Apêndice XVI) e o folheto para divulgar a VD (Apêndice XVII). O folheto foi redigido de acordo com a estratégia definida pela equipa de envolver a EEESIP e as 2 EEESMO, na dinamização do projeto do CS.

A sessão decorreu como planeado, mas só foi possível a presença de 5 grávidas, em virtude de nem todas frequentarem o curso de preparação para o nascimento e a Parentalidade, duas delas se encontrarem internadas no momento em que foi realizada a sessão e ainda porque algumas das grávidas que foram incluídas na amostra, não tinham ainda sido incluídas no grupo da Preparação, devido à idade gestacional ser inferior ao estipulado pelo projeto da unidade, que é cerca de 30 semanas de gravidez, para iniciarem a frequência do curso. A estratégia abordada para ultrapassar este constrangimento encontrado, foi realizar a abordagem individualmente, aquando da presença das grávidas no CS, para realizarem a consulta de vigilância da gravidez.

As grávidas presentes na sessão, demonstraram-se muito interessadas e motivadas a aderir à implementação da VD ao RN e Família. No final da sessão aplicámos o questionário de avaliação e os resultados podem ser observados no Gráfico nº 27.

Gráfico nº 27 - Avaliação da sessão de esclarecimento das grávidas



Da avaliação realizada, podemos concluir que os objetivos propostos para a sessão de esclarecimentos foram alcançados. Evidenciamos o item, a duração da ação foi adequada, em que houve avaliação de 20% no nível 3, e nível 4, o que equivale a 2 grávidas, realçando que foi acrescentado um comentário a justificar esta avaliação, onde afirmam que “avalio a duração da sessão mais baixo, porque gostava que tivesse durado mais tempo, porque estas informações nunca são demais”. Face ao exposto, concluímos que apesar de a adesão à sessão de esclarecimento das grávidas, não ter correspondido ao inicialmente programado, conseguimos colmatar esse constrangimento, na abordagem pessoal que foi realizada no decorrer do estágio. Importa referir que a intervenção da Enfermeira supervisora do estágio e os restantes membros da equipa foi muito importante, uma vez que ao realizarem a consulta de vigilância da gravidez, verificavam sempre se a grávida já tinha conhecimento do projeto e realizavam a respetiva referenciação, para poder ser realizado o esclarecimento. Há a referir também, que apesar de ter sido planeado a entrega do folheto às grávidas, esta atividade não foi realizada, pelas razões esplanadas anteriormente.

Realizando a análise às atividades desenvolvidas, concluímos que os recursos humanos e os materiais planeados foram os utilizados para o desenvolvimento das atividades realizadas.

5º Objetivo Específico - Elaborar o instrumento de registo de observação do recém-nascido e das competências parentais, para utilizar como guião da visita domiciliária de enfermagem ao recém-nascido e família.

Para a consecução deste objetivo foram planeadas as atividades apresentadas na Tabela nº 1, que serão descritas de seguida.

A necessidade da elaboração de instrumentos de registo de observação do recém-nascido e das competências parentais, para utilizar como guião da visita domiciliária de enfermagem ao recém-nascido e família, foi identificada pela equipa no diagnóstico da situação. A OE, nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, também nos diz que é importante a existência de um sistema de registos em enfermagem, que contemple as necessidades de cuidados de enfermagem do utente, as intervenções de enfermagem e os resultados obtidos das intervenções (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Na VD a recolha de dados é essencial para assegurar a continuidade dos cuidados e a existência de um guião, essencial para utilizar como linha orientadora (Rice, 2004).

Tendo em conta o anteriormente referido e no sentido de responder ao planeado, foi realizada pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas para fundamentar o Guião, que adiante chamaremos de Check List. Foi então decidido utilizar como referência para elaboração da Check List, as orientações emanadas pela DGS para a observação do RN, das competências parentais e os cuidados antecipatórios, ou seja, o Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e foram utilizadas as intervenções de enfermagem retiradas da Versão 2.6 do programa SClínico (DGS, 2017a)). Tendo em conta a importância da avaliação da família na prestação de cuidados ao RN, foram também incluídos na Check List, os instrumentos de avaliação da família, baseado no modelo Calgary (Wright & Leahey, 2012). Foi utilizada a linguagem CIPE, na elaboração da Check List, que tal como referido na CIPE versão 2015 (p,15), “dá um contributo significativo para obtenção de dados sobre a prestação de cuidados de saúde. Sendo uma terminologia padronizada, a CIPE consegue gerar dados fiáveis e válidos acerca do trabalho de Enfermagem”. A Check List foi elaborada, com orientação da professora orientadora e da enfermeira supervisora do Estágio (Apêndice XVIII).

Para que pudéssemos validar a Check List, planeámos a realização de VD. Foi também elaborado o questionário de avaliação da VD, para poder aplicar no final das mesmas, a fim de realizar a respetiva avaliação (Apêndice XIX).

Tendo em conta que todos os trabalhos têm definido um horizonte temporal, para a sua execução e implicam a determinação de limites, de modo a cumprir os prazos estipulados, só foi possível planear a realização das visitas domiciliárias, para validação do instrumento de registo de dados.

De acordo com o diagnóstico da situação, cinco das grávidas tinham a data provável do parto no decorrer do estágio, mas só foram realizadas duas VD. Em duas das situações possíveis, as VD não foram realizadas, porque o planeamento das mesmas era para o mês de janeiro, e os partos ocorreram em dezembro e a outra situação justifica-se pela impossibilidade de conjugar a VD com os dias em que estivemos no local de estágio.

Foi então possível realizar duas VD, em que validámos a Check List, tendo a mesma sido revista de acordo com as alterações identificadas na realização dos registos efetuados. As VD foram realizadas com a supervisão da enfermeira supervisora e foram uma mais valia no nosso trajeto de estágio, pois foi possível aplicar a prática de toda a pesquisa realizada no decorrer do estágio final.

A primeira VD realizada foi planeada depois de um primeiro contacto efetuado no CS, tendo sido solicitado à família autorização para realizar a VD, nesse mesmo dia à tarde, tendo a mesma autorizado. Como o Teste de Diagnóstico Precoce e a pesagem do RN foram executados no CS, na VD realizámos o aconselhamento em aleitamento materno e todas as avaliações referentes ao ambiente familiar, nomeadamente, as condições socioeconómicas e habitacionais da família, o apoio familiar, as condições de manutenção de um ambiente seguro para o RN, e também a avaliação da vinculação com a mãe e o pai, que se encontrava presente. Pudemos verificar que como já tinha existido um primeiro contacto com a família, nesse mesmo dia, na VD acabámos por repetir muita informação, não sendo este um método muito eficaz para realizar as VD.

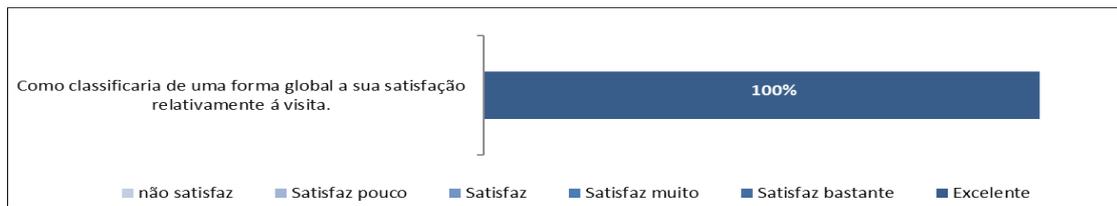
Na segunda VD realizámos toda a abordagem necessária para realizar a VD, desde o planeamento, com o contacto telefónico para agendar a mesma, a abordagem inicial no domicílio, com a apresentação à puérpera e família presente, passando de seguida à realização das intervenções, com a pesagem do RN (onde aproveitámos para realizar a avaliação do RN), o Teste de Diagnóstico Precoce (e os respetivos ensinos) e no entanto fomos falando com a família para avaliar os antecedentes de saúde da criança e família, estado de imunização, sono, desenvolvimento, ambiente doméstico, vigilância de saúde, recursos familiares, conhecimento dos pais e relacionamento mãe/filho. Efetuámos também o aconselhamento em aleitamento materno, tendo sido avaliada a mamada. Pudemos ainda identificar o risco da criança, com base nos resultados das avaliações realizadas. Foram ainda esclarecidas todas as dúvidas colocadas pela família e programado o próximo contacto com articulação de consulta médica a realizar no CS.

No final das VD foi solicitado às puérperas que fizessem a avaliação da mesma, e os resultados podem ser observados no gráfico nº 28, e no gráfico nº 29.

Gráfico nº 28 - Avaliação da VD ao RN e família – Parte 1



Gráfico nº 29 - Avaliação da VD ao RN e família – Parte 2



Da avaliação realizada podemos concluir que os objetivos propostos para as VD foram alcançados. Evidenciamos os itens, o horário da visita foi o mais adequado para si e a realização da visita domiciliária ao seu filho até aos 15 dias de vida, foi uma atividade importante, em que as puérperas realizaram a avaliação mais baixa que os outros itens, ressaltamos o anteriormente referido em relação ao horário da primeira VD realizada, que pode justificar esta avaliação.

Analisando as atividades desenvolvidas, concluímos que os recursos humanos e os materiais planeados foram os utilizados para o desenvolvimento das atividades realizadas e de acordo com o exposto, podemos concluir que o objetivo foi atingido.

2.2.5 – Avaliação Final do Projeto e Implicações para a Prática

De acordo com Ruivo, Ferrito e Nunes (2010), a avaliação de um projeto, deve acontecer em dois momentos. A avaliação intermédia, realizada em simultâneo com a execução do projeto, e a avaliação final do mesmo, com a avaliação do processo. A mesmas autoras (2010, p. 26), referem ainda que “no final do projeto, a avaliação tem um papel preponderante. Esta avaliação deve ser globalizante, ou seja, deve avaliar o produto final.

Consideramos que o projeto desenvolvido, foi um vetor de mudança, para a maximização da saúde e do bem-estar ao RN e família, contribuindo para que futuramente os enfermeiros da UCSP e da UCC desenvolvam a visita domiciliária, dando resposta à linha de investigação, necessidades em cuidados de enfermagem em populações específicas, ou seja, contribuimos para a implementação da necessidade de cuidados, visita domiciliária de enfermagem à população específica, RN e família.

Em síntese, podemos afirmar que o projeto de estágio, visita domiciliária de enfermagem ao Recém-nascido e família: Um contributo para o bem-estar e maximização da saúde, permitiu atingir todos os objetivos a que nos propusemos, ou seja, desenvolver

conhecimentos, capacidades e habilidades relacionados com a visita domiciliária de enfermagem ao recém-nascido e família; Adquirir competências para elaboração de projeto; Envolver a equipa de enfermagem da UCSP e da UCC, na implementação da visita domiciliária de enfermagem ao recém-nascido e família; Promover a adesão das grávidas/pais, utentes da UCSP, à visita domiciliária de enfermagem ao recém-nascido e família e elaborar o instrumento de registo de observação do recém-nascido e das competências parentais, para utilizar como guião da visita domiciliária de enfermagem ao recém-nascido e família.

Os trabalhos de projeto pela sua dinâmica e carácter prático, centrados em problemas reais, permitem prever uma mudança e produzir implicações para a prática no domínio a que se reportam. A metodologia de projeto está ligada à investigação e centra-se na resolução de problemas (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

Consequentemente serão apresentadas as mais-valias deste projeto de estágio, para a prática da enfermagem e para a melhoria do bem-estar da população-alvo destes cuidados e para os profissionais envolvidos. Pretendeu-se com o desenvolvimento deste projeto constituir como ponto de partida para futuras investigações, que promovam a prática de Visita Domiciliária ao RN e Família, prestando bons cuidados ao RN, numa relação de parceria com a família, promovendo a aquisição de competências parentais, com vista ao exercício pleno da parentalidade, traduzindo a médio e longo prazo, ganhos em saúde. Pensamos que seria importante a realização de futuros estudos de investigação, para avaliar os benefícios da implementação da VD para a saúde e bem-estar do RN e família.

A investigação em enfermagem é basilar, na medida em que promove o desenvolvimento da profissão e contribui para a prestação de cuidados seguros. Pode ser definida como, “um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades (...) O conhecimento adquirido pela investigação em enfermagem é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2006, p.1).

Este projeto teve como finalidade promover a melhoria contínua na qualidade dos cuidados prestados ao RN e família, contribuindo assim para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida das puérperas, recém-nascidos e respetivas famílias. Está em consonância com as orientações da DGS que recomendam a VD à puérpera e ao recém-nascido, nos primeiros

dias após a alta hospitalar (DGS, 2013). A pesquisa bibliográfica demonstrou que é uma prática bastante disseminada por todo o mundo, baseada em evidência científica, no entanto, não é uma prática universal no nosso país, que não se encontra bem documentada, por normas que normalizem a sua implementação.

As implicações a nível pessoal e profissional do desenvolvimento do projeto, enquanto enfermeiros a exercer funções numa USF e como futuros EEESIP, foram o desenvolvimento de competências para replicar e implementar o mesmo, no sentido de colmatar necessidades já identificadas, contribuindo para o bem-estar e a maximização da saúde do RN/Família, utentes da Unidade de Saúde onde exercemos funções.

Concluimos que a concretização do projeto de estágio, utilizando a metodologia científica, numa lógica de melhoria contínua, centrada na conceção, gestão e implementação de boas práticas, respeitando os aspetos éticos e deontológicos, realçando o valor do exercício autónomo da profissão, foi essencial para a sustentação das Competências Comuns, Específicas e de Mestre, do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica, que serão especificadas e refletidas no capítulo seguinte.

3 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

De acordo com Boterf (2003), a competência não é inata, adquire-se e desenvolve-se, sendo melhorada ao longo do tempo e na ação.

Sousa (2013, p.2), também nos diz que a “competência não é um estado ou um conhecimento possuído, não se reduz só a um saber, nem a um saber fazer, mas no saber utiliza-la com eficácia e eficiência”.

Ainda de acordo com Boterf (2003), não existe competência sem ser na ação, e a mesma conjuga-se em três domínios, o sujeito com a sua história e a socialização, a situação profissional e a formação profissional. Um profissional competente deve ter um conjunto de recursos (conhecimentos, capacidades cognitivas, capacidades relacionais), mas para ser considerado competente tem sempre que expressar-se na ação. As várias competências que o profissional deve ter são: saber agir, saber mobilizar recursos, saber comunicar, saber aprender, saber envolver-se, saber assumir responsabilidade e ter visão estratégica.

De acordo com o supramencionado, concluímos que é o desenvolvimento de competências que permite um exercício profissional de excelência, sendo por isso importante investir no desenvolvimento de competências comuns e específicas, no processo de formação dos enfermeiros.

A Ordem dos Enfermeiros (2015, p.10087), define as competências do enfermeiro como “um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção”.

Define também que as competências do enfermeiro podem ser acrescidas e de acordo com o Regulamento n.º 556/2017, podem ser definidas como competências acrescidas diferenciadas e acrescidas avançadas. Ao enfermeiro especialista compete aprofundar as competências acrescidas, mas também desenvolver competências acrescidas avançadas. As competências acrescidas avançadas são definidas como,

“conhecimentos, habilidades e atitudes que dão resposta às necessidades, nos diversos domínios de intervenção, acrescentando, às competências do enfermeiro especialista, a perícia fruto da

complexidade permanente dos conhecimentos, práticas e contextos numa área de intervenção avançada, potenciando a promoção da qualidade da intervenção do enfermeiro especialista” (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p.23636).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, o Enfermeiro Especialista,

“é 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” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.2),

que decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais.

Benner (2001), diz-nos que o processo de aquisição de competências requer a reflexão das aprendizagens que a prática (know-how) proporciona, associando os saberes da prática à teoria (conhecimento cognitivo), sem descurar o comportamento ético. A mesma autora refere ainda que a experiência e o domínio levam à transformação da competência e, dessa mudança, surge o aperfeiçoamento da conduta.

Neste capítulo pretendemos fazer uma reflexão sobre a aquisição das competências comuns e específicas e as competências de mestre do EEESIP, analisando o percurso ao longo do Mestrado em Enfermagem em Associação, área de especialização Saúde Infantil e Pediátrica, evidenciando o realizado no âmbito do Projeto de Estágio, assim como o contributo das atividades desenvolvidas nos dois módulos do estágio final. Tendo em conta que o estágio 1, incluído no plano de estudos do curso de mestrado, foi-nos acreditado, iremos também refletir sobre as competências previamente adquiridas, que fundamentam a acreditação.

3.1 – Competências Previamente Adquiridas

A Ordem dos Enfermeiros define o processo formativo dos enfermeiros como,

“o percurso de desenvolvimento e aprendizagem decorrente da formação, formal e informal, relevantes no percurso profissional do enfermeiro e do enfermeiro especialista. Identifica-se com as ideias de percurso, de trajetória profissional que inclui a formação profissional continuada, a

ação e a experiência. Os princípios subjacentes ao processo apoiam-se nos saberes e competências adquiridas, em articulação com os projetos pessoais e profissionais, rentabilizando as aprendizagens efetuadas e dando ênfase à capacitação profissional” (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p.23636).

Face ao exposto e tendo em conta o nosso trajeto profissional, importa refletir sobre as competências específicas do EEESIP, previamente adquiridas e que refletem o projeto pessoal e profissional desenvolvido na área de Saúde Infantil e Pediátrica, mas também as competências comuns do enfermeiro especialista.

No exercer da nossa atividade profissional, desenvolvemos competências ao nível da prestação de cuidados, formação, gestão e investigação, pelo que consideramos previamente adquiridas algumas das competências comuns e específicas do EEESIP. Salientamos, no entanto, que todas as oportunidades de formação são momentos únicos de aprendizagem e de desenvolvimento, pelo que mesmo as competências já adquiridas foram reforçadas com o contacto com novas realidades, de prática clínica.

O nosso percurso profissional, passou por cuidados de enfermagem, no âmbito da prestação de cuidados em puerpério e em cuidados de saúde primários, designadamente numa UCSP e numa USF, onde atualmente desempenhamos funções.

Os cuidados de enfermagem desenvolvidos no serviço de Obstetrícia, permitiram desenvolver competências específicas do EEESIP, nomeadamente, nos cuidados imediatos a prestar ao RN, na promoção da parentalidade, na identificação das competências do RN, na promoção do vínculo, na promoção da amamentação, e no estabelecimento de parceria de cuidados com a família, por forma a envolver os pais na prestação de cuidados do RN, pelo que consideramos ter desenvolvido a Unidade de Competência “E3.2- Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais” (Ordem dos Enfermeiros, 2010 a), p. 5). Foram também prestados cuidados em RN com instabilidade das funções vitais, com necessidade de recurso a suporte avançado de vida neonatal, em colaboração com o pediatra, pelo que também consideramos ter desenvolvido a unidade de competência “E2.1 – Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados” (Ordem dos Enfermeiros, 2010 a), p. 4).

Os cuidados de enfermagem desenvolvidos na UCSP e USF permitiram desenvolver competências específicas do EEESIP, concretamente a competência “E1- Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” e a competência “E3- Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Ordem dos Enfermeiros, 2010 a), p. 3 e 5). As atividades desenvolvidas para a consecução destas competências prendem-se com o desenvolvimento da consulta de vigilância de saúde infantil e pediátrica, de acordo com a norma 010/2013, do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013), da implementação plano nacional de vacinação de acordo com a norma nº 016/2016 de 16/12/2016 atualizada a 31/07/2017 (DGS, 2016) e das atividades desenvolvidas enquanto conselheiros em aleitamento materno.

A experiência e responsabilidade adquirida ao longo da permanência no serviço de Obstetrícia, da UCSP e da USF, permitiu-nos desenvolver competências comuns do Enfermeiro Especialista, no domínio da gestão de cuidados. Na Obstetrícia podemos assumir funções de responsável de turno e Substituição da Enfermeira Chefe, e na UCSP/USF fomos designados como responsáveis pela vacinação, nomeados para substituir a enfermeira chefe, nas ausências da mesma e para corresponsável pela reposição de stocks de material de consumo clínico e farmácia através do sistema Ekaban e também por termos sido nomeados júri do período experimental, como 1º vogal efetivo, relativo a um contrato de trabalho celebrado com uma enfermeira, que iniciou funções na nossa unidade de saúde.

Face ao exposto, concluímos ter desenvolvido previamente as competências do domínio da gestão de cuidados, “C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e os seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional”, “C2- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização dos cuidados” e “C2.1- Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 9). Enquanto responsáveis pelo serviço, na ausência da enfermeira chefe, somos responsáveis pela gestão a todos os níveis de uma unidade de saúde, desde a prestação de cuidados, à manutenção das instalações, materiais e equipamentos e à gestão do risco, pelo que consideramos a competência do domínio da melhoria da qualidade “B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro” e as respetivas unidades de competência, como previamente adquiridas” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 7).

No decorrer do nosso percurso profissional, fomos também envolvidos em projetos de melhoria contínua, nomeadamente o projeto cantinho da amamentação em que somos

corresponsáveis, o projeto de candidatura da nossa unidade de saúde, a USF modelo A e o projeto de visita domiciliária ao RN e família, que somos responsáveis e que se encontra em fase de implementação. Os projetos são monitorizados e avaliados através de indicadores de desempenho anualmente. Assim sendo, inferimos a aquisição das competências, “B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, e “B2 – Concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 6), e as respetivas unidades de competência, com a realização das atividades supramencionadas.

Ao longo do nosso trajeto profissional, objetivámos a excelência do exercício profissional, mantendo uma atitude reflexiva constante e procurando desenvolver formação formal ou informal, participando ativamente na formação em serviço e formação contínua. Investimos muito na formação na área de Saúde Infantil e Pediátrica, tal como pode ser observado no Currículo Vitae. Posto isto, pensamos ter desenvolvido competências comuns do enfermeiro especialista, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, “D1- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” e “D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 10).

Ressalvamos também a precetoria de alunos de enfermagem e a integração de novos elementos na equipa, que no decurso do nosso percurso foi possível realizar, tendo em conta a experiência adquirida ao longo dos anos, o que nos leva a concluir que a competência “D2.1- Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área de especialidade” (Ibidem), foi previamente adquirida.

A prática baseada na evidência assume-se como um pilar transversal à nossa atividade profissional, pelo que realizámos sempre que necessário pesquisa bibliográfica de forma a basear a tomada de decisão no conhecimento científico. Da mesma forma, disponibilizámos e comunicámos à equipa os resultados da nossa pesquisa, por meio da formação em serviço, bem como na promoção da reflexão sobre a prática. Como responsáveis pela vacinação, toda a pesquisa de atualização das normas e procedimentos que surgem sobre a temática, são da nossa responsabilidade, assim como a disseminação pela equipa multidisciplinar e a avaliação do PNV, que é solicitada pela Unidade de Saúde Pública, pelo que consideramos previamente adquiridas, as competências, “D2.2- Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área de especialidade” e “D2.3- Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e

procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 10).

Concluimos que as competências previamente adquiridas na nossa trajetória profissional, que incluem a formação profissional contínua, a ação e a experiência, foram um contributo importante para o nosso processo formativo e que as competências adquiridas durante o mestrado em enfermagem, área de especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, em articulação com os projetos pessoais e profissionais, serão uma mais valia para a nossa capacitação profissional, enquanto Mestres e Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

3.2 – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

A Ordem dos Enfermeiros define as competências comuns como, “as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 3).

A descrição e reflexão sobre as competências comuns do enfermeiro especialista adquiridas, serão realizadas de seguida, refletindo o disposto pela OE, no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2010), e de acordo com o referido regulamento, as competências comuns são definidas em 4 domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados e aprendizagens profissionais.

As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal são: “A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção e A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 4 e 5).

O desenvolvimento desta competência pautou-se pela demonstração da tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada, nomeadamente, na parceria

de cuidados desenvolvidos com as famílias na prestação de cuidados aos RN pré-termo e nas consultas de vigilância de saúde infantil, sendo identificados os problemas e delineadas as estratégias, com base na reflexão do conhecimento e da experiência. Pautou-se também pela participação na tomada de decisão das equipas, com a discussão da prática especializada na tomada de decisão ética e de acordo com o código deontológico, e a adequação das práticas de cuidados, que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade da pessoa.

Suportámos a decisão da nossa atuação em princípios, valores e normas deontológicas, liderando e avaliando, de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na nossa área de especialidade e prestámos cuidados promovendo a proteção dos direitos humanos e as responsabilidades da profissão. As decisões e a prestação de cuidados foram realizados tendo em conta a defesa do REPE, que rege a nossa profissão, a defesa dos valores, deveres e direitos, defendidos no Código deontológico do enfermeiro, e ainda, seguindo os princípios básicos da ética, indo ao encontro do referido no REPE “No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE, 2015, p. 101).

Ao longo de todo o estágio, os princípios éticos inerentes a uma boa prática profissional e à investigação em Enfermagem, foram manifestos, tendo sido norteados pelo princípio da autonomia (da profissão e respeitando a autonomia do cliente), da beneficência, da não maleficência, da justiça e da vulnerabilidade. Consideramos também que tivemos sempre como alicerce da nossa conduta e nos cuidados prestados, o cumprimento do disposto no código deontológico dos enfermeiros, quer nos artigos relacionados com a prestação direta de cuidados, como também nos artigos referentes à excelência do exercício e aos deveres com a profissão.

A nossa atuação pautou-se pelo cumprimento do disposto no artigo nº78 do código deontológico, ou seja, as intervenções de enfermagem foram realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa e do enfermeiro. Foram também utilizados os valores universais, igualdade, liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum, verdade e justiça, altruísmo e solidariedade e competência e aperfeiçoamento profissional, na relação estabelecida com a equipe multidisciplinar dos serviços onde estagiámos e com os utentes a quem prestámos cuidados. Foram igualmente utilizados como princípios orientadores da nossa atividade, o disposto no ponto 3 do referido

artigo do REPE, nomeadamente, a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade, o respeito pelos direitos humanos na relação com os utentes e a excelência do exercício na profissão e na relação com os outros profissionais.

Durante o estágio e o desenvolvimento do PE, foram vários os momentos em que os princípios éticos e as normas deontológicas estiveram presentes, nomeadamente nos pedidos de autorização realizados para o desenvolvimento do projeto e também na informação realizada à equipa de enfermagem do CS e às grávidas sobre o projeto de VD ao RN e família, para a aplicação do questionário de diagnóstico e o conseqüente consentimento informado. Evidenciamos que o projeto desenvolvido dá cumprimento ao disposto na alínea a) do artigo 80º do REPE, ou seja, identificámos as necessidades da população e da comunidade onde estivemos inseridos.

Atuámos sempre no sentido de acautelar a segurança, a privacidade e a dignidade do utente, como por exemplo na prestação de cuidados aos RN pré-termo e RN em contexto de vigilância de saúde, acautelando o risco de queda e nas consultas de vigilância de saúde do adolescente, em que foi acautelado o direito à privacidade, com a solicitação aos pais para que a consulta pudesse ser realizada sem a sua presença.

As competências do domínio da Melhoria Contínua da Qualidade são: “B1- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, B.2 - Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade e B.3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 6 e 7).

O domínio desta competência já tinha sido previamente adquirido no trajeto profissional desenvolvido tendo, no entanto, sido aprofundado no decorrer do estágio final, com a realização do PE, utilizando a metodologia científica de projeto em todas as suas fases.

Com a realização do PE, contribuímos para a melhoria dos cuidados prestados, respondendo ao estabelecido no art.º 76 do código deontológico, “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2005, p. 35).

O projeto desenvolvido contribuiu para o desenvolvimento de aptidões nas famílias, para a prestação de cuidados ao RN, em aspetos relacionados com o bem-estar social e da saúde da vida diária, tal como recomendado pelo REPE. Os cuidados prestados na comunidade, mesmo que prestados a indivíduos ou grupos específicos, são fundamentais para o exercício da enfermagem, uma vez que os mesmos se repercutem na comunidade (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE, 2015).

As diferentes etapas da metodologia de projeto, permitiram-nos, o aprofundamento das competências, “B2- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria da qualidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 6), e as respetivas unidades de competência, com a realização do diagnóstico de situação, elaboração do planeamento, execução e avaliação do PE.

Na liderança do PE, identificámos oportunidades, estabelecemos prioridades, selecionámos estratégias de melhoria, e construímos um referencial de boas práticas, com a elaboração Check List, para realizar os registos da VD ao RN e família.

A elaboração da Check list, responde ao padrão de qualidade de organização dos cuidados de enfermagem, nomeadamente, a “existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente” (OE, 2001, p.18).

Ao longo do estágio observámos, refletimos e discutimos com as supervisoras clínicas e os restantes elementos das equipas, sobre os principais pressupostos necessários à criação e manutenção de um ambiente seguro para as crianças, para a sua família e para a equipa, como por exemplo, na prestação de cuidados a crianças de outras culturas, respeitando a identidade cultural e na abordagem dos cuidados antecipatórios, relativamente à manutenção do ambiente seguro, nas várias fases do desenvolvimento das crianças, realizado nas consultas de vigilância de Saúde Infantil. Nas VD realizadas foram delineadas estratégias em parceria com as famílias, para a manutenção do ambiente seguro para os RN.

No domínio da Gestão dos Cuidados, as competências são: “C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional e C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 7 e 9). Tal como referido no capítulo anterior, consideramos que estas competências foram previamente

adquiridas, pois realizamos frequentemente, como responsáveis pelo serviço, na ausência da chefe, a liderança e gestão de cuidados, otimizando as respostas da equipa de enfermagem e a articulação com a equipa multiprofissional, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados realizados.

A realização dos estágios e do projeto permitiu-nos aprofundar as competências deste domínio, uma vez que tivemos que adequar as estratégias de implementação do PE, por forma a favorecer a melhor resposta por parte da equipa. Fomentámos um ambiente positivo no seio da equipa de enfermagem, de forma a motivá-la para a introdução da mudança e melhoria dos cuidados prestados, nomeadamente na implementação da VD ao RN e família.

Maximizámos o resultado do processo de cuidar, ao nível da tomada de decisão, promovendo um ambiente gerador de segurança e proteção da criança/jovem e família, nos dois contextos onde realizámos estágio.

Realçamos também o facto de no estágio realizado na UCEN, a nossa enfermeira supervisora ser chefe de equipa, sendo também possível desenvolver as competências neste domínio, onde por delegação, gerimos o trabalho de equipa, apropriando os recursos existentes às necessidades de cuidados, como por exemplo na elaboração do plano de trabalho.

No domínio das aprendizagens profissionais as competências são: “D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade e D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 9 e 10).

Neste domínio, fomentámos o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, desenvolvemos uma praxis clínica especializada, baseada em padrões de conhecimento assentes na prática baseada na evidência. Desenvolvemos este domínio ao longo de todo o percurso do curso de mestrado, que culminou com a realização do estágio final, em dois contextos clínicos, e também com a elaboração do presente relatório, que permitiu refletir acerca das aprendizagens, potenciando o desenvolvimento da autoconsciência e do autoconhecimento, pela reflexão, análise e diagnóstico do nosso percurso enquanto pessoa e enfermeiro.

O percurso realizado ao longo dos estágios permitiu-nos identificar uma necessidade de cuidados, fundamentar a pertinência do mesmo baseado na evidência científica, com recurso à

metodologia de investigação e evidência (revisão sistemática da literatura realizada com base na evidência), (Apêndice XII), e adaptá-lo ao contexto através do desenvolvimento do PE.

Pudemos também desenvolver o autoconhecimento sobre a VD ao RN e família e na área dos cuidados ao RN com necessidades especiais, nos vários contextos onde está inserido, através da participação no 1º Congresso Multiprofissional do Hospital Dona Estefânia (Anexo II) e no III Encontro Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa (Anexo IV).

Durante o estágio realizado na UCEN, pudemos desenvolver o autoconhecimento sobre um projeto de VD ao RN pré-termo e família, em desenvolvimento na unidade, e também colaborar na avaliação do mesmo, contribuindo para a investigação sobre a temática, nomeadamente, através do trabalho de pesquisa realizado sobre os RN alvo de VD e a recorrência ao serviço de Urgência (Apêndice I).

Enquanto elementos facilitadores das aprendizagens, em contexto de trabalho, identificámos necessidades formativas quer com os profissionais, como com os utentes e desenvolvemos formação em contexto de trabalho (Apêndice IV, XIII e XVI), contribuindo assim para a melhoria dos cuidados prestados.

O PE desenvolvido teve como objetivo intervir sobre a necessidade de implementar a VD ao RN e família, utilizando a metodologia de trabalho de projeto, centrada na investigação-ação (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010), o que nos permitiu desenvolver competências nesta área. Proporcionou-nos o desenvolvimento de intensa pesquisa sobre a temática, no que respeita a orientações nacionais e internacionais, assumindo-se como um projeto promotor de boas práticas.

A enfermagem como profissão exige a renovação dos conhecimentos adquiridos durante a formação base e/ou especializada, surgindo a formação em serviço como uma estratégia de atualização em contexto de trabalho de forma dinâmica. Os formadores em serviço em enfermagem desempenham “...um papel relevante na promoção da saúde global da comunidade, no desenvolvimento equilibrada e multidisciplinar, contribuindo para a melhoria da prestação de cuidados e satisfação dos utentes” (Dias, 2014 p.14).

No decorrer do estágio realizado no CS, pudemos também participar como formandos, numa ação de formação em serviço, com o tema “Síndrome Nefrótico”. Esta ação de formação foi desenvolvida no âmbito de uma parceria estabelecida com o hospital de referência do CS, na

área da Saúde Infantil e Pediátrica, sendo apresentada por pediatras. Foi um momento enriquecedor na aquisição e reflexão de conhecimento sobre a temática, uma vez que para além do desenvolvimento teórico da mesma, foram também apresentados e discutidos casos clínicos, permitindo o desenvolvimento da capacidade para diagnosticar necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem.

Importa também referir que toda a prática de cuidados de enfermagem especializados desenvolvida nos estágios realizados, foi fundamentada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, revistos e adquiridos no decorrer da formação realizada e que foi refletida e confrontada com a evidência.

3.3 – Competências Específicas do Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

As competências específicas de EEESIP foram desenvolvidas nos diferentes contextos, utilizando como linha norteadora da nossa ação, o modelo conceptual do especialista em enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, que de acordo com a Ordem dos Enfermeiros é “centrado na criança e família, encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados” e no trabalho em parceria, seja qual for o contexto em que a(o) criança/jovem se encontravam (Ordem dos Enfermeiros, 2010a), p1).

De acordo com os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem, definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2011), a missão do EEESIP é prestar cuidados de nível avançado, com segurança e competência à criança /jovem, saudável ou doente, proporcionar educação para a saúde, assim como identificar e mobilizar recursos de apoio à família/pessoa significativa. Tem como propósito o trabalho em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que a mesma se encontre, hospitais, centros de saúde, escola, comunidade, instituições de acolhimento, cuidados continuados e casa, de forma a promover o mais elevado de estado de saúde possível, sendo isso espelhado no nosso percurso, através dos locais de estágio selecionados.

A descrição e reflexão sobre as competências específicas do EEESIP adquiridas, serão realizadas de seguida de acordo com os contextos em que decorreram os estágios e refletindo

o disposto pela OE, no Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2010 a)).

O EEESIP deve focalizar a sua atenção na minimização dos efeitos danosos causados pelas transições pelas quais a criança e família passam, nomeadamente a hospitalização, tentando encontrar formas de minimizar o seu sofrimento, promovendo a adaptação (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

O estágio realizado na UCEN contribuiu para constatar que o período de hospitalização do bebé na UCEN é uma fase crítica da família, geradora de grande ansiedade nos pais. Carneiro, Alves, Ferreira e Gomes (2009, p. 54), referem que “para os Pais o internamento de um filho prematuro causa uma “tempestade psíquica”, na qual o bebé idealizado não corresponde ao bebé na incubadora. Estes Pais, também eles prematuros, sentem-se muitas vezes perdidos e incompletos [...]”. Os mesmos autores referem ainda que, a separação física causada pelo internamento, dificulta o estabelecimento do vínculo entre a mãe e o prematuro. As estratégias para facilitar o estabelecimento deste vínculo, devem ser o livre acesso à UCEN, a participação progressiva dos pais nos cuidados, mesmo enquanto o bebé estiver na incubadora, desenvolvendo o modelo de Parceria dos Cuidados e a disponibilidade para informar/formar os pais, acerca das competências do filho.

Estas estratégias são conseguidas e dependem também da relação desenvolvida com os enfermeiros, bem como da comunicação eficaz entre os mesmos, sendo importante esta relação na vivência da experiência de hospitalização. Pudemos verificar que os enfermeiros e os pais, apreciam bastante a relação estabelecida entre si, pois para além dos cuidados realizados ao RN em parceria, e do esclarecimento das dúvidas, observámos e participámos em vários momentos de partilha de experiências vividas e momentos de descontração, envolvendo os profissionais, mas também os outros pais presentes.

O enfermeiro preocupa-se em conhecer os pais e as suas vivências, em conversar com eles, em os aconselhar e os escutar. Os pais abordam os enfermeiros, expondo as suas dúvidas, pedindo conselhos e ouvindo os mesmos. Ou seja, é necessário que se crie um ambiente familiar, que se ofereça condições ideais para os pais estarem com os seus filhos. Se os pais se sentirem à vontade, estiverem informados e forem estimulados a participarem ativamente no cuidado do RN, adquirem um sentimento de controlo sobre a situação, melhorando a sua identificação parental (Wigert, Berg, & Hellstrom, 2009).

O EEESIP, no domínio das suas funções, deve promover a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais, avaliando a parentalidade e promovendo o comportamento interativo, de acordo com as competências do RN, utilizando estratégias de esperança realista, de promoção do contacto físico pais/RN, promovendo a amamentação e negociando o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN (Ordem dos Enfermeiros, 2010 a)). Consideramos que adquirimos e desenvolvemos esta competência, prestando cuidados de enfermagem, assentes no modelo de Enfermagem de Anne Casey, sendo que a parceria de cuidados em neonatologia é essencial para a capacitação dos pais para cuidar do RN no domicílio. Nesta parceria de cuidados, os pais também são alvo de cuidados, pois é necessário prepará-los para cuidar do seu bebé, promovendo a vinculação pais/bebé, utilizando estratégias de gestão da ansiedade, proporcionando novas aprendizagens e capacitando-os para o exercício da parentalidade.

Ao EEESIP compete cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade. No decorrer do nosso estágio na UCEN, foi-nos possível prestar cuidados de enfermagem especializados, a RN pré-termo, mas também a RN com instabilidade nas funções vitais e risco de morte, como por exemplo, um RN com aspiração de líquido amniótico no parto, em que foi necessário colocar o BIPAP (Dispositivo de pressão biníveis das vias aéreas), dando resposta à unidade de competência “E2.1- Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta de enfermagem apropriados” (Ordem dos Enfermeiros, 2010 a), p. 4).

Pudemos também fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar do RN, dando resposta à unidade de competência “E2.2 – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e do jovem, otimizando as respostas” (Ibidem), com a administração de solução oral de glicose associado à sucção não nutritiva, durante punções venosas e durante punções de calcanhar, sendo a eficácia deste método evidenciado por uma revisão sistemática da literatura realizada por Marcatto, Tavares e Yerkes (2011).

Tivemos igualmente a oportunidade de garantir a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor, num caso de um RN com Síndrome de Abstinência, em que foi necessário proceder à administração de morfina, realizar a avaliação da Escala de Finnegan e utilizar as medidas não farmacológicas e controlo da dor, sendo elas a promoção do aleitamento materno, a manutenção de um ambiente neutro (luz e ruído) e da postura organizada do RN, a alimentação em pequenos volumes, na ausência da mãe e o manuseamento mínimo do RN.

No decorrer do estágio foi-nos possível prestar cuidados, dando respostas a uma doença rara, num caso de um RN com síndrome metabólica não especificada em estudo, tendo sido possível colaborar nas colheitas de sangue solicitadas e na transferência do RN para uma Unidade de Saúde mais diferenciada, dando resposta à unidade de Competência “E2.3 – Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados” (Ordem dos Enfermeiros, 2010 a), p. 4).

Ao EEESIP cabe “providenciar cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência” (Ibidem). Pudemos desenvolver esta competência, promovendo o método canguru em RN pré-termo, que se encontravam hemodinamicamente estáveis. Este método também chamado contacto pele a pele, permite ao RN e seus pais uma maior interação, favorecendo o desenvolvimento do vínculo afetivo e proporcionando uma maior confiança e competência dos pais no cuidado ao seu filho (Nyqvist, 2010). Para além disso, o recurso ao Método Canguru, proporciona ao RN pré-termo inúmeros benefícios tais como, a estabilidade hemodinâmica, incluindo regulação térmica, maior estabilidade da frequência cardiorrespiratória e saturação de oxigénio, estimulação do aleitamento materno, maior ganho ponderal e efeito calmante com organização dos estados comportamentais (Barbosa, 2013).

Verificámos que a autonomia dos pais, é um processo que se desenvolve ao longo da estadia do RN na UCEN e se prolonga até à alta hospitalar. A alta hospitalar poderá gerar, momentos de insegurança e incerteza, pois a responsabilidade de cuidar passa a ser exclusiva dos pais e não será dividida com os enfermeiros. Observámos que a preparação para a alta se inicia no momento da admissão do RN, sendo realizada a capacitação dos pais para cuidar do bebé, a articulação com outros profissionais, se necessário, a avaliação das condições da criança e família para a alta, dando suporte à mesma, para cuidar do bebé. As estratégias utilizadas pela equipa de enfermagem, para capacitar e dar suporte aos pais para o cuidado ao RN são, para além da relação de parceria estabelecida diariamente, a realização de sessões de esclarecimento com temas selecionados pelos pais, com uma frequência semanal, a criação de um Blog onde os pais podem ter acesso a vários assuntos sobre o RN internado na Neonatologia e onde podem também colocar dúvidas, que serão respondidas por um profissional da equipa de enfermagem, e o desenvolvimento do projeto de Os cuidados ao RN após a alta- Fases I – Referenciação e II – Visita Domiciliária.

No decorrer do estágio realizámos as atividades anteriormente referidas pelo que, podemos concluir que a competência, assiste a criança/família na maximização da sua saúde, também foi desenvolvida no estágio realizado na UCEN, uma vez que tendo em conta a dependência do RN e a autonomização necessária do binómio Criança/família, estabelecemos uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, adequando a gestão do regime terapêutico e a parentalidade (Ordem dos Enfermeiros, 2010 a)).

Concluída a reflexão sobre as competências desenvolvidas e adquiridas na UCEN, passaremos de seguida à reflexão das mesmas, no decorrer do estágio realizado no CS, designadamente na UCSP e UCC, onde realizámos 3 turnos de observação e onde pudemos adquirir e aperfeiçoar as competências específicas do EEESIP previamente adquiridas, na nossa atividade profissional.

O acesso à saúde é um direito da criança tal como consta no artigo 24 da Convenção dos Direitos das Crianças, ponto 1:

“Os Estados Partes reconhecem à criança o direito a gozar do melhor estado de saúde possível e a beneficiar de serviços médicos e de reeducação. Os Estados Partes velam pela garantia de que nenhuma criança seja privada do direito de acesso a tais serviços de saúde” (UNICEF, 1989, p.18).

A realização regular de consultas de vigilância ao longo de toda a infância e adolescência, é recomendada, pois é nos primeiros anos de vida que se devem instituir hábitos de vida saudáveis. É por isso importante, que nesta fase, se adotem medidas que possam prevenir e/ou detetar precocemente qualquer problema de saúde (Amaral & Melão, 2016).

Este é um direito consagrado na convenção dos direitos das crianças, artigo 24 ponto 2:

“Os Estados Partes prosseguem a realização integral deste direito e, nomeadamente, tomam medidas adequadas para: b) Assegurar a assistência médica e os cuidados de saúde necessários a todas as crianças, enfatizando o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários; e) Assegurar que todos os grupos da população, nomeadamente os pais e as crianças, sejam informados, tenham acesso e sejam apoiados na utilização de conhecimentos básicos sobre a saúde e a nutrição da criança, as vantagens do aleitamento materno, a higiene e a salubridade do ambiente, bem como a prevenção de acidentes” (UNICEF, 1989, p.17 e 18).

Os enfermeiros constituem o grupo profissional com maior relevância na garantia do acesso da população, a cuidados de saúde de qualidade. Na Saúde Infantil, os enfermeiros têm um papel categórico na educação e aconselhamento dos pais. É da sua competência avaliar o

estado de saúde, crescimento e nível de desenvolvimento da criança, através das consultas de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2010 b)).

No âmbito das consultas de enfermagem de Saúde Infantil, assistimos a criança/jovem e família na maximização da sua saúde, implementando e gerindo, em parceria com a família, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem e prestámos cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. Negociámos a participação da Criança/jovem no processo de cuidar, comunicámos com a criança/jovem utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente, evidenciando uma consulta realizada a uma criança Islandesa de 4 anos acompanhada pela mãe, em que tivemos que comunicar em Inglês e adequar os cuidados às necessidades apresentadas, pela criança e pela mãe.

Promovemos o crescimento e o desenvolvimento infantil, demonstrando conhecimentos e avaliando o crescimento da criança e do jovem. Desenvolvemos cuidados antecipatórios, proporcionando conhecimento e aprendizagem direcionados a cada criança e sua família, tendo sempre em consideração as necessidades manifestadas e a fase de desenvolvimento da criança, procurando sensibilizar os pais ou cuidadores para o risco de violência, as consequências e prevenção, facilitando a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança.

Promovemos a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde, facilitando a comunicação, reforçando a sua imagem, favorecendo a adoção de comportamentos saudáveis e a tomada de decisão responsável, negociando um contrato de saúde com o adolescente. Foi bastante enriquecedor desenvolver uma consulta com os adolescentes, onde realizámos a entrevista, de acordo com o definido pela OE nos Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, sendo o adolescente o protagonista da solução para os seus problemas, tendo sido desenvolvida uma relação de parceria, respeitando as suas capacidades, opiniões, sentimentos e competências (Ordem dos Enfermeiros, 2010 b)).

Para além das consultas integradas de vigilância em saúde infantil, realizámos também consultas de enfermagem autónomas, em contexto de vigilância do RN no primeiro mês de vida, que tal como nos dizem Beck, Ganges, Goldman e Long (2004), a primeira semana e o primeiro

mês de vida do recém-nascido são períodos de risco e por isso necessitam de vigilância apertada. Foram realizados contactos semanais com a família, onde foi realizado a vigilância do estado de saúde do RN, a promoção da parentalidade e da vinculação e o aconselhamento em aleitamento materno, de acordo com a competência, promove a vinculação de forma sistemática, principalmente no caso do RN.

No decorrer destas consultas, pudemos diagnosticar precocemente e intervir nas doenças comuns e nas situações de risco, que podem afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da Criança/jovem, como por exemplo, na identificação de conjuntivites e de candidíase oral em RN, tendo sido implementadas as respostas de enfermagem apropriadas e realizado o encaminhado para o médico. Pudemos ainda participar na identificação de um caso, diagnosticado como uma situação de negligência de uma família, na prestação de cuidados a um lactente, em que foi notificado o NACJR (composto pela Assistente Social, EEESMO da UCC e médico da UCSP), que acompanhou e avaliou a situação e referenciou à CPCJ, para proceder à aplicação e ao acompanhamento de medidas de promoção e proteção da criança.

Nas atividades desenvolvidas, no âmbito do cumprimento do programa nacional de vacinação, evidenciamos a preocupação que tivemos em implementar estratégias minimizadoras da experiência de dor. A Ordem dos Enfermeiros, diz-nos que compete aos EEESIP, a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e a aplicação de conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Assim, durante os cuidados prestados na vacinação das crianças, aplicámos conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.

No primeiro ano de vida a técnica que elegemos foi a amamentação e a sucção não nutritiva. Nas crianças com idade superior a 2 anos, utilizámos o relaxamento, mais concretamente a respiração profunda, que é de fácil compreensão e pode ser rapidamente aplicada, utilizámos também a distração (contar histórias, cantar, ver filmes, com brinquedos) e a imaginação guiada, onde levamos a criança a concentrar-se intensamente numa imagem mental do seu agrado. Para as crianças com mais de 5 anos também utilizámos a preparação, ou seja, antes do procedimento, fornecemos informação sobre o procedimento (o que se iria passar) e sensorial (que sensações poderiam ocorrer), a fim de ajudar a criança a criar uma expectativa realista. Em todos os procedimentos realizados, promovemos a presença e o contacto com alguém significativo para a criança, proporcionando conforto, realizando assim o suporte emocional. A utilização de intervenções não farmacológicas permite modificar o

significado da dor, a sua utilização proporciona uma reestruturação cognitiva, direcionada às cognições, expectativas, avaliações e construções, que acompanham a experiência de dor, modificando as cognições responsáveis pelas reações de medo, depressão e ansiedade (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Tivemos oportunidade, de acordo com as atividades desenvolvidas pela UCC, de participar numa reunião da Equipa Local de Intervenção Precoce na Infância (IPI), onde estão presentes todos os técnicos que a constituem, dando resposta ao decreto lei nº 278/2009, que criou o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). O SNIPI tem como objetivos: a) assegurar às crianças a proteção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades, através de ações de IPI em todo o território nacional; b) detetar e sinalizar todas as crianças com risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo ou risco grave de atraso de desenvolvimento; c) intervir, após a deteção e sinalização nos termos da alínea anterior, em função das necessidades do contexto familiar de cada criança elegível, de modo a prevenir ou reduzir os riscos de atraso no desenvolvimento; d) apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas da segurança social, da saúde e da educação; e) envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social (DGS, 2009).

Pensamos que seria uma mais valia a participação de uma EEESIP na reunião, pelas competências acrescidas na avaliação e cuidados a prestar às crianças e nos contributos que poderia dar para a discussão dos casos clínicos, tal como defende a Ordem dos Enfermeiros, no parecer Nº 9/ 2018, afirmando que, “tendo por base as competências específicas inerentes às funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, é inequívoco que os enfermeiros que integrem as Equipas Locais de Intervenção, devem ser especialistas em Saúde Infantil e pediátrica, pois, são estes que detêm os conhecimentos e as competências específicas necessárias, para em conjunto com a equipa multidisciplinar cuidarem dos problemas de Saúde das crianças integradas no SNIPI” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 2).

No entanto, e uma vez que esta atividade é desenvolvida pela UCC, é uma enfermeira da UCC que participa na referida reunião e não havendo EEESIP na equipa, não é possível. Foi bastante enriquecedor a nossa participação nesta reunião, pudemos perceber como conseguir estabelecer e manter redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades especiais, apoiar a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e

educativas especiais e trabalhar em parceria com agentes da comunidade, no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde.

A intervenção em programas de saúde escolar também é desenvolvida pela UCC, em articulação com o agrupamento de escolas, sendo a estratégia utilizada, para o planeamento dos conteúdos a desenvolver, a realização de uma reunião mensal, onde estão presentes a enfermeira da UCC e os professores que integram o grupo. Não nos foi possível participar nesta reunião, em virtude de não coincidir com os dias que fomos a estágio, mas refletimos com a enfermeira a quem está delegada esta tarefa, sobre a mais valia do programa e a falta de recursos humanos, para fazer cumprir o que consta no Despacho n.º 12.045/2006 (2.ª série), que aprovou o Programa Nacional de Saúde Escolar e mais uma vez pensamos que seria uma mais valia a intervenção do EEESIP, pelas competências especializadas acrescidas na área.

Realizámos uma tarde de observação na CPCJ, onde tivemos oportunidade de assistir a um atendimento realizado a um pai, pela presidente da comissão, de perceber o funcionamento da mesma, os parceiros que a constituem e o trabalho desenvolvido na proteção das crianças. De acordo com a Lei nº 147/99 de 1 de setembro com as alterações impostas pelo Decreto-Lei n.º 139/2017 de 10 de novembro, Artigo 12, ponto 1 — As comissões de proteção de crianças e jovens, são instituições oficiais não judiciárias com autonomia funcional, que visam promover os direitos da criança e do jovem e prevenir ou pôr termo a situações suscetíveis de afetar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral. A nossa passagem pela CPCJ, permitiu adquirir competências para, assistir a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos, identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico e identificar situações de risco para a criança e jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2010 a)).

No estágio realizado no CS, aprofundámos conhecimentos, desenvolvemos competências clínicas, que se encontram inscritas no regulamento de competências do EEESIP, definidas pela Ordem dos Enfermeiros e refletimos sobre a ação, mas também desenvolvemos o nosso PE, o qual também contribuiu para desenvolver as competências específicas do EEESIP, assiste a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde e presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, tendo em conta que com as VD ao RN e família pretende-se implementar e gerir um plano de saúde em parceria com a família, promotor da Parentalidade, diagnosticar precocemente situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida do RN,

promover o crescimento, o desenvolvimento infantil e a vinculação pais/RN, comunicando com a família de forma apropriada.

3.4 – Competências de Mestre

De acordo com o Decreto-Lei 74/2006 de 25 de março sujeito às alterações, do Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, que regulamenta o regime jurídico dos graus académicos e dos diplomas do ensino superior e o Regulamento do Curso de Mestrado em Associação (2016, p.4), “o grau de mestre deve assegurar, predominantemente, a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional, mas também um nível aprofundado de conhecimento científico de natureza teórica e prática e das suas aplicações na área de estudo, dirigido à compreensão e resolução de problemas em situações novas e em contextos alargados e multidisciplinares, proporcionando uma sólida formação cultural e técnica e uma aprendizagem ao longo da vida.”

Deste modo, todo o percurso realizado visou a aquisição das competências de especialista do EEESIP, e também as competências de mestre, sendo que, e de acordo com o decreto-lei referido anteriormente, Artigo nº15, o grau de mestre é conferido aos que demonstrem:

1 - “Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que, sustentando-se nos conhecimentos obtidos no 1º ciclo os desenvolva e aprofunde e permitam e constituam a base de desenvolvimento e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação.”

2 - “Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a área de estudo.”

3 - “Ter capacidade de integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.”

4 - “Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.”

5 - “Ter competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (Decreto-Lei nº 63/2016, p.3174).

Analisando as competências atribuídas ao detentor do grau de Mestre, concluímos que estas tocam necessariamente as do Enfermeiro Especialista, pelo que podemos afirmar que a prática profissional, o desenvolvimento dos estágios, do projeto de estágio e o aporte teórico das UC do Curso de Mestrado, foram fundamentais para a aquisição das mesmas.

Dando resposta aos objetivos de avaliação das várias Unidades Curriculares do curso de mestrado, pudemos desenvolver e aprofundar conhecimentos na área de especialização Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, estando esse conhecimento sustentado pelo curso de Bacharelato e Complemento de Formação em Enfermagem. Toda a pesquisa realizada no âmbito dos estágios e do projeto, contribui para aprofundar conhecimentos e constituir a base para a elaboração de um artigo de revisão sistemática intitulado, “Impacto da Visita domiciliária de Enfermagem ao recém-nascido/lactente/família: uma revisão sistemática da literatura”, dando resposta à primeira competência de mestre. O referido artigo irá ser proposto para publicação e permitirá enquanto futuros mestre, comunicar as conclusões da investigação realizada, os conhecimentos e os raciocínios subjacentes. Pensamos que a elaboração do presente relatório, também contribui para sermos capaz de comunicar as conclusões do trabalho desenvolvido durante o estágio, os conhecimentos e raciocínios a ele subjacente, e dar resposta à quarta competência de mestre.

O desenvolvimento do projeto de estágio, com recurso à metodologia de trabalho de projeto, visou contribuir para a Implementação da Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e Família, até aos 15 dias de vida, numa UCSP. Após o diagnóstico da situação, foi identificada a necessidade do cuidado de Enfermagem, Visita Domiciliária de Enfermagem na população RN e família pelo que, assente no pressuposto da investigação ação, e seguindo a linha de investigação “Necessidades em Cuidados de Enfermagem em populações específicas”, desenvolvemos o projeto de estágio que permitiu desenvolver competências de mestre, relativamente à construção de uma base de conhecimento, em contexto de investigação. Ao longo do desenvolvimento do projeto, aprofundámos os saberes relacionados com o processo

de investigação, métodos e técnicas de recolha de dados, processamento e tratamento de dados e discussão dos resultados obtidos. Pudemos diagnosticar, planear, executar e avaliar.

“No processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.12), pelo que o desenvolvimento do projeto permitiu relacionar o percurso académico com o percurso profissional, uma vez que o mesmo será replicado na unidade onde exercemos funções. Podemos concluir que o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, no domínio da melhoria da qualidade e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, contribuiu para o desenvolvimento da primeira competência de mestre.

A realização dos estágios permitiu experienciar situações novas e não familiares, quer no estágio realizado na UCEN, assim como na UCSP e na UCC, onde pudemos aplicar os nossos conhecimentos, a capacidade de compreensão e de resolução de problemas. Prestámos cuidados ao RN e família em situações de especial complexidade, colaborámos na avaliação do projeto de VD ao RN pré-termo da UCEN, identificámos a necessidade de implementação da VD ao RN e família, em que foram planeadas e executadas atividades, que acreditamos terem contribuído para a resolução do problema/necessidade de cuidados, realização de VD ao RN e família numa UCSP. Pensamos que a participação na reunião da IPI e da CPCJ, permitiu desenvolver competências para saber aplicar os nossos conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de estudo.

Para o desenvolvimento da segunda competência de mestre, foram essenciais o desenvolvimento das competências comuns no domínio da melhoria da qualidade e da gestão dos cuidados, mas também as competências específicas do EEESIP, assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo da vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2010 a)).

A complexidade dos cuidados de enfermagem prestados à criança/jovem e família, que impõe a prática reflexiva sobre as responsabilidades éticas e socioculturais, contribuíram para o desenvolvimento da terceira competência de mestre. Consideramos que ao longo do estágio tivemos sempre como alicerce da conduta e dos cuidados prestados, o cumprimento do disposto

no código deontológico dos enfermeiros, no que respeita à prestação direta de cuidados, à excelência do exercício e aos deveres para com a profissão, desenvolvendo uma prática profissional e ética e promovendo práticas de cuidados que respeitaram os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. No projeto de estágio desenvolvido, foram acautelados todos os requisitos legais exigidos para o desenvolvimento do mesmo. Podemos concluir que o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, foram essenciais para o desenvolvimento da terceira competência de mestre.

Considerando que a aquisição de competências de mestre foi um processo contínuo, para o qual contribuí-o todo o percurso de aprendizagens realizadas no nosso percurso profissional, aprofundado no curso de mestrado e que o mesmo foi realizado baseado numa procura intensa e autónoma pelo conhecimento e pela mais recente evidencia científica, procurando dar contributos para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à criança, jovem e família, podemos concluir que desenvolvemos competências que nos permitem realizar aprendizagens ao longo da vida de forma autónoma, demonstrando a detenção da quinta competência de mestre.

É consensual que todos os que exercem uma determinada profissão devem atualizar e desenvolver um conjunto de conhecimentos específicos que lhes confirmam competências que permitem o exercício. O enfermeiro tem o dever de manter ininterruptamente um elevado profissionalismo e uma performance de excelência (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

Concluimos que com a realização deste mestrado, conseguimos aprofundar a excelência nos cuidados de enfermagem prestados à criança/jovem família, através do desenvolvimento de competências especializadas e de mestre.

4 – CONCLUSÃO

Sendo esperado que o mestre, possua conhecimentos e capacidade de compreensão, desenvolvendo e aprofundando os mesmos, que os saiba aplicar em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, integrando-os para lidar com questões complexas, realizando uma aprendizagem ao longo da vida, e que seja capaz de comunicar as suas conclusões, a execução do presente relatório, revelou-se como uma oportunidade importante, para a consolidação de conhecimentos e desenvolvimento das competências enquanto Mestres em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Permitiu através dos contributos da reflexão e do aprofundamento dos conhecimentos, desenvolver competências para adotar uma performance de excelência, respeitando as pessoas que cuidamos, os colegas com quem trabalhamos e a instituição que representamos.

Nesta fase do relatório importa realizar uma síntese do trabalho desenvolvido no estágio final, das temáticas abordadas, da metodologia e da avaliação dos resultados obtidos, refletindo o percurso realizado e traçando caminhos futuros.

Os estágios consistiram-se em momentos significativos para aprimorar saberes, para a reflexão sobre a prática diária, permitindo olhar para essa prática com visão clínica diferenciada. Consideramos ter atingido os objetivos de aprendizagem delineados para o estágio Final do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialização de Saúde Infantil e Pediátrica, uma vez que evidenciámos capacidade de reflexão crítica sobre a prática clínica, fundamentámos as decisões com base na teorização e na evidência científica, descrevemos e avaliámos o desenho e a implementação de um projeto e apresentámos o presente relatório, com conseqüente discussão em provas públicas, o que permitiu a aquisição/aprofundamento das Competências Comuns, Específicas e de Mestre de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Tendo em conta a especificidade que o RN tem, a importância da família para assegurar o correto desenvolvimento do mesmo, e a maximização da sua saúde e do seu bem-estar, o EEESIP deve assegurar uma correta prestação de cuidados, trabalhando em parceria com a família, em qualquer lugar onde se encontre, implementando e gerindo um plano de saúde promotor da parentalidade, dando respostas às necessidades do desenvolvimento do RN, promovendo o crescimento e o desenvolvimento infantil e promovendo a vinculação, encarando sempre o binómio criança e família como beneficiário dos seus cuidados. A realização da visita

domiciliária ao RN e família, permite ao EEESIP ter uma visão alargada das condições reais da vida das famílias, interagindo e avaliando no contexto sociofamiliar, permitindo incidir o estabelecimento da parceria de cuidados, no contexto onde se inserem.

Pudemos identificar nos contextos do estágio realizado, que a necessidades de cuidados de saúde de enfermagem especializados domiciliários é uma realidade, quer no contexto do RN em situações de especial complexidade, como em situação de promoção e vigilância de saúde, mas e apesar de toda a evidência encontrada, que fundamenta esta necessidade de cuidados à população específica, RN e as famílias, a disseminação da mesma não é ainda uma realidade universal nas várias unidades de saúde em Portugal, pelo que a realização do nosso projeto permitiu fundamentar a prática da realização da VD de Enfermagem ao RN e família, baseada na evidência, para a qual também contribuiu a revisão sistemática da literatura realizada.

O desenvolvimento do projeto de estágio, utilizando a metodologia de projeto, permitiu-nos desenvolver a nossa aprendizagem de uma forma pró-ativa e dinâmica, na construção de todo o processo de conhecimentos. Conseguimos elaborar o projeto, desde o enquadramento concetual, com a sua contextualização, realizar o diagnóstico da situação, caracterizando a amostra e a necessidade sentida pela mesma na identificação da problemática, definir os objetivos, planear as estratégias e as atividades que permitiram a consecução dos mesmos, executar o planeado e realizar a avaliação.

Analisando sumariamente o percurso realizado, e que nos levou à identificação do objetivo geral do PE, contribuir para a Implementação da VD de Enfermagem ao RN e família, utentes de uma UCSP até aos 15 dias de vida, o mesmo teve como diagnóstico inicial a necessidade identificada no nosso local de trabalho, uma USF, que permitiu articular o projeto profissional e o projeto de estágio. Para validar, no local de estágio esta necessidade, realizámos uma reunião com os responsáveis da UCSP, onde se decidiu incluir a equipa da UCC no projeto e aplicámos questionários aos enfermeiros às grávidas, como diagnóstico da situação.

As principais conclusões obtidas da análise aos dados recolhidos dos questionários, permitiram concluir que os profissionais identificam a necessidade da implementação da VD ao RN e família e a pertinência da realização da mesma pela EEESIP, embora desconheçam na sua maioria os recursos materiais e humanos necessários, para a concretização do projeto. Identificaram também como importante a existência de um instrumento de registo, para utilizar como guião da VD. As grávidas também consideraram importante a realização da VD e a

necessidade de implementação da mesma na unidade onde são utentes, apesar de acharem que têm conhecimentos para cuidar do RN, identificado o enfermeiro como principal disseminador da informação que obtiveram. O diagnóstico da situação realizado levou à estipulação dos objetivos geral e específicos, onde desenvolvemos e aprofundámos conhecimentos sobre a temática e a elaboração de projetos, envolvemos os enfermeiros e promovemos a adesão das grávidas, na implementação da VD ao RN e família e elaborámos uma Check List, para utilizar como guião na realização das VD, concluindo assim que atingimos os objetivos propostos para o Projeto de Estágio e contribuímos para a implementação da VD ao RN e família, utentes da UCSP, até aos 15 dias de vida.

As limitações ao estudo encontradas, nomeadamente as metodológicas, prenderam-se com o diagnóstico da situação na identificação dos recursos materiais e humanos pela equipa de enfermagem, que pelo facto de a maioria das enfermeiras desconhecerem as implicações do projeto, não possibilitou que realizassem uma avaliação com conhecimento sobre o assunto, uma sugestão de melhoria seria ter sido feita uma abordagem inicial, acerca do que se estava a falar, para depois as enfermeiras pensarem e opinarem acerca do que conheciam. Por último identificámos o tempo como limitação condicionante do projeto, tendo em conta que todos os trabalhos têm um horizonte temporal definido, para a sua execução e implicam a determinação de limites, de modo a cumprir os prazos estipulados, não nos foi possível delinear a realização das visitas domiciliárias, tendo as mesmas sido planeadas, para validação do instrumento de registo de dados. Podemos salientar que as limitações foram encaradas como oportunidades de melhorar o trabalho realizado e para servir de alicerce para projetos futuros. Consideramos essencial a realização de outros trabalhos sobre a mesma temática, que incluam um maior número de participantes e que permitam avaliar os impactos, na condição da saúde e bem-estar dos RN e famílias, a curto e longo prazo.

Face ao exposto e após a reflexão realizada, consideramos que os objetivos a que nos propusemos quando iniciamos o relatório foram alcançados, assim como os objetivos do Mestrado, uma vez que desenvolvemos conhecimentos e competências para a intervenção especializada, evidenciando julgamento clínico e tomada de decisão, promovemos a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e aos referenciais éticos e deontológicos, capacitámo-nos para a governação clínica, para a liderança de equipas e de projetos, bem como para a supervisão e gestão dos cuidados, nos diferentes contextos da prática clínica e contribuímos para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada.

Chegados ao fim deste percurso formativo, pretendemos continuar a contribuir para a qualidade dos cuidados e excelência no exercício da profissão, mais concretamente na replicação do projeto de estágio, na unidade onde exercemos funções, desenvolvendo a praxis sustentada na investigação realizada em bases científicas e contribuindo para a formação de futuros profissionais e de pares. Pretendemos também disseminar a evidência da importância da realização da VD ao RN e família, na promoção do bem-estar e na maximização da saúde, através da elaboração de um artigo original, baseado no trabalho desenvolvido.

Concluimos que o percurso formativo desenvolvido ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na Área de Saúde Infantil e Pediátrica, proporcionou crescimento pessoal e profissional, com a aquisição de conhecimentos e competências de mestre e de especialista, os quais potenciam uma prática de cuidados especializados de excelência à criança/jovem e família.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, E., Nelas, P., & Duarte, J. (2016). Visita Domiciliária no Pós-Parto. *Millenium*, 50 (jan/jun), pp. 267-281.
- Alto Comissariado da Saúde, 2009. (s.d.). *Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008*. Consultado em 03/02/2018. Obtido de http://www.pgdlisboa.pt/docpgd/files/cnsca_2004-2008.pdf
- Amaral, A., & Melão, N. (2016). O perfil de saúde de crianças vigiadas em consultas de cuidados primários na cidade de Viseu, Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, pp. 53-60.
- American Academy of Pediatrics. (2009). *The Role of Preschool Home-Visiting Programs in Improving Children's Developmental and Health Outcomes*. Consultado em 08/02/2018. Obtido de Pediatrics.org: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/123/2/598.full.pdf>
- Ames, E. W. (1997). *The development of Romanian orphanage children adopted to Canada: Final Report*. Consultado em 08/02/2018. Obtido de https://www.researchgate.net/publication/238341349_The_Development_of_Romani_an_Orphanage_Children_Adopted_to_Canada
- Apolinário, M. I. (2012). *Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria*. Consultado em 03/02/2018. Obtido de Revista de Enfermagem Referência, serIII(7), 83-92.: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000200009
- Azevedo, M. (2007). *Cuidar da mãe e do filho - contributos dos cuidados de enfermagem, nos primeiros dias após o nascimento*. Consultado em 12/01/2018. Obtido de Repositório aberto da Universidade do Porto: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7174/2/cuidar%20da%20me%20e%20do%20filhocontributos%20dos%20cuidados%20de%20enfermagem.pdf>
- Azevedo, P., & Sousa, P. (2012). Partilha de informação de Enfermagem: dimensões do Papel do Prestador de Cuidados. *Revista de Enfermagem Referência III (7)*, pp. 113-122.
- Barbosa, A. (2013). *Método Canguru: Conhecimentos, Crenças e Práticas dos Enfermeiros*. Dissertação de Mestrado. Consultado em 14/03/2018. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9448/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20M%C3%A9todo%20Canguru%20Conhecimentos%20Cren%C3%A7as%20e%20Pr%C3%A1ticas%20dos%20Enfermeiros.pdf>
- Barreto, X., Correia, J. P., & Cunha, O. (2014). *Mortalidade Infantil em Portugal- Evolução dos indicadores e factores associados de 1988 a 2008*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. ISBN: 978-989-8662-24-8. .
- Beck, D., Ganges, F., Goldman, S., & Long, P. (2004). *Cuidados ao Recém-nascido, Manual de Consulta*. Consultado em 08/01/2018. Obtido de Save de Children:

- <https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/Cuidados-ao-Recem-Nascido-Manual-de-Consulta.pdf>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Boterf, G. L. (2003). *Desenvolvendo a Competência dos Profissionais*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Bardin, L. (2013). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Brazelton, T. (2006). *O grande Livro da criança 9ª Edição*. Lisboa: Editorial Presença.
- Brazelton, T., & Cramer, B. G. (1993). *A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interação precoce*. Lisboa: Terramar.
- Brissos, M. A. (Janeiro/Junho de 2004). O planeamento no contexto da imprevisibilidade: algumas reflexões relativas ao sector da saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, pp. 43-55.
- Camarneiro, A., Alves, C., Ferreira, A., & Gomes, A. (2009). *Interação mãe-bebé prematuro numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais*. Consultado em 9/03/2018. Obtido de *Acta Pediátrica Portuguesa*. 2009;40(2):53-57:
<http://actapediatrica.spp.pt/article/viewFile/4466/3310>
- Carvalho, M., & Tavares, L. (2010). *Amamentação Bases Científicas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Casey, A. (1993). Development and Use of Partnership Model of Nursing Care. Em A. Glasper, & A. Tucher, *Advances in Child Health Nursing* (pp. 185-193). London: Scutari.
- CH. (2016). *Plano de Atividades e Orçamento- 2016*. Consultado em 20/02/2018. Obtido de http://www.chs.min-saude.pt/media/Relatorio_de_Actividades_CHS_2016.pdf
- Costa, J. d. (2004). *Métodos de Prestação de Cuidados*. Consultado em 14/03/2018. Obtido de *Millenium - Revista do ISPV - n.º 30 - Outubro de 2004 - p.234-271*:
<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/19.pdf>
- Council of Europe. (2007). *Parenting in contemporary Europe: a Positive Approach*. Consultado em 14/03/2018. Obtido de Strasbourg Cedex: Council of Europe Publishing:
<https://books.google.pt/books?id=JROG3RcY8fkC&printsec=frontcover&hl=pt-PT#v=onepage&q&f=false>
- Crisp, L., Berwick, D., Kickbusch, I., Bos, W., Antunes, J., Barros, P., & Sores, J. (2014). *Um Futuro para a Saúde - Todos temos um papel a desempenhar*. Consultado em 02/02/2018. Obtido de Fundação Calouste Gulbenkian : https://gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2016/03/PGIS_BrochuraRelatorioCompletoHealthPortugues.pdf
- Cunha, C. (2013). *Relação com o Recém-Nascido: Ansiedade da Puérpera e Perceção sobre o Papel do Enfermeiro- Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia*. Consultado em 08/01/2018. Obtido de https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/4676/1/msc_csmcunha.pdf
- Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro. (2008). *Diário da República*, 1.ª série — N.º 38 — 22 de Fevereiro de 2008. p.1182-1189. Consultado em 02/02/2018. Obtido de

<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/04/Decreto-Lei-n.%C2%BA-282008.-DR-38-SE%CC%81RIE-I-de-2008-02-22.pdf>

Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de Setembro. (2016). *Graus académicos e Diplomas do Ensino Superior Público*. Diário da República n.º 176/2016, Série I de 2016-09-13. p. 3159-3191. Consultado em 03/03/2018. Obtido de:

<https://dre.pt/application/conteudo/75319452>

Despacho n.º 10440/2016. (2016). *Diário da República, 2.ª série — N.º 159 — 19 de agosto de 2016*. Consultado em 05/02/2018. Obtido de https://dre.pt/home/-/dre/75166599/details/3/maximized?serie=II&parte_filter=31&day=2016-08-19&date=2016-08-01%2Fen&dreId=75162835

DGS. (2001). *Saúde Materno-Infantil: Rede de Referência Materno-Infantil*. Consultado em 01/02/2018. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes.

DGS. (2006). *Despacho n.º 12.045/2006 (2.ª série). Programa Nacional de Saúde Escolar*. Consultado em 09/03/2018. Obtido de <https://www.dgs.pt/promocao-da-saude/saude-escolar/programas-e-projectos/programa-nacional-de-saude-escolar.aspx>

DGS. (2009). *Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância*. Consultado em 09/03/2018. Obtido de Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de Outubro: <https://www.dgs.pt/sistema-nacional-de-intervencao-precoce-na-infancia.aspx>

DGS. (2013). *Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Consultado em 28/12/2017. Obtido de Direcção Geral de Saúde: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>

DGS. (2015). *Plano Nacional de Saúde - Revisão e extensão a 2020*. Consultado em 15/02/2018. Obtido de Direcção Geral de Saúde: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

DGS. (2016). *Norma nº 016/2016 de 16/12/2016 atualizada a 31/07/2017- Novo Programa Nacional de Vacinação - PNV 2017*. Consultado em 09/02/2018. Obtido de <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-vacinacao/normas-e-orientacoes.aspx>

DGS. (2017). *Boletim Vacinação nº 11, abril de 2017 - PNV, avaliação 2016*. Consultado em 09/02/2017. Obtido de <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-vacinacao/relatorios-e-publicacoes.aspx>

DGS. (2017 a)). *SCLínico Cuidados de Saúde Primários*. Consultado em 28/12/2017. Obtido de: http://spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/03/SCLINICO-V-2.6_RELEASES.pdf

Dias, J. M. (2004). *Formadores: Que desempenho. 1ª Ed.* Loures: Lusociência.

Direcção Geral de Saúde. (2015, p.5). *Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito*. Consultado e 18/12/2017. Obtido de <https://www.dgs.pt/paginas-de->

sistema/saude-de-a-a-z/consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito.aspx

Duarte, A. d., Santos, w. d., Silva, L. B., Oliveira, J. D., & Sampaio, K. (2010). *Promoção da saúde às genitoras de bebés prematuros: Ação da enfermagem na alta hospitalar*. Consultado em 04/02/2018. Obtido de Rev. Rene. Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 162-170, jul./set.2010: http://www.revistarene.ufc.br/vol11n3_html_site/a17v11n3.html

Duarte, S. (2010). *Continuidade em Cuidados Domiciliários: O Papel do Enfermeiro (Tese de Doutoramento em Enfermagem)*. Consultado em 08/02/2018. Obtido de <https://core.ac.uk/download/pdf/12423703.pdf>

Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). *Childhood Abuse, Neglect, and Household Dysfunction and the Risk of Illicit Drug Use: The Adverse Childhood Experiences Study*. Consultado em 09/02/2018. Obtido de Pediatrics, Volume 111: <http://pediatrics.aappublications.org/content/111/3/564>

Duffee, J. H., Mendelsohn, A. L., Kuo, A. A., Legano, L. A., & Earls, M. F. (2017). *Early Childhood Home Visiting*. Consultado em 28/01/2018. Obtido de Journals American Academy of Pediatrics: <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2017/08/24/peds.2017-2150>

Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. (Outubro de 2015).

Ética in Dicionário infopédia da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico [em linha]. (2003-2018). Consultado em 18/02/2018. Obtido de <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/ética>

Faure, M., & Richardson, A. (2004). *Os sentidos do bebé: compreender o mundo*. Lisboa: Livros Horizonte.

Fortin, M. F., Cotê, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de Investigação*. Loures: Lusociência.

Garcia, I., & Teixeira, C. (2009). *Visita domiciliar: um instrumento de intervenção*. Consultado em 12/02/2018. Obtido de Sociedade em Debate, Pelotas, 15(1): 165-178, jan.-jun: <http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/365/837>

Gluckman, P. D., Hanson, M., Cooper, C., & Thorburg, K. L. (2008). Effect of in utero and early life conditions on adult health and disease. *New England Journal of Medicine*, 61-73.

Gonçalves, A. (2012). *A formação pelos pares: um contributo para melhorar a avaliação das necessidades dos utentes*. Consultado em 21/02/2018. Obtido de <http://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/1232>

Graça, L. (2010). *Contributos da intervenção de enfermagem na promoção da transição para a maternidade e do aleitamento materno- Um estudo Quasi-experimental (Tese para obtenção do grau de Doutoramento em Enfermagem)*. Universidade de Lisboa com a colaboração da ESEI.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong: Enfermagem da criança e do adolescente*. Loures: Lusociência.

- INE. (2012). *Censos 2011*. Consultado em 02/02/2018. Obtido de http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554
- INE. (2017). *Estatísticas Demográficas 2016*. Consultado em 02/02/2018. Obtido de Instituto Nacional de Estatística: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=277094583&PUBLICACOESmodo=2
- Irwin, L. G., Siddiqi, A., & Hertzman, C. (2007). *Desarrollo de la Primera Infancia: Un Potente Ecuilizador; Informe Final para la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud*. Consultado em 08/01/2018. Obtido de http://equidadparalainfancia.org/wp-content/uploads/2016/03/early_child_dev_eckn_es.pdf
- Lacerda, M. R. (2008). *Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família – na perspectiva da área pública*. Consultado em 25/01/2018. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a36.pdf>
- Lee, T.-Y., Lee, T.-T., & Kuo, S.-C. (2009). *The experiences of mothers in breastfeeding their very low birth weight infants*. Consultado em 04/02/2018. Obtido de JAN: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2009.05116.x/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=www.ncbi.nlm.nih.gov&purchase_site_license=LICENSE_DENIED_NO_CUSTOMER
- Lei de Bases da Saúde. (2002). *Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto com Alteração na Lei n.º 27/2002, de 08/11*. Consultado em 02/01/2018. Obtido de http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1668&tabela=leis&so_mio=
- Lei n.º 147/99, de 01 de Setembro. (1999). Com as alterações Lei n.º 31/2003 de 22 de Agosto *Lei de protecção de crianças e jovens em perigo*. Consultado em 10/03/2018. Obtido de http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=545&tabela=leis
- Lopes, P. (2014). *A Metodologia de Trabalho de Projeto como estratégia para a melhoria do desempenho escolar dos alunos do ensino profissional*. (Tese de mestrado, Universidade de Lisboa). Lisboa. Consultado em 05/01/2018. Obtido de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/17856/1/ulfpie047117_tm_tese.pdf
- Lopez, G. L., Anderson, K. H., & Feutchinger, J. (2012). *Transition of Premature Infants From Hospital to Home Life*. Consultado em 05/03/2018. Obtido de Neonatal Netw: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3662297/pdf/nihms447971.pdf>
- Maia, J., Silva, L., & Ferrari, E. (2014). *A relação das famílias com as crianças hospitalizadas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal com a Equipa de Enfermagem*. Consultado em 14/03/2018. Obtido de Revista Enfermagem Contemporânea. Dezembro 2014:154-164 : <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/336/343>
- Mallik, S., & Spiker, D. (2017). *Effective Early Intervention Programs for Low Birth Weight Premature Infants: Review of the Infant Health and Development Program (IHDP)*.

- Consultado em 04/02/2018. Obtido de Encyclopedia on Early Childhood Development: <http://www.child-encyclopedia.com/prematurity/according-experts/effective-early-intervention-programs-low-birth-weight-premature>
- Marcatto, J. d., Tavares, E. C., & Silva, Y. P. (2011). *Benefícios e limitações da utilização da glicose no tratamento da dor em neonatos: revisão da literatura*. Consultado em 09/03/2018. Obtido de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2011000200017
- Marinheiro, P. P. (2002). *Enfermagem de Ligação: Cuidados Pediátricos no Domicílio*. Consultado em 25/01/2018. Coimbra: Quarteto Editora.
- Martins, S. (2015). *Promover a Parentalidade Positiva em pais de crianças prematuras*. Consultado em 21/03/2018. Obtido de Repositório Comum ESEL: <http://hdl.handle.net/10400.26/1640>
- Mateus, M. (2011). *Metodologia de trabalho de projecto: Nova relação entre os saberes escolares e os saberes sociais*. Consultado em 03/01/2018. Obtido de EDUSER: revista de educação, [S.l.], v. 3, n. 2, dec. 2016. ISSN 1645-4774: disponível em <https://www.eduser.ipb.pt/index.php/eduser/article/view/32>
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company. Ebook ISBN: 978-0-8261-0535-6.
- Mendes, M., & Martins, M. (2012). *Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros*. Consultado em 14/03/2018. Obtido de Revista de Enfermagem Referência. 3 (6). 113-121.: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlIn6/serlIn6a11.pdf>
- Miguel, L. S., & Sá, A. B. (2010). *Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir*. Consultado em 02/01/2018. Obtido de <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/08/CSP1.pdf>
- Morrison, J., Pikhart, H., Ruiz, M., & Goldblatt, P. (2014). *Systematic review of parenting interventions in European countries aiming to reduce social inequalities in children's health and development*. Consultado em 02/02/2018. Obtido de BioMed Central: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-1040>
- Mustard, J. F. (2010). *Early Brain Development and Human Development*. Consultado em 09/02/2018. Obtido de Encyclopedia on Early Childhood Development: <http://www.child-encyclopedia.com/importance-early-childhood-development/according-experts/early-brain-development-and-human>
- Nyqvist, K. H. (2010). *State of the art andre commendations Kangaroo Mother Care: application in a high-tech environment*. Consultado em 14.03.2018. Obtido de Acta Pædiatrica, 99, 812–819: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1651-2227.2010.01794.x/pdf>
- Olds, D. (2018). *From a Healthy Babies Program to Crime Prevention, Nurse-Family Partnership is Validated by Research*. Consultado em 28/01/2018. Obtido de Nurse-Family Partnership: <https://www.nursefamilypartnership.org/about/proven-results/>

- OMS. (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da Saúde*. Consultado em 21/02/2018. Obtido de <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/carta-de-otawa-1986.aspx>.
- OMS. (2015). *Postnatal Care for Mothers and Newborns- Highlights from the World Health Organization 2013 Guidelines*. Consultado em 10/02/2018. Obtido de World Health Organization: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/publications/WHO-MCA-PNC-2014-Briefer_A4.pdf?ua=1
- OMS, UNICEF. (2009). *Visitas domiciliarias al recién nacido: una estrategia para aumentar la supervivencia*. Consultado em 05/01/2018. Obtido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70057/1/WHO_FCH_CAH_09.02_spa.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Consultado em 28/02/2018. Obtido de <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *A Cada Família o seu Enfermeiro*. Consultado em 05/02/2018. Obtido de Revista Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE2final.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de casos*. Consultado em 02/03/2018. Lisboa: ISBN 972-99646-0-2.
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem*. Consultado em 18/02/2018. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010 a)). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Consultado em 23/02/2018. Obtido de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%3%A7aJov_ aprovadoAG_20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010 b)). *Guias Orientadores de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica- Volume I*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Consultado em 23/02/2018. Obtido de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011 a)). *Parecer nº 12/2011*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Consultado em 09/03/2018. Obtido de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf

- Ordem dos Enfermeiros . (2015). *Regulamento n.º 190/2015. Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Consultado em 23/02/2018. Obtido de Diário da República, 2.ª série — N.º 79 — 23 de abril de 2015. p.10087-10090. : http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_190_2015_Regulamento_do_Profil_de_Competicencias_Enfermeiro_Cuidados_Gerais.pdf
- Ordem dos Enfermeiros, International Council of Nurses. (2016). *CIPE Versão 2015*. Consultado em 12/12/2017. Obtido de <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/catalogo-ciper-2015.html>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Regulamento n.º 556/2017*. Consultado em 23/02/2018. Obtido de Diário da República, 2.ª série — N.º 200 — 17 de outubro de 2017. p.23636-23638: <https://dre.pt/application/conteudo/108317775>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Parecer Nº 9/ 2018*. Consultado em 23/03/2018. Obtido de www.ordemenfermeiros.pt/media/5149/mceesip_parecer9_2018.pdf
- Pacheco, M. J. (2012). *Projecto de intervenção comunitária: Visitação domiciliária à puérpera e ao recém-nascido do Concelho de Tavira. (Trabalho de projeto para obtenção do Grau de Mestre*. Consultado em 25/01/2018. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/3973/1/PROJECTO%20MESTRADO%20FINAL.pdf>
- Patrício, S. (2011). *Promoção da Parentalidade Positiva (Relatório para obtenção de Grau de Mestre em ESIP)*. Consultado em 02/02/2018. Obtido de file:///C:/Users/Vera%20Branca/Downloads/RELATORIO_ESTAGIO_final_ok.pdf
- PNV, 2017. (s.d.). *Norma nº 016/2016 de 16/12/2016 atualizada a 31/07/2017*. Consultado em 05/02/2018. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0162016-de-16122016.aspx>
- PORDATA. (2016). *Retrato dos Municípios*. Consultado em 02/01/2018. Obtido de <https://www.pordata.pt/Municipios>
- Rice, R. (2004). *Prática de Enfermagem Nos Cuidados Domiciliários- Conceitos e Aplicação*. Loures: Lusociência.
- Regulamento de Funcionamento do Mestrado em Enfermagem. (2016). Consultado em 03/03/301. Obtido de: https://www.moodle.uevora.pt/1718/pluginfile.php/52946/mod_resource/content/0/Regulamento%20Mestrado%20em%20Associa%C3%A7%C3%A3o%202016.pdf
- Robling, M., Bekkers, M.-J., Bell, K., Butler, C. C., Cannings-John, R., Channon, S., . . . al, e. (2015). *Effectiveness of a nurse-led intensive home-visitation programme for first-time teenage mothers (Building Blocks): a pragmatic randomised controlled trial*. Consultado em 8/12/2017. Obtido de Thelancet.com: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)00392-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)00392-X/abstract)
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (Janeiro-Março de 2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos nº15*.

- Santos, M. S. (2001). Conhecer as competências do recém-nascido. Em M. C. Canavarro, *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Serrão, D. (2004). *Ética das Ciências da Saúde*. Consultado em 18/02/2018. Obtido de <http://www.danielserrao.com/gca/index.php?id=113>
- Shields, L. (2015). *What is "family-centered care"?* Consultado em 08/02/2018. Obtido de European Journal for Person Centered Healthcare 2015 Vol 3 Issue 2 pp 139-144: <http://bjll.org/index.php/ejpch/article/view/993>
- Silva, A. C. (2006). *Cuidar do Recém-Nascido – O Enfermeiro como promotor das competências parentais (Dissertação para Obtenção do Grau de Mestre em Comunicação em Saúde)*. Consultado em 08/01/2018. Obtido de Repositório Aberto da Universidade Aberta de Lisboa : https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/726/1/TMCS_AnaCristinaSilva.pdf
- Smith, D. (2002). *Guidelines and Training Manual for the Prenatal-5 Nurse Home Visiting Program*. Consultado em 28/01/2018. Obtido de Utah Department of Health: ealth.utah.gov/drp/reports/Guidelines_cash.pdf
- Sousa, D. (2013). *Competências e Saberes em Enfermagem*. Consultado em 19/02/2018. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/Compet%C3%Aancias%20e%20saberes%20em%20enfermagem%20Dulce%20Sousa,%20Enfermeira%20Especialista.pdf>
- Sousa, P., Frade, M., & Mendonça, D. (2005). *Um modelo de organização e partilha de informação de enfermagem entre um Hospital e o Centro de Saúde: estudo delphi*. Obtido de Acta Paulista de Enfermagem.
- Teixeira, T. (2011). *Visita Domiciliar em Saúde Infantil: Necessidade de Visitação até ao 15º dia de vida (Relatório para obtenção do Grau de Mestre)*. Consultado em 25/01/2018. Obtido de Repositório IPV: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1566/1/TEIXEIRA%20Tania%20Isabel%20Martins%20Fontainha%20C%20Visita%20A7%20A3o%20domiciliaria%20em%20saude%20infantil.pdf>
- UNICEF. (1989). *A Convenção sobre os direitos da Criança*. Consultado em 09/02/2018. Obtido de https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- Wigert, H., Berg, M., & Hellstrom, A.-L. (2009). *Parental presence when their child is in neonatal intensive care*. Consultado em 10/03/2018. Obtido de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=7f930c3a-ce7e-4757-a63a-2751c8bd9356%40sessionmgr120>
- Wright, L., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e Famílias - Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família*. Editora Roca. ISBN: 9788541200035

ANEXOS

Anexo I – Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora



Documento 1 8 0 1 3

VI

**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, Prof. Doutor Manuel Agostinho Fernandes e Prof.ª Doutora Margarida Amoedo, deliberaram dar

Parecer Positivo

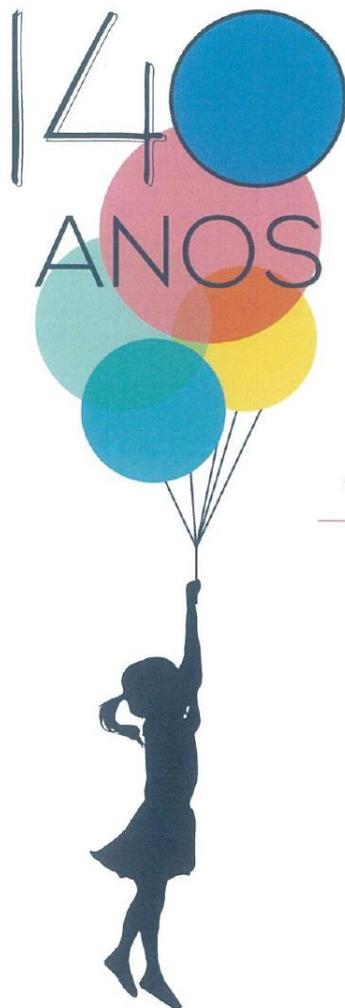
para a realização do Projeto "Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e família: um contributo para o bem-estar e maximização da saúde" do investigador **Vera Mónica Carvalho Cabeça Branca** (mestranda) e Prof.ª Doutora Maria Gabriela do Nascimento Martins Cavaco Calado (responsável académico).

Universidade de Évora, 10 de Janeiro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

Anexo II – Certificado de Participação no 1º Congresso Multiprofissional do Hospital Dona Estefânia



CERTIFICADO

Certifica-se que

Vera Mónica Carvalho Cabeça Branca

Participou no 1.º Congresso Multiprofissional do Hospital de Dona Estefânia, que decorreu na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, nos dias 28 e 29 de setembro de 2017.

Coordenador da
Comissão Organizadora

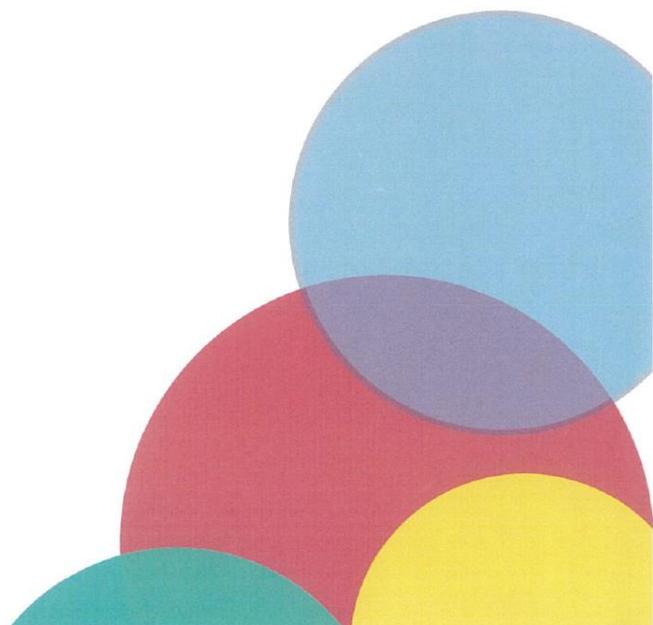
**A CUIDAR
DA CRIANÇA**

1877-2017
Hospital de Dona Estefânia

**Preparados para
o FUTURO!**



CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA
CENTRAL, EPE



Anexo III – Programa Científico do 1º Congresso Multiprofissional do Hospital Dona Estefânia



PROGRAMA

SESSÕES PLENÁRIAS

5.ª feira – 28 de setembro de 2017

A CRIANÇA, A SAÚDE E O AMBIENTE | Mesa Redonda

Presidente – Eulália Calado | Moderadores – Luísa Monteiro; António Trigueiros; Henrique Sá-Couto

9:00 - 9:30	Mitos e tradições da Saúde Infantil no século da informação e da tecnologia Paolo Casella
9:30 - 10:00	O combate ao sedentarismo e a promoção da segurança infantil – um equilíbrio difícil? Carlos Neto
10:00 - 10:30	A arquitetura hospitalar e o bem estar da criança doente – Desenhar os hospitais do futuro Pedro Cabral

INTERVALO

11:00 - 11:45	Sessão solene de abertura
---------------	---------------------------

GRANDE TEMA – A HISTÓRIA DA PEDIATRIA

Presidente – Maria Teresa Neto | Moderadores – Fernanda Gíria; Micaela Serelha; Palmira Silva

11:45 - 13:00	O Hospital Pediátrico de Coimbra Henrique Carmona da Mota Passado, presente e futuro do Centro Materno-Infantil do Norte Teresa Temudo O Hospital de Dona Estefânia e os Hospitais Pediátricos Gonçalo Cordeiro Ferreira
---------------	---

6.ª feira – 29 de setembro de 2017

O DOENTE COMPLEXO | Do diagnóstico à organização dos cuidados

Presidente – João Pascoal | Moderadores – Luís Nunes; José Augusto Antunes; Teresa Candeias

9:00 - 9:30	Como procurar a zebra sem esquecer os cavalos? João Farela Neves
9:30 - 10:00	Genética e prática clínica – Avanços úteis e escolhas impossíveis Jorge Pinto Basto
10:00 - 10:30	Inovação e futuro na Cirurgia Pediátrica e Neonatal Rui Alves

INTERVALO

A SAÚDE NAS MINHAS MÃOS

Presidente – Augusto Carreira | Moderadores – Luís Pisco; José Rosado Pinto; Emília Bártolo

11:00 - 11:30	Apostas de sucesso nos cuidados primários Sónia Coelho
11:30 - 12:00	Partilhar soluções inovadoras – Programas de sucesso Helena Canhão
12:00 - 12:30	O sucesso contrói-se na relação Joana Tinouco Faria & Mafalda Libano Monteiro (Apoio à Vida)

SESSÕES PARALELAS

5.ª feira - 28 de setembro de 2017

	SALA 1	SALA 2	ANFITEATRO	SALA 3	SALA 4
8:00 - 9:00	PAS02; PAS03; PAS09; PAS16 Moderadores: Filipe Catela; Vanda Vital	CO06; CO07; CO08; CO11 Moderadores: Marta Conde; João Neves		CO13; CO17; CO25; CO29 Moderadores: Rita Silva; Sara Batalha	CO21; CO26; CO27; CO28 Moderadores: Anaxore Casimiro; Susana P. Carlos
	Sessão Científica Pediatria Controvérsias Moderador: Leonor Carvalho Catarina Gouveia	Sessão Científica Enfermeiros Transformar os cuidados, construir o futuro Moderadores: Amélia José Monteiro Idalina Bordalo	Transculturalidade Moderadores: Anaxore Casimiro; Rita Lopes Silva; Ivete Monteiro; Luís Trindade	Sessão Científica Cirurgia Moderador: Rosário Malheiro Maria Knoblich	Sessão Científica Técnicos Superiores
14:30 - 14:50	Vacinas anti meningocócitas? Luís Varandas	Das práticas seguras à segurança dos cuidados M.ª João Lage	Apoio espiritual e respeito pela multiculturalidade no hospital materno-infantil Padre Carlos Azevedo	Estomatologia Rosário Malheiro "Estomatologia Pediátrica - Cada vez mais precisa!"	Moderador: Marina de Albuquerque Morgado
14:50 - 15:10	Sarampo Ponto de situação Ana Leça	Dotações seguras para transformar os cuidados José Carlos Nelas	A internacionalização da prestação de cuidados de saúde: oportunidade e desafio Helena Gonçalves	Otorrinolaringologia Herédio Sousa "Otorrinolaringologia- novos projectos"	Intervenções Farmacêuticas num Hospital Pediátrico Dina Mendes
15:10 - 15:30	Doenças emergentes e re-emergentes no séc. XXI Jorge Atouguia	Desenvolvimento sustentado e cuidados centrados na família Palmira Silva	Desafios da Formação Gabriela M. Colaço	Cirurgia Maxilo-Facial Paulo Coelho "Cirurgia Maxilo-Facial Pediátrica no CHLC- presente e futuro"	Moderador: Maria Augusta Lopes
15:30 - 15:50	Tratamento anti trombótico na doença infecciosa Sara Batalha		Comunicar para todos Miguel Fernandes	Oftalmologia Alcina Toscano "Um olhar para o futuro"	Intervenção Multidisciplinar do Serviço Social, Perspectivas e Desafios Patrícia Silva Maria Isabel Santos Ana Patacho Yasmine Bhudarally
INTERVALO					

SESSÕES PARALELAS

5.ª feira - 28 de setembro de 2017

	SALA 1	SALA 2	ANFITEATRO	SALA 3	SALA 4
	Sessão Científica Enfermeiros Intervenção terapêutica de prevenção em saúde mental Moderadores: João Quintela M.ª Augusta de Sousa	Sessão Científica Áreas cirúrgicas Moderador: João Pascoal; Vanda Pratas Vital	Faço minhas as tuas dores Moderadores: Marta Conde; Cecília Galvão Azevedo José Luís Ferreira; Sílvia Ramos	Sessão Científica Técnicos Diag. Terapêutica Moderador: Alexandra Morais e Castro; Daniel Carvalho	Sessão Científica Técnicos Superiores Moderador: Dulce Barreto
16:10 - 16:30	Na escola Cláudia Calças	Ortopedia Francisco Sant'Anna "Ortopedia Infantil: Estado da Arte"	Controle da dor em pediatria José Mafra	Prós e Contras Somos pediátricos ou não? M.ª José Paço Luísa Ventura Alexandra Quintas	"A criança internada e as práticas pedagógicas" Presidente: Armanda Nunes
16:30 - 16:50			A ansiedade pelo desconhecido e a dor da perda Maria Jesus Moura		Educadoras de Infância: "O Lúdico na Educação" Ana Cristina Silva Gina Silva Isabel Santiago
16:50 - 17:10	No ACES José Carlos Santos	Neurocirurgia Amets Irañeta Mário Matos "Neurocirurgia, realidade e perspectiva"	Apoio domiciliário à doença crónica em Pediatria Paula Lopes		Comunicação 2º Ciclo: "Não há Escola a mais" Dulce Valverde Clara Cristino
17:10 - 17:30	No Hospital Pediátrico António Nabais	Cirurgia Pediátrica Rafaela Murinello "140 anos de Cirurgia Pediátrica: ontem e hoje"	De portas abertas aos cuidados paliativos pediátricos? Ana Lacerda		Comunicação 1º Ciclo: "A Escola, Passado e Presente" Isabel Almeida
17:30 - 18:00					Psicologia Pediátrica Desafios no presente e para o futuro Presidente: Salomé Santos
					"Olhar a Psicologia no Hospital de D. Estefânia" Nélia Rebelo da Silva "A Obesidade: O futuro é a mudança da realidade" M.ª João Fagundes "O Psicólogo na Equipa de Implantes Cocleares" Vera Reimão Pinto "Abrir caminho a uma nova ciência" Teresa Lobato Faria "Integração de recursos virtuais na intervenção psicológica- presente e futuro" Cecília Galvão de Azevedo

SESSÕES PARALELAS

6.ª feira – 29 de setembro de 2017

	SALA 1	SALA 2	ANFITEATRO	SALA 3	SALA 4
	Sessão Científica Enfermeiro Moderador: Armandina Monteiro João Quintela	Sessão Científica Pediatria / Hot-topics Moderador: António Marques; Filipa Santos	Diagnósticos a mais ou a menos? Moderadores: Eulália Calado; Helena Portela; Deolinda Barata;	Sessão Científica Técnicos Diag. Terapêutica Mesa redonda: Alexandra Morais e Castro; Daniel Carvalho	Sessão Científica Administradores Hospitalares Moderador: Joaquina de Matos Fernanda Giria; Joaquim Félix
16:10 - 16:30		Cuidados Int. Neonatais Helena Ramos			
16:30 - 16:50		Cuidados Int. Pediátricos Filipa Marques			
16:50 - 17:10	A Ética e a criança Lucília Nunes O Direito e a criança Filomena Girão	Desenvolvimento Silvia Afonso Hematologia Sara Batalha Reumatologia Cristina Henriques Imuno Deficiências Ana Cordeiro Metabólicas Ana Cristina Ferreira Gastroenterologia Sara Nóbrega Nefrologia Telma Francisco Pneumologia Ana Casimiro Malta	A Gestão das Expectativas Pedro Caldeira Silva O difícil papel da justiça Paulo Guerra O sucesso e o insucesso escolar José Azcue	Política de Re-Food na prescrição de Meios Complementares de Diagnóstico Alexandra Ferreira	Contratualização interna Manuela Almeida A Nova Carta dos Direitos dos Utentes na vertente dos trabalhadores Pedro Dominguez As tecnologias de informação – onde já chegámos e o que falta António Lourenço
17:10 - 17:30 (18:00)					

Anexo IV- Certificado de participação no III Encontro Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO



III ENCONTRO DE ENFERMEIROS DE NEONATOLOGIA DA ÁREA DE LISBOA

Cuidar para o Neurodesenvolvimento
na Vulnerabilidade

Certifica-se que Vera Branca esteve presente no III Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da área de Lisboa, subordinado ao tema principal, "Cuidar para o Neurodesenvolvimento", que decorreu nos dias 10 e 11 de Novembro de 2017, no Auditório da ESEL — Pólo Artur Ravara, Lisboa.



Enfermeiros Neonatologia
Área de Lisboa

A COMISSÃO ORGANIZADORA

Anexo V – Programa Científico do III Encontro Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa

A Neonatologia, é uma das áreas da Medicina, onde o progresso tem sido mais evidente ao longo das últimas décadas, com reflexos evidentes e relevantes na diminuição da mortalidade e morbilidade neonatal.

Para o sucesso desta evolução, tem contribuído o avanço da ciência e da tecnologia, assim como o surgimento de uma filosofia de cuidados ao bebé prematuro "Inovadora" designada como cuidados centrados no desenvolvimento. No entanto, sabemos que os internamentos nas Unidades de Neonatologia não são isentos de alguns efeitos negativos na criança e ou família relacionados com a sua vulnerabilidade e o trauma associados a alguns eventos.

A presença constante, do Enfermeiro no Cuidar destas crianças e famílias, assume uma importância primordial na compreensão do seu comportamento, pois este é o principal veículo de comunicação, contribuindo assim para um crescimento e desenvolvimento global e harmonioso destes bebés, promovendo a parentalidade e a sua integração na família / comunidade.

Organização:

Ana Isabel Gregório (HFF)
Alice Curado (ESEL)
Ana Patrícia Pereira (H Cascais)
Ana Maria Sequeira (HSM)
Ana Rita Pereira (HBA)
Cláudia Pinheiro (HSFX)
Esmeralda Pereira (MAC)
Graça Roldão (HSM)
Inês Tojeira (HBA)

Margarida Pimenta (HDE)
Maria José Pinheiro (ESEL)
Maria José Araújo (HGO)
Manuel Alves (HGO)
Maria Thereza Vasconcellos (HSFX)
Susana Lima (HFF)
Sónia Semião (HFF)
Sílvia Duarte (MAC)
Tânia Lopes (USCP Alameda)
Vicência Pacifico (HDE)

Patrocínios



III Encontro Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa

Cuidar para o Neurodesenvolvimento na Vulnerabilidade

PROGRAMA



10 e 11 de Novembro de 2017

Auditório da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa – pólo Artur Ravara

www.encontroenferneonatalogia.pt

10 de Novembro de 2017

8h00 | Abertura do Secretariado

8h30 | Conferência – A VULNERABILIDADE | Prof.ª Oliveira Marçal

10h00 | SESSÃO DE ABERTURA

10h30 | Pausa/Momento musical (alunos do Mestrado Musicoterapia da Univ. Lusíada)

11h00 | Mesa – A VULNERABILIDADE NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS – QUE RESPOSTAS!
MODERADOR: Sónia Colaço (ESEL)

- Técnicas de alimentação no recém-nascido pré-termo | Ana Lúcia Brantes (ESEL, H. Cascais)
- Método Canguru: a importância da voz materna em bebés vulneráveis | Sílvia Duarte e Eduarda Carvalho (Maternidade Alfredo Costa)
- O posicionamento e o neurodesenvolvimento | Inês Cruz e Carlos Correia (H.S. Francisco Xavier e H. Garcia de Orta)
- Ganhos em saúde com Unidade Móvel Apoio Domiciliário | Margarita Lopez e Paula Lopes (H. Fernando Fonseca, H. D. Estefânia)

13h00 | Pausa para almoço

14h00 | Mesa - CUIDAR NA VULNERABILIDADE: EXPERIÊNCIA DO CENTRO MATERNO INFANTIL NORTE /CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO PORTO
MODERADOR: Teresa Folha (Enfermeira do Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral da FCG)

- Os Pais na UCIN | Ana Isabel Magalhães (CMIN/CHUP)
- Contornar a vulnerabilidade dentro e fora de portas | Luísa Matos e Paula Lopes (CMIN/CHUP)
- Cuidar - Experiência da Unidade de Cuidados Integrados Pediátricos : o KASTELO | Teresa Fraga - Directora Técnica

16h00 | Pausa

16h30 | Apresentação posteres/comunicações livres

11 de Novembro de 2017

8h30 | Apresentação e discussão dos posteres

9h30 | Mesa – A VULNERABILIDADE NA COMUNIDADE
MODERADOR: Cristina Terruta (Enfermeira USF Jardins da Encarnação, ACES Lisboa Central)

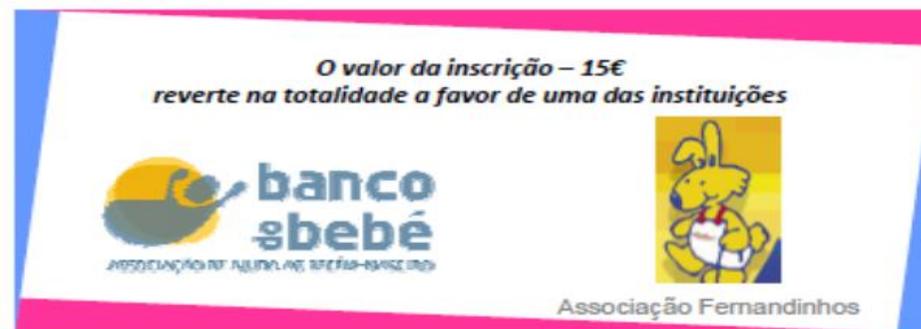
- A Intervenção Precoce na Infância: sua implicação na população vulnerável 0-5 anos e a organização de serviços de Intervenção Precoce em Portugal | Teresa Marques (MTSSS/SNIPI)
- Fundação Liga | António Alves

10h30 | Pausa

11h00 | Banco do Bebê: intervenção Domiciliária em interface com a Comunidade | Cristina Maltês
A palavra dos Cuidadores | Marta Pina

12h00 | Conferência - CUIDADOS CONTINUADOS | Prof. Manuel Lopes (coordenador nacional da RNCCI)

13h00 | Entrega de prémios dos posteres/comunicações
Encerramento



*O valor da inscrição – 15€
reverte na totalidade a favor de uma das instituições*

 **banco
sbebé**
ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIRAS DE RECÉM-NASCIDOS


Associação Fernandinhos

Mais informações no site:
www.encontroenfneonatologia.pt

APÊNDICES

Apêndice I – Trabalho de pesquisa realizado na UCEN

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS
1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA
2º ANO 1º SEMESTRE
Unidade Curricular: Estágio Final

Pesquisa realizada aos registos da Visita Domiciliária

UCEN

Enfermeira Supervisora

M.C.N.

Discente:

Vera Branca nº 36906

Setúbal, outubro de 2017

INDICE

0 – INTRODUÇÃO.....	3
1 – DESENVOLVIMENTO.....	4
2 -DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÃO	8
BIBLIOGRAFIA.....	10

0 - INTRODUÇÃO

Integrado no Estágio que nos encontramos a realizar na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais no [REDACTED] e indo ao encontro do objetivo delineado para o referido estágio, nomeadamente, observar e analisar o projeto da Unidade “Os cuidados ao recém-nascido (RN) após a alta- Fases I – Referenciação e II – Visita Domiciliária (VD)” , foi-nos proposto a realização da análise dos registos das visitas domiciliárias efetuadas, verificando quais as intervenções realizadas, com as respetivas prescrições de enfermagem. Por outro lado, foi-nos também solicitado verificar se os recém-nascidos que receberam a visita domiciliária, vieram ou não à Urgência Pediátrica ou se foram reinternados, por forma a dar um contributo para a avaliação do projeto no que diz respeito ao objetivo geral – Contribuir para a redução da taxa de reinternamento do RN prematuro no primeiro ano de vida em 50%.

1- DESENVOLVIMENTO

Até ao momento foram realizadas 6 visitas domiciliárias.

A primeira VD realizada foi ao L., que nasceu pré-termo com 35 semanas e 6 dias de gestação, e esteve 12 dias internado na UCEN. A VD foi efetuada, conjuntamente com a colega dos cuidados de saúde primários, 6 dias após a alta, e não foram registadas alterações na observação do RN. Foi verbalizado pela mãe que o pai se encontra muito preocupado com a díade, telefonando várias vezes ao dia e que a avó não aceita instruções. A avó esteve presente e demonstrou uma atitude controladora. Foi passada toda a informação sobre a história clínica e antecedentes familiares, à colega da Unidade de Saúde Familiar, que ficou de contactar a família ao fim de 3 semanas, para perceber a dinâmica familiar. As prescrições de enfermagem realizadas foram, utilização de cânula de bebelgel e realização de massagem abdominal em SOS para alívio da cólica, evitar sobreaquecimento adequando o vestuário, administrar vigantol por colher, avaliar peso uma vez por semana, prevenir a infeção reduzindo o contacto de RN com o irmão, implementando medidas de prevenção, uma vez que o mesmo se encontra doente.

Os pais do L. recorreram por duas vezes à Urgência Pediátrica do Hospital [REDACTED], uma com 26 dias de vida, em que a queixa era, 2 episódios de vômito em jato e estar mais choroso, sem outros sintomas, foi avaliado pela equipa de serviço e dada indicação para realizar estimulação intestinal para diminuir o abdómen timpanizado. Na segunda ida à urgência, com 3 meses de vida, as queixas eram diminuição do apetite e odinofagia, confirmando-se o diagnóstico de nasofaringite aguda. O bebé fará dia 17 de Outubro 2017, 4 meses de vida.

A segunda VD realizada foi à M. V., que nasceu pré-termo com 35 semanas de gestação, que esteve internada 5 dias no Hospital [REDACTED] onde nasceu e foi transferida para a UCEN, onde esteve também 5 dias internada.

A visita domiciliária foi realizada 4 dias após a alta, e foi verificado que a Recém-nascida tinha perdido 20gr de peso na pesagem do Centro de Saúde, a restante avaliação não revelou alterações. As prescrições de enfermagem realizadas foram, avaliação de peso duas vezes por semana, oferecer suplemento de leite materno após a mamada, e foi reforçado ensino sobre o alívio de cólicas, sobre a necessidade de administrar multivitaminas e vigantol por colher e sobre a prevenção de sobreaquecimento, nomeadamente, a necessidade de evitar sair nas alturas de maior calor.

Os pais da M. V. recorreram por 13 vezes à Urgência Pediátrica. A primeira vez com 16 dias de vida, 6 dias após a alta e 2 dias após a visita domiciliária. As queixas apresentadas foram:

- 1- Irritabilidade, foi aplicada sonda de gases com efeito, medicada com probióticos e reforçados ensinios sobre alívio de cólicas no RN;
- 2- Irritabilidade por manter cólicas, com diagnóstico de flatulência, eructação e dor por gases, foram reforçados ensinios sobre alívio de cólicas no RN (13 dias após o 1º episódio, com 29 dias de vida);
- 3- Choro persistente e gemido, sem febre, observação sem alterações, foram explicados cuidados e ensinios sobre as cólicas e sobre a vigilância dos sinais de alarme (14 dias após o 2º episódio, com 1 mês e 12 dias de vida);
- 4- Exsudado vaginal, obstipação que resolve com estimulação, diagnosticada candidíase da vulva e vagina, medicada com coltrimazol (4 dias após o 3º episódio, com 1 mês e 16 dias de vida);
- 5- Dificuldade em evacuar, avaliada temperatura retal, 38,2° C, observação com timpanismo, fez sonda de gases com efeito, mantém indicação para fazer probiótico e alterar leite artificial (2 dias após o 4º episódio, com 1 mês e 18 dias de vida);
- 6- Agravamento da candidíase vaginal, realizada observação não foram detetadas alterações, teve alta (5 dias após o 5º episódio, com 1 mês e 23 dias de vida);
- 7- Tosse com início no dia anterior, e acesso de tosse emetizante, à observação apresenta-se com irritabilidade, SatO₂ – 100%, apirética. Não foram observadas alterações, teve alta (2 dias após o 6º episódio, com 1 mês e 25 dias de vida);
- 8- Tosse e Síndrome de Dificuldade Respiratória (SDR), 2 episódios de vômito, febre 38,4°C, fez paracetamol. Na triagem sem SDR, SatO₂ – 98%, temperatura retal 37,6°C, apresenta rinorreia. Foi diagnosticada Nasofaringite aguda, foi realizada aspiração nasal, mante-se até tolerância alimentar, e foram reforçados ensinios sobre sinais de alarme, teve alta (dia seguinte após o 7º episódio, com 1 mês e 26 dias de vida);
- 9- Choro inconsolável de noite e recusa alimentar. À observação apresenta bom estado geral, sem SDR, tranquila, fez análises de sangue e urina que não revelaram alterações. Foi decidido internar a RN por suspeita de maus tratos e negligência. Esteve 8 dias internada no serviço de pediatria, não foram detetadas alterações, foi colocada à hipótese de diagnóstico de Síndrome de Munchausen, por procuração, tendo em conta os antecedentes psiquiátricos e familiares da mãe, nomeadamente, tentativa de suicídio antes de engravidar, e ter crescido em família disfuncional, sendo que avô materno já esteve preso e é Ex-toxicodependente (dia seguinte após o 8º episódio, com 1 mês e 27 dias de vida);

10- Dificuldade em se alimentar, nega febre, vômitos ou diarreia. Observação sem alterações (2 dias após alta do internamento, pais recorreram novamente à urgência pediátrica, com 2 meses e 5 dias de vida);

11-Tumefação na região mamária bilateral desde o dia anterior, apresenta-se sub-febril, temperatura retal 38,2°C. Foi observada e apresenta aumento discreto na região mamária, aparentemente indolor, sem sinais inflamatórios, sem alterações do tecido subcutâneo, sem aderência aos tecidos subjacentes. Vai continuar medidas higiénicas do nariz, aplicar soro fisiológico e aspirar. Realizar vigilância ao seu meio ambiente (5 dias após o 10º episódio, com 2 meses e 10 dias de vida);

12-Irritabilidade associado a desconforto abdominal desde o dia anterior, sem febre. À observação encontra-se apirética, pele e mucosas coradas e hidratadas, aparentemente sem dor, boa vitalidade, confortável ao colo da mãe. Apresenta cólicas e candidíase oral, tem indicação para fazer terapêutica sintomática e Daktarin (13 dias após o 11º episódio, com 2 meses e 23 dias de vida);

13-Lesões na mucosa oral com agravamento hoje. À observação mantém orofaringe com candidíase, indicação para manter Daktarin e foram novamente explicados os sinais de alarme (12 dias após o 12º episódio, 3 meses e 4 dias de vida);

A bebé fará dia 22 de outubro 2017, 4 meses de vida.

A terceira VD realizada foi ao K. que nasceu pré-termo com 34 semanas de gestação e esteve 24 dias internado na UCEN.

A VD realizou-se 2 dias após a alta e na observação o bebé apresentava abdómen timpanizado, não evacuava há 48 horas, tendo sido feita massagem que surtiu efeito e apresentava também ligeiro exsudado no olho direito, não foram registadas outras alterações na observação do RN. As prescrições de enfermagem realizadas foram, avaliação do peso uma vez por semana e foram reforçados ensinamentos sobre alívio das cólicas, necessidade de administrar as vitaminas por colher, sobre as visitas e importância de evitar aglomerados de pessoas e sobre a lavagem dos olhos com soro fisiológico.

Os pais do K. recorreram uma vez ao serviço de urgência pediátrica, com dois meses de vida, e as queixas apresentadas foram, tosse produtiva há dois dias, com a mãe a referir gemido e tosse produtiva há 3 dias, episódios de regurgitação mais frequentes que o habitual. À observação apresenta polipneia ligeira e está corado e hidratado. Fez limpeza nasal com soro fisiológico e foi aplicado bebegel. Não apresentou alterações significativas, estando calmo e sem choro. Teve alta com indicação para fazer aplicação de bebegel SOS, fazer biogaia, colimil, vigantol, ferro e protovit. O bebé fez dia 1 de outubro 2017, 3 meses de vida.

A quarta VD realizada foi ao M. que nasceu pré-termo, com 33 semanas e 5 dias de gestação, e esteve 13 dias internado na UCEN.

A visita domiciliária foi efetuada 2 dias após a alta e não foram registadas alterações na observação do RN, para além de ligeiros sinais inflamatórios na cicatriz umbilical. As prescrições de enfermagem realizadas foram, avaliação do peso 2 vezes por semana e reforçados ensinamentos sobre desinfeção da cicatriz umbilical e a necessidade de o fazer mais vezes por dia e sobre amamentação. A mãe verbalizou a importância de um contacto telefónico nas primeiras 24 horas.

Os pais do M. não recorreram à urgência pediátrica, até ao momento em que foi feita a pesquisa para a realização deste trabalho. O bebé fez dia 10 de outubro 2017, 2 meses de vida.

A quinta VD realizada foi ao J. que nasceu pré-termo, com 35 semanas e 1 dia de gestação, e esteve 16 dias internado na UCEN.

A visita domiciliária foi efetuada 2 dias após a alta e não foram registadas alterações na observação do RN. As prescrições de enfermagem realizadas foram, avaliação do peso 2 vezes por semana e foram reforçados ensinamentos sobre amamentação e sinais de doença.

Os pais do J. não recorreram à urgência pediátrica, até ao momento em que foi feita a pesquisa para a realização deste trabalho. O bebé fará dia 19 de outubro 2017, 2 meses de vida.

A sexta VD realizada foi ao D. que nasceu pré-termo, com 33 semanas e 5 dias de gestação, e esteve 21 dias internado na UCEN. A visita domiciliária foi efetuada 4 dias após a alta e não foram registadas alterações na observação do RN. As prescrições de enfermagem realizadas foram, avaliação do peso 2 vezes por semana e foram reforçados ensinamentos sobre amamentação, cuidados a ter com esterilização do material e doseamento do leite com água fervida e cólicas abdominais, com massagem e flexão dos membros inferiores.

Os pais do D. não recorreram à urgência pediátrica, até ao momento em que foi feita a pesquisa para a realização deste trabalho. O bebé fará dia 30 de outubro 2 meses de vida.

2 -DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÃO

Da análise realizada às prescrições efetuadas nas VD podemos concluir que, para além da avaliação ponderal, que foi comum a todas, as restantes foram reforços de ensinos, de acordo com as necessidades identificadas pela família e pela enfermeira que realizou a VD. Os ensinos realizados foram sobre cólicas (4 vezes), amamentação (3 vezes), administração de vitaminas por colher (3 vezes), suplemento após as mamadas (2 vezes), sobreaquecimento (2 vezes), desinfeção do cordão umbilical (2 vezes), limitação de visitas (1 vez), lavagem dos olhos (1 vez), utilização de cânula de bebegel como sonda de gases (1 vez), prevenir infeção restringindo contacto do RN com pessoas doentes (1 vez) e sinais de doença (1 vez).

As idas à urgência pediátrica ocorreram em três dos casos, dois por situação de doença, uma delas já com dois meses de vida e a outra com 26 dias de vida, ficando resolvida a situação, sem reincidência. O terceiro caso de idas à urgência pediátrica ocorreu por treze vezes, a primeira com 16 dias de vida, os motivos foram essencialmente por cólicas (3 vezes seguidas), permanência de exsudado vaginal (diagnóstico de candidíase da vulva e vagina), obstipação, agravamento da candidíase, tosse (2 vezes seguidas), choro inconsolável e recusa alimentar (foi decidido internamento por suspeita de abuso e negligência na 9ª ida à urgência), dificuldade em se alimentar (2 dias após a alta do internamento), tumefação na região mamaria, cólicas e candidíase oral (2 vezes seguidas) a última ida à urgência foi com 3 meses de vida. Em todas as observações foram reforçados os respetivos ensinos, não evitando a reincidência na ida à urgência, algumas vezes dias seguidos ou dia sim dia não.

Neste caso foram realizados ensinos na VD sobre a necessidade de oferecer suplemento de leite materno após a mamada e sobre o alívio de cólicas, os principais motivos da ida à urgência podendo assim concluir que, apesar de todos os ensinos realizados junto dos pais, e da promoção e treino das suas competências, quando levaram o bebé para casa os pais sentiram medos e inseguranças que se acentuaram com o decorrer da estadia em casa. De acordo com Cloherty, Eichenwald & Stark (2005) os pais podem sentir-se sozinhos e abandonados após a alta clínica, e as suas necessidades podem acentuar-se dependendo das características da família. Os pais dos bebés prematuros, segundo Vidigal (2003), no momento da alta, são confrontados com o afastamento da tecnologia e dos profissionais de saúde que lhes davam sentimentos de segurança.

Pensamos que neste caso teria sido importante a VD conjunta, com a colega dos cuidados de saúde primários, para que a continuidade dos cuidados pudesse ter ficado assegurada, sem a necessidade de recorrer à urgência pediátrica. Tal como dizem Azevedo & Sousa (2012), a qualidade e continuidade dos cuidados de enfermagem dependem da partilha de informação entre os diferentes contextos de saúde,

Hospital e Centro de Saúde. Desta forma, e segundo Sousa, Frade & Mendonça (2005), a otimização da partilha de informação em tempo útil, entre o enfermeiro do internamento e o enfermeiro de cuidados de saúde primários, é tida como uma estratégia para a melhoria dos cuidados.

BIBLIOGRAFIA

- Azevedo, P., & Sousa, P. (2012). Partilha de informação de Enfermagem: dimensões do Papel do Prestador de Cuidados. *Revista de Enfermagem Referência III (7)*, pp. 113-122.
- Cloherty, J., Eichenwald, E., & StarK, A. (2005). *Manual da Neonatologia 5ª ed.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Sousa, P., Frade, M., & Mendonça, D. (2005). *Um modelo de organização e partilha de informação de enfermagem entre um Hospital e o Centro de Saúde: estudo delphi.* Obtido de Acta Paulista de Enfermagem.
- Vidigal, V., Pires, A., & Matos, R. (2003). Prematuridade e comportamento maternal. Em A. Pires, *Crianças e Pais em Risco*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Apêndice II – Apresentação do Trabalho de Pesquisa Realizado na UCEN



Pesquisa realizada aos registos da Visita Domiciliária UCEN

Discente: Vera Branca
Enfermeira Supervisora: [Redacted]

Foram realizadas 6 Visitas Domiciliárias

- L., pré-termo com 35 semanas e 6 dias de gestação, esteve 12 dias internado na UCEN. A VD foi efetuada, conjuntamente com a colega dos cuidados de saúde primários, 6 dias após a alta.
- M. V., pré-termo com 35 semanas de gestação, esteve internada 5 dias no Hospital [Redacted] onde nasceu e foi transferida para a UCEN, onde esteve também 5 dias internada. A VD foi realizada 4 dias após a alta.



Foram realizadas 6 Visitas Domiciliárias

- K., pré-termo com 34 semanas de gestação, esteve 24 dias internado na UCEN. A VD realizou-se 2 dias após a alta
- M., pré-termo com 33 semanas e 5 dias de gestação, esteve 13 dias internado na UCEN. A VD realizou-se 2 dias após a alta.
- J., pré-termo com 35 semanas e 1 dia de gestação, esteve 16 dias internado na UCEN. A VD realizou-se 2 dias após a alta.
- D., pré-termo com 33 semanas e 5 dias de gestação, esteve 21 dias internado na UCEN. A VD realizou-se 4 dias após a alta



Prescrições realizadas

- Avaliação ponderal, comum a todas
- Reforços de ensinamentos, de acordo com as necessidades identificadas pela família e pela enfermeira que realizou a VD.
 - ➔ Cólicas (4 vezes)
 - ➔ Amamentação (3 vezes)
 - ➔ Administração de vitaminas por colher (3 vezes)
 - ➔ Suplemento após as mamadas (2 vezes)
 - ➔ Sobreaquecimento (2 vezes)
 - ➔ Desinfecção do cordão umbilical (2 vezes)



Prescrições realizadas

- ➔ Limitação de visitas (1 vez)
- ➔ Lavagem dos olhos (1 vez)
- ➔ Utilização de cânula de bebegel como sonda de gases (1 vez)
- ➔ Prevenção de infeção restringindo contacto do RN com pessoas doentes (1 vez)
- ➔ Sinais de doença (1 vez).

Uma das famílias verbalizou a pertinência de haver contacto telefónico nas primeiras 24 horas



Idas à Urgência Pediátrica e Internamento

- 26 dias de vida, 2 episódios de vômito em jato e estar mais choroso, sem outros sintomas, indicação para realizar estimulação intestinal para diminuir o abdómen timpanizado.
- 3 meses de vida, diminuição do apetite e odinofagia, confirmando-se o diagnóstico de nasofaringite aguda

L.

- Dois meses de vida, tosse produtiva há dois dias, com a mãe a referir gemido e tosse produtiva há 3 dias, episódios de regurgitação mais frequentes que o habitual. Polipneia ligeira, corado e hidratado. Não apresentou alterações significativas, estando calmo e sem choro. Teve alta com indicação para fazer aplicação de bebegel SOS, fazer biogáia, colimil, vigantol, ferro e protovit.

K.

M. V.

- 13 vezes a primeira com 16 dias de vida, 6 dias após a alta e 2 dias após a visita domiciliária

Idas à Urgência Pediátrica e Internamento

- Cólicas (3 vezes seguidas)
 - Permanência de exsudado vaginal (diagnóstico de candidíase da vulva e vagina)
 - Obstipação
 - Agravamento da candidíase
 - Tosse (2 vezes seguidas)
 - Choro inconsolável e recusa alimentar (foi decidido internamento por suspeita de abuso e negligência na 9ª ida à urgência)
 - Dificuldade em se alimentar (2 dias após a alta do internamento)
 - Tumeção na região mamária
 - Cólicas e candidíase oral (2 vezes seguidas)
- Última ida à urgência foi com 3 meses de vida

Idas à Urgência Pediátrica e Internamento

Episódio de Urgência 9 (1 mês e 27 dias de vida)

- Internamento por suspeita de maus tratos e negligência.
- 8 dias internada no serviço de pediatria.
- Não foram detetadas alterações.
- Síndrome de Munchausen por procuração.
- Antecedentes psiquiátricos e familiares da mãe, nomeadamente, tentativa de suicídio antes de engravidar, e ter crescido em família disfuncional, sendo que avô materno já esteve preso e é Ex-toxicodependente.



Apêndice III - Plano da Sessão de Formação sobre Aleitamento Materno



PLANO DE SESSÃO

LOCAL: Centro de Saúde de [REDACTED]

DATA: 12/12/2017

HORA: 11h

DURAÇÃO: 30 minutos

DESTINATÁRIOS: Equipa de Enfermagem da UCSP de [REDACTED]

PRELETORA: Mestranda Vera Branca

SUPERVISORA CLÍNICA: CM

PROFESSORA ORIENTADORA: GC

TEMA: Aleitamento Materno

OBJETIVO GERAL:

- Potenciar a aquisição de conhecimentos sobre o aleitamento materno.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Desenvolver e fundamentar o tema;
- Motivar a equipa de enfermagem para a importância de promover o aleitamento materno;
- Esclarecer dúvidas que existam

ETAPA	DURAÇÃO	ATIVIDADES	DESTINATÁRIOS	METODOLOGIA	RECURSOS
INTRODUÇÃO	5`	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento; - Introdução ao tema; - Contextualização da temática a ser abordada. 	Equipa de Enfermagem	Método Interrogativo e Expositivo Dinâmica de grupo	Humanos e Visuais (computador e projetor) Questionários de Diagnóstico
DESENVOLVIMENTO	20`	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação de power point com informação sobre: definição aleitamento materno, principais razões do insucesso do aleitamento materno, Fisiologia do AM, reflexo prolactina e ocitocina, variações na composição do leite materno, diferenças entre LM e LA, importância da pega na amamentação, como ajudar a mãe na amamentação, como observar uma mamada, quais as competências do profissional de saúde e os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno. 	Equipa de Enfermagem	Método Expositivo e interativo	Humanos e Visuais (computador e projetor)
CONCLUSÃO	5`	<ul style="list-style-type: none"> - Síntese dos conteúdos abordados; - Esclarecimento de dúvidas; - Aplicação de questionários de avaliação da sessão 	Equipa de Enfermagem	Expositivo e interativo	Humanos Questionários de Avaliação da Sessão

Apêndice IV – Apresentação da Sessão sobre Aleitamento Materno

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
 INSTITUTO DE SAÚDE
 3 3
 5 5
 6 6
 7 7
 8 8
 9 9
 10 10
 11 11
 12 12
 13 13
 14 14
 15 15
 16 16
 17 17
 18 18
 19 19
 20 20
 21 21
 22 22
 23 23
 24 24
 25 25
 26 26
 27 27
 28 28
 29 29
 30 30
 31 31
 32 32
 33 33
 34 34
 35 35
 36 36
 37 37
 38 38
 39 39
 40 40
 41 41
 42 42
 43 43
 44 44
 45 45
 46 46
 47 47
 48 48
 49 49
 50 50
 51 51
 52 52
 53 53
 54 54
 55 55
 56 56
 57 57
 58 58
 59 59
 60 60
 61 61
 62 62
 63 63
 64 64
 65 65
 66 66
 67 67
 68 68
 69 69
 70 70
 71 71
 72 72
 73 73
 74 74
 75 75
 76 76
 77 77
 78 78
 79 79
 80 80
 81 81
 82 82
 83 83
 84 84
 85 85
 86 86
 87 87
 88 88
 89 89
 90 90
 91 91
 92 92
 93 93
 94 94
 95 95
 96 96
 97 97
 98 98
 99 99
 100 100

ALEITAMENTO MATERNO



Discente: Vera Branca
 Enfermeira Supervisora: [Redacted]
 Orientador: Professora [Redacted]

ALEITAMENTO MATERNO

A OMS e a UNICEF recomendam o aleitamento materno exclusivo desde o nascimento até aos 6 meses, e a manutenção da amamentação com alimentos complementares até aos dois anos de idade ou mais.

Principais razões do insucesso do aleitamento materno

- As mães acreditarem que não têm leite suficiente ou terem tido algumas dificuldades para iniciar e manter a amamentação.
- A mãe trabalhar fora de casa e não saber como manter a amamentação e o trabalho.
- A mãe não ter quem a ajude ou a rotina do serviço de saúde e os conselhos que ela recebe não serem de apoio à amamentação.

COMO FUNCIONA O ALEITAMENTO MATERNO

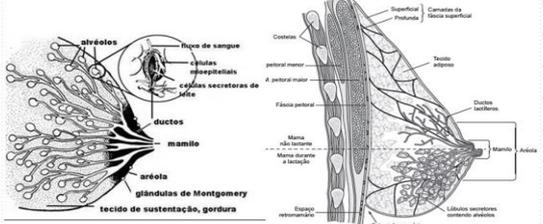
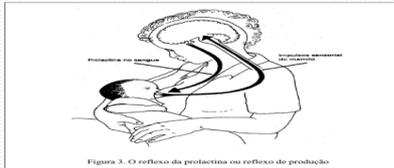



Figura 3. O reflexo da prolactina ou reflexo de produção

- Entra em circulação depois da mamada para produzir o leite na mamada seguinte.
- É segregada em maior quantidade à noite e suprime a ovulação (Método de Amenorreia Lactacional-MELA)



Figura 4. O reflexo da OXITOCINA ou reflexo da "descida"

- Atua ANTES ou DURANTE a mamada e permite a ejeção do leite.

- Pensar carinhosamente no bebé.
- Tocar, olhar, ouvir o bebé.

SENTIR-SE SEGURA DE SI MESMA

Estimulo para o reflexo da ocitocina

FATOR INIBIDOR



Bloqueio para o reflexo da ocitocina

Presente no leite materno

- Preocupação
- Stress
- Dor
- Insegurança

SINAIS E SENSações DE UM REFLEXO DE OXITOCINA ATIVO

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

VARIAÇÕES NA COMPOSIÇÃO DO LEITE MATERNO

O **colostro** é o leite materno que a mulher produz nos primeiros dias após o parto. É espesso e de cor amarelada ou transparente.

Leite maduro é o leite materno que é produzido após alguns dias. A quantidade torna-se maior e as mamas tornam-se completamente cheias, endurecidas e pesadas.

VARIAÇÕES NA COMPOSIÇÃO DO LEITE MATERNO (colostro)

Propriedades

- Rico em anticorpos
- Muitos tipos de leucócitos
- Laxante
- Fatores de crescimento
- Rico em vitamina A

Importância

- Protegem contra a infeção e alergia
- Protegem contra a infeção
- Elimina mecónio
- Colabora na prevenção da icterícia
- Ajudam na maturação intestinal, previne alergia e intolerância alimentar
- Reduz a gravidade das infeções, previne doenças oculares.

VARIAÇÕES NA COMPOSIÇÃO DO LEITE MATERNO (Leite Maduro)

Leite Inicial

- Produzido no início da mamada
- Parece mais azulado
- Fornece uma grande quantidade de lactose, proteínas e outros nutrientes

Leite Final

- Produzido no final da mamada
- É mais branco
- Contém mais gordura

Leite Materno:

- Nutrientes Perfeitos
- É utilizado de modo eficiente
- Facilmente digerível



Aleitamento Materno:

- Favorece o desenvolvimento do bebé e o seu relacionamento com a mãe "vínculo".
- Pode adiar uma nova gravidez
- Protege a saúde da mãe.

CUSTA MENOS QUE O LEITE DE FÓRMULA

	LEITE MATERNO	LEITE ANIMAL	LEITE DE FÓRMULA
Contaminantes Bacterianos	Nenhum	Provável	Provável quando misturado
Fatores anti-infecciosos	Presentes	Ausentes	Ausentes
Fatores de crescimento	Presentes	Ausentes	Ausentes
Proteínas	Quantidade correta Fáceis de digerir	Demasiadas Difíceis de digerir	Parcialmente corrigida
Gorduras	Bastantes ácidos gordos essenciais Contém lipase	Gorduras essenciais ausentes Não contém lipase	Gorduras essenciais ausentes Não contém lipase
Ferro	Pequena quantidade Bem absorvido	Suplementação necessária	Suplementado Não é bem absorvido
Vitaminas	Suficiente	Insuficiente em Vit. A e C	Suplementado em vitaminas
Água	Suficiente	Suplementação necessária	Pode necessitar de suplementação

PROTEÇÃO CONTRA INFEÇÃO



Perigos da Alimentação Artificial

- Interfere com a formação do vínculo mãe-filho

- ✓ Mais diarreias e infeções respiratórias
- ✓ Diarreia prolongada
- ✓ Desnutrição e deficiência de Vitamina A
- ✓ Mortalidade Infantil mais elevada



- ✓ Maior risco de alergia e intolerância ao leite
- ✓ Aumenta o risco de contrair algumas doenças crónicas
- ✓ Risco de Obesidade
- ✓ Competências intelectuais mais baixas

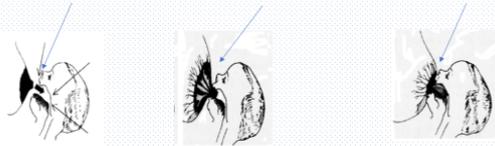
Risco de Doença Materna

- ✓ Maior risco de anemia, cancro do ovário e da mama

Como ajudar a mãe no início da amamentação

- Evitar pressa (stress) e barulho;
- Perguntar à mãe como se sente e como está a correr a amamentação;
- Observar a mamada;
- Ajudar no posicionamento do bebé à mama se necessário;
- Dar apenas a informação relevante.

Reflexo de Busca Reflexo de Sucção Reflexo de Deglutição



APTIDÕES:

- Mãe aprende a colocar o bebé à mama na posição correta
- O bebé aprende a abocanhar a mama

Sequência de uma Boa Pega



Uma boa pega



- O bebé deve introduzir na boca toda a aréola e não apenas o mamilo.
- A boca do bebé está bem aberta, quase não se vê a auréola (principalmente em baixo).
- O queixo do bebé toca na mama.
- O lábio inferior está enrolado para baixo.
- Bochechas redondas, cheias.

Causas de uma pega incorreta

- Uso de biberão → • Antes que a amamentação se estabeleça. Quando é introduzido um suplemento.
- Mãe inexperiente → • Primeiro filho, antecedentes de utilização de biberão.
- Dificuldade funcional → • Bebê pequeno ou débil; mamilo pouco saliente; ingurgitamento; início tardio da amamentação
- Falta de apoio de pessoa competente → • Médicos, parteiras e enfermeiros não treinados para ajudar.

PEGA INCORRETA



Consequências de uma pega incorreta

- Dor e feridas nos mamilos → • Mamilos dolorosos, fissuras
- O leite materno não é extraído com eficiência → • Ingurgitamento
- A oferta de leite parece insuficiente → • Bebê insatisfeito, quer mamar mais
- • Bebê frustrado, recusa-se a mamar
- As mamas produzem menos leite → • Bebê não aumenta o peso

Problemas da mama

- Mamilos planos ou invertidos, longos ou grandes;
- Mamilos doridos e fissuras de mamilos (candidíase);
- Ingurgitamento;
- Ducto bloqueado e mastite;

➡ O diagnóstico e tratamento destes problemas da mama é imprescindível para aliviar a mãe e para o sucesso da manutenção da amamentação

Como avaliar uma mamada

- 1- O que observa na mãe?
- 2- Como é que a mãe segura o bebé?
- 3- O que observa no bebé?
- 4- Como é que o bebé responde?
- 5- Como é que a mãe põe o bebé na mama?
- 6- Como é que a mãe segura a mama durante a mamada?
- 7- A pega do bebé parece correta?
- 8- O bebé está a sugar efetivamente?
- 9- Como é que a mamada termina?
- 10- O bebé parece satisfeito?
- 11- Qual o estado das mamas da mãe?
- 12- Como é que a mãe se sente a amamentar?

Competências do Profissional

➡ Competências de ouvir e aprender

- Utilizar comunicação não verbal útil;
- Fazer perguntas abertas;
- Utilizar respostas e gestos que demonstrem interesse;
- Devolver com as palavras o que a mãe diz;
- Demonstrar à mãe que compreende o que ela sente;
- Evitar palavras que soem a julgamento

SUCESSO DA AMAMENTAÇÃO

A amamentação tem sucesso na maioria dos casos se:

- A mãe se sentir bem consigo própria;
- O bebé pegar corretamente na mama e fazer uma sucção eficaz;
- O beber mamar frequentemente e o tempo que desejar;
- O ambiente for de apoio à amamentação.

Bibliografia

- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). Manual de Aleitamento Materno. Comité Português para a UNICEF, Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.
- OMS, & UNICEF. (Tradução Portuguesa, 2007). Aconselhamento em Amamentação: Um curso de treino, Manual do Participante.

Apêndice V - Questionário de Avaliação das Sessões de Formação

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

O presente questionário tem como objetivo avaliar a qualidade da sessão de formação realizada. As respostas são anónimas. Agradeço que responda a todas as questões assinalando com um X o valor da escala que considera mais adequado (sendo 1 o nível mais baixo e 5 o nível mais alto):

1. Avaliação da geral da ação:

	1	2	3	4	5
Os objetivos propostos foram cumpridos					
A metodologia utilizada foi adequada					
A gestão dos recursos foi adequada					
O espaço em que decorreu a ação foi adequado					
A duração da ação foi adequada					
A ação permitiu a aquisição de novos conhecimentos					

2. Avaliação da formadora:

	1	2	3	4	5
Os conteúdos foram adequados					
Demonstrou dominar os conteúdos tratados					
A linguagem utilizada foi clara e assertiva					
Esclareceu as dúvidas que surgiram					
Conseguiu motivar os formandos					

Comentários/ Sugestões:

Agradeço a colaboração!

Apêndice VI – Questionário de Diagnóstico de Situação - Enfermeiros

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**



QUESTIONÁRIO

O Curso do Mestrado em Enfermagem em Associação com área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica visa a aplicação de metodologia de trabalho de projeto para identificação de uma problemática com potencial de melhoria.

Neste contexto e com base na linha de investigação "Necessidades em Cuidados de Enfermagem em populações específicas", com este questionário pretendemos conhecer a perceção dos enfermeiros sobre a realização da Visita Domiciliária ao recém-nascido e família pela Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria.

O questionário encontra-se estruturado em duas partes: uma primeira que caracteriza a equipa de enfermagem, uma segunda parte onde se pretende conhecer a perceção/opinião da equipa relativamente à visita domiciliária de enfermagem ao Recém-nascido e família e a sua implementação na unidade.

Este questionário é anónimo, não devendo por isso colocar a sua identificação em nenhuma das folhas nem assinar o questionário. Não existem respostas certas ou erradas. Por isso solicitamos que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões. O tempo médio de resposta ao questionário é cerca de cinco minutos.

A sua colaboração no preenchimento do mesmo será essencial para o desenvolvimento do projeto, agradecemos a sua colaboração.

Vera Mónica Carvalho Cabeça Branca

Parte I – Caracterização da Equipa

De acordo com a sua situação assinale com “X” e responda:

1. Género:

Masculino Feminino

2. Idade:

20 a 29 anos 30 a 39 anos 40 a 49 anos

50 a 59 anos ≥ 60 anos

3. Habilitações Académicas:

Bacharelato em Enfermagem Licenciatura em Enfermagem

Curso Pós Licenciatura em Enfermagem (Especialidade), em: _____

Pós Graduação Mestrado

Doutoramento

4. Anos na Profissão

0 a 4 anos 5 a 9 anos 10 a 14 anos 15 a 19 anos

≥ 20 anos

5. Tempo na UCSP/UCC

0 a 4 anos 5 a 9 anos 10 a 14 anos

15 a 19 anos \geq 20 anos

Parte II- Implementação da Visita Domiciliária ao Recém-nascido e família

Assinale com “X” as respostas que melhor se adaptam à situação e responda segundo a sua opinião.

1 - Considera que a Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e Família até aos 15 dias é importante para a vigilância de saúde do Recém-nascido e para a promoção das competências parentais?

Sim Não

Justifique a sua resposta.

2 – Acha que a Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e Família até aos 15 dias deve ser realizada pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria?

Sim Não

Justifique a sua resposta.

3 - Considera que os recursos humanos são suficientes para implementar a Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e Família?

Sim Não

Justifique a sua resposta.

4 – Considera que os recursos materiais existentes são suficientes para implementar a Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e Família?

Sim Não

Justifique a sua resposta.

5- Acha importante a existência de um instrumento de registo de observação do Recém-nascido e das competências parentais para utilizar como guião na Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e família?

Sim Não

Justifique a sua resposta.

6- Quais as estratégias que acha importante realizar com a equipa de enfermagem e com as grávidas, para implementar a Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e família?

Muito obrigada pela sua colaboração!

Apêndice VII- Questionário de Diagnóstico da Situação - Grávidas

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Questionário

O Curso do Mestrado em Enfermagem em Associação com área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica visa a aplicação de metodologia de trabalho de projeto para identificação de uma problemática com potencial de melhoria.

Neste contexto e com base na linha de investigação "Necessidades em Cuidados de Enfermagem em populações específicas", pretendemos conhecer a perceção das grávidas, sobre a necessidade de desenvolvimento, com posterior implementação da Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e família, no [REDACTED].

O questionário encontra-se estruturado em duas partes: uma primeira que caracteriza as grávidas e uma segunda parte onde se pretende conhecer a perceção/opinião das grávidas relativamente à perceção da necessidade da implementação da visita domiciliária de enfermagem ao Recém-nascido e família.

Este questionário é anónimo, não devendo por isso colocar a sua identificação em nenhuma das folhas nem assinar o questionário. Não existem respostas certas ou erradas. Por isso solicitamos que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões. O tempo médio de resposta ao questionário é cerca de cinco minutos.

A sua colaboração no preenchimento do mesmo será essencial para o desenvolvimento do projeto. Agradecemos a sua colaboração e disponibilizamo-nos a divulgar os dados obtidos, que constatarão no Relatório, se assim o entenderem.

Vera Mónica Carvalho Cabeça Branca

Parte I – Caracterização da Grávida

Assinale com “X” e responda de acordo com a sua situação.

1- Idade: _____

2 – Escolaridade:

Quarto Ano 12º Ano Bacharelato Licenciatura

Outro Qual? _____

3- N° de Filhos _____

4 - Idade dos filhos _____

5 - N° Semanas de gravidez gestação atual _____

6 - Data provável do parto _____

Parte II- Perceção sobre a necessidade de Implementação da Visita Domiciliária ao Recém-nascido e família

Assinale com “X” as respostas que melhor se adaptam à situação e responda segundo a sua opinião.

1 – Frequenta as consultas vigilância saúde materna:

- Na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados 

- No seu médico particular

- Outro Qual? _____

- Não faz vigilância

2 – Frequenta o Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade do Centro de [REDACTED]?

Sim Não

3 – Considera que obteve todos os conhecimentos para cuidar do seu filho Recém-nascido?

Sim Não

3.1 – Quem lhe forneceu os conhecimentos referidos na pergunta anterior?

Médico Enfermeiro Familiar

Amigo Outro Qual? _____

4 - Considera que seria importante para si a realização de uma Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e Família até aos 15 dias de vida?

Sim Não

Justifique a sua resposta.

5 – Gostaria que na sua unidade de saúde fosse implementada a realização de uma Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e Família até aos 15 dias de vida?

Sim Não

Se respondeu não, justifique a sua resposta.

6 – Se respondeu sim, quais os procedimentos que gostaria de ver realizados? Assinale com uma cruz.

- Realização do Teste de Diagnóstico Precoce (teste do pezinho)
- Avaliação do peso do Recém-nascido

- Ensino sobre Cuidados de higiene
- Ensino sobre cuidados ao cordão umbilical
- Ensino sobre amamentação
- Ensino sobre como manter o ambiente seguro
- Ensino sobre sinais de doença
- Outros

Refira quais _____

Obrigada pela sua Colaboração!

Apêndice VIII– Carta de Pedido de Autorização de Implementação do Projeto

Exma. Sra. Coordenadora da Unidade de Cuidados
de Saúde Personalizados de

Assunto: Pedido de autorização para desenvolver o Projeto Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e Família: Um Contributo para o bem-estar e maximização da saúde, na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de

Vera Mónica Carvalho Cabeça Branca, aluna do Mestrado em Associação em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, da Universidade de Évora, vem por este meio solicitar a vossa excelência autorização para desenvolver o Projeto Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e Família: Um Contributo para o bem-estar e maximização da saúde, no período compreendido entre 30 de outubro de 2017 e 27 de janeiro de 2018, com a participação da equipa de enfermagem e utentes grávidas da referida unidade, que aceitem participar neste projeto. Este projeto será alvo de relatório, sob orientação da Sra. Professora Maria Gabriela Calado, a apresentar em discussão pública, para obtenção de grau de Mestre.

O objetivo geral do projeto é:

- Contribuir para a implementação da Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e Família, utentes da UCSP , até aos 15 dias de vida.

Salientamos que a confidencialidade dos dados recolhidos é garantida, pois em nenhum momento da redação do relatório será referido o nome dos enfermeiros da UCSP ou das grávidas que aceitarem participar no projeto.

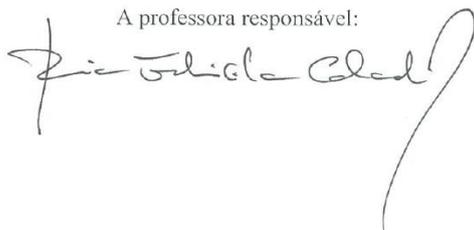
Antecipadamente gratos pela sua colaboração e disponibilidade, despedimo-nos atenciosamente.

Pede deferimento

6 novembro 2017

Cancelado
6/11/17

A professora responsável:



A Aluna:

Vera Mónica Carvalho Cabeça Branca

Apêndice IX – Plano da Sessão de Formação e Apresentação do Projeto de Estágio à Equipa de Enfermagem da UCSP E UCC



PLANO DE SESSÃO

LOCAL: Centro de Saúde de [REDACTED]

DATA: 21/11/2017

HORA: 11h

DURAÇÃO: 50 minutos

DESTINATÁRIOS: Equipa de Enfermagem da UCSP e da UCC de [REDACTED]

PRELETORA: Mestranda Vera Branca

SUPERVISORA CLÍNICA: CM

PROFESSORA ORIENTADORA: GC

TEMA: Visita Domiciliária ao Recém-nascido/Família e Apresentação do Projeto Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-Nascido e Família: Um Contributo para o bem-estar e maximização da saúde

OBJETIVO GERAL:

- Promover o envolvimento da equipa de enfermagem na desenvolvimento e implementação da Visita Domiciliária de Enfermagem ao recém-nascido e família.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Fundamentar a pertinência da problemática;
- Apresentar o Projeto de Intervenção;
- Motivar a equipa de Enfermagem para a importância da realização da Visita Domiciliária ao Recém-nascido/família, no âmbito das boas práticas de cuidados.

ETAPA	DURAÇÃO	ATIVIDADES	DESTINATÁRIOS	METODOLOGIA	RECURSOS
INTRODUÇÃO	10`	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento; - Introdução ao tema; - Contextualização da temática a ser abordada. 	Equipa de Enfermagem	Método Interrogativo e Expositivo Dinâmica de grupo	Humanos e Visuais (computador e projetor)
DESENVOLVIMENTO	30`	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação de power point com fundamentação e pertinência do tema - Apresentação de power point com os objetivos e planeamento do Projeto 	Equipa de Enfermagem	Método Expositivo e interativo	Humanos e Visuais (computador e projetor)
CONCLUSÃO	10`	<ul style="list-style-type: none"> - Síntese dos conteúdos abordados; - Esclarecimento de dúvidas; - Aplicação de questionários de avaliação da sessão 	Equipa de Enfermagem	Expositivo e interativo	Humanos Questionários de Avaliação da Sessão

Apêndice X - Plano de Sessão das Grávidas



PLANO DE SESSÃO

LOCAL: Centro de Saúde de [REDACTED]

DATA: 28 /11/2017

HORA: 17h

DURAÇÃO: 25 minutos

DESTINATÁRIOS: Utentes Grávidas da UCSP que frequentam a preparação para o parto

PRELETORA: Mestranda Vera Branca

SUPERVISORA CLÍNICA: CM

PROFESSORA ORIENTADORA: GC

TEMA: Visita Domiciliária ao Recém-nascido/Família e Apresentação do Projeto Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-Nascido e Família: Um Contributo para o bem-estar e maximização da saúde

OBJETIVO GERAL: Sensibilizar as grávidas para a importância da implementação da visita domiciliária ao recém-nascido e família

OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Apresentar o Projeto Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-Nascido e Família: Um Contributo para o bem-estar e maximização da saúde; Promover a adesão das grávidas na implementação da Visita Domiciliária de Enfermagem ao recém-nascido e família na UCSP de [REDACTED]

ETAPA	DURAÇÃO	ATIVIDADES	DESTINATÁRIOS	METODOLOGIA	RECURSOS
INTRODUÇÃO	5`	- Acolhimento; - Introdução ao tema; - Contextualização da temática a ser abordada.	Utentes grávidas	Método Interrogativo e Expositivo interativo Dinâmica de grupo	Humanos e Visuais (computador e projetor)
DESENVOLVIMENTO	15`	- Apresentação de power point com fundamentação e pertinência do tema - Apresentação de power point com o planeamento do Projeto	Utentes grávidas	Método Expositivo e interativo	Humanos e Visuais (computador e projetor)
CONCLUSÃO	5`	- Síntese dos conteúdos abordados; - Esclarecimento de dúvidas; - Aplicação de questionários de avaliação da sessão	Utentes grávidas	Expositivo e interativo	Humanos Questionários de Avaliação da Sessão

Apêndice XI – Cronograma do Projeto de Estágio

Cronograma do projeto de estágio

Atividades \ Tempo	2017				2018		
	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março
Pesquisa Bibliográfica							
Diagnóstico da Situação							
Definição de Objetivos							
Planeamento							
Execução do Projeto							
Avaliação do Projeto							
Elaboração do relatório Final							
Entrega do Relatório de Estágio							

Apêndice XII – Artigo Científico

Autores:

Vera Branca: Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, Enfermeira na USF Foral de Montemor-o-Novo, verabranca1@gmail.com

M^a Gabriela Calado: Professora Coordenadora na Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, mcalado@uevora.pt

Impacto da Visita domiciliária de Enfermagem ao recém-nascido/lactente/família: uma revisão sistemática da literatura

Impact of the Nursing Home Visit to the newborn / infant / family: a systematic review of the literature

Impacto de la visita domiciliar de enfermería al recién nacido / lactante / familia: una revisión sistemática de la literatura

Resumo

Objetivo: Identificar qual o impacto da visita domiciliária ao recém-nascido /lactente/família, quando realizada por enfermeiros, na saúde e bem-estar da criança e família. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão sistemática da literatura seguindo-se a metodologia do Joanna Briggs Institute, com base numa pesquisa na plataforma EBSCO, pubmed e referências bibliográficas dos artigos encontrados, com o friso cronológico 2010 e 2017. Foram incluídos estudos randomizados controlados que avaliavam o impacto da visita domiciliária de enfermagem realizada quando eram recém-nascidos/lactentes, na saúde e bem-estar da criança e família, em crianças/adolescentes/famílias. **Resultados:** Foram selecionados 11

artigos, estudos randomizados controlados, 7 experimental e 4 follow-up. O processo de sistematização dos dados foi realizado com recurso a tabelas que permitiram facilitar a análise dos estudos. Foram encontrados estudos que avaliam o impacto da realização de visita domiciliária ao recém-nascido/lactente/família a curto (2) e longo (9) prazo, desenvolvidos com grande heterogeneidade na intervenção da visita domiciliária realizada e impactos avaliados, mas os resultados evidenciam ganhos na saúde e bem-estar das crianças e famílias. **Conclusões:** Evidencia-se com os resultados encontrados que a visita domiciliária de ao recém-nascido/lactente/família, realizada por enfermeiros, tem impacto positivo na saúde e bem-estar de criança e família.

Descritores: Visita Domiciliária de Enfermagem, Recém-nascido/Lactente/Família, Saúde e Bem-estar da criança/família, Revisão Sistemática da literatura

Abstract

Objective: To identify the impact of the home visit to the newborn / infant / family, when performed by nurses, on the health and well-being of the child and family. **Methodology:** A systematic review of the literature was carried out following the Joanna Briggs Institute methodology, based on a research on the EBSCO and pubmed platform, and bibliographical references of the articles found, with the chronological frieze 2010 and 2017. Were included Randomized controlled trials evaluating the impact of the home visit of nursing performed when they were newborns / infants, in the health and well-being of the child and family, in children / adolescents / families. **Results:** We selected 11 articles, randomized controlled trials, 7 experimental and 4 follow-up. The data systematization process was carried out using tables that facilitated the analysis of the studies. We have found studies that evaluate the impact of the home visit to the newborn / infant / family in the short (2) and long (9) term, developed with great heterogeneity in the intervention of the home visit performed and evaluated impacts, but the results show gains in the well-being of children and families. **Conclusions:** It is evident from the results found that the home visit of the newborn / infant / family, performed by nurses, has a positive impact on the health and well-being of the child and the family.

Keywords: Nursing home visit, Newborn / Infant / Family, Child / family health and well-being, Systematic review of the literature

Resumen

Objetivo: Identificar cuál es el impacto de la visita domiciliaria al recién nacido / lactante / familia, cuando realizada por enfermeros, en la salud y el bienestar del niño y la familia.

Metodología: Se realizó una revisión sistemática de la literatura siguiendo la metodología del Joanna Briggs Institute, con base en una investigación en la plataforma EBSCO, pubmed y referencias bibliográficas de los artículos encontrados, con el friso cronológico 2010 y 2017.

Se incluyeron estudios randomizados controlados que evaluaban el impacto de la visita domiciliaria de enfermería realizada cuando eran recién nacidos / lactantes, en la salud y bienestar del niño y la familia, en niños / adolescentes / familias. **Resultados:** Se seleccionaron 11 artículos, estudios aleatorizados controlados, 7 experimental y 4 seguimiento. El proceso de sistematización de los datos fue realizado con recurso a tablas que permitieron facilitar el análisis de los estudios. Se encontraron estudios que evalúan el impacto de la realización de visita domiciliaria al recién nacido / lactante / familia a corto (2) y largo (9) plazo, desarrollados con gran heterogeneidad en la intervención de la visita domiciliaria realizada e impactos evaluados, pero los resultados evidencian las ganancias en la salud y el bienestar de los niños y las familias. **Conclusiones:** Se evidencia con los resultados encontrados que la visita domiciliaria del recién nacido / lactante / familia, realizada por enfermeros, tiene impacto positivo en la salud y bienestar de niño y familia.

Descriptor: Visita Domiciliaria de Enfermería, Recién nacido / Lactante / Familia, Salud y Bienestar del niño / familia Revisión Sistemática de la literatura

Introdução

O desenvolvimento da primeira infância é o alicerce essencial para o sucesso em muitas áreas da vida, como o bem-estar físico, a competência em alfabetização, a criminalidade e a participação social e económica, ao longo do curso de vida. O que acontece com a criança nos primeiros anos de vida é crucial para o percurso do desenvolvimento e o ciclo de vida da criança ⁽¹⁾.

Os resultados da saúde e do desenvolvimento das crianças dependem principalmente, das capacidades das famílias para proporcionar um ambiente seguro para os seus bebés e

crianças pequenas. Infelizmente, muitas famílias têm conhecimentos insuficientes sobre habilidades parentais e um sistema de apoio inadequado de amigos, família extensa ou profissionais para ajudá-los ou aconselhá-los a cuidar das crianças ⁽²⁾. O período pós-parto é um período de stress fisiológico e psicológico significativo, devido à imposição de novas aprendizagens, de consolidação da identidade familiar e de estabelecimento de novos laços afetivos ⁽³⁾.

A visita domiciliária (VD) às famílias é uma estratégia de intervenção precoce em muitas nações industrializadas podendo ser gratuita, voluntária e integrada no sistema abrangente de saúde materna e infantil. Está profundamente enraizada na história, com referências aos tempos isabelinos na Inglaterra e aprovada como uma estratégia de Florence Nightingale no século XIX. No último quarto do século 20, foi cada vez mais utilizada como estratégia de prevenção de abuso e negligência infantil, promoção do desenvolvimento da criança e eficácia parental e redução das disparidades de saúde ⁽²⁾.

A VD pode fornecer uma série de apoios para as famílias, a fim de obter resultados tais como, o estabelecimento de relações fortes entre os pais e seus filhos, ambientes domésticos mais seguros e mais estimulantes para crianças e, conseqüentemente, bem-estar infantil e aproveitamento escolar. Os serviços de visita domiciliária podem também promover o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento da criança, o bem-estar dos pais e a autossuficiência familiar ⁽⁴⁾. Realizar a intervenção em casa oferece mais oportunidades para promover o envolvimento de toda a família, serviço personalizado, atenção individual e construção de relacionamento ⁽⁵⁾.

Ao envolver as famílias em programas de VD, durante o período pré-natal ou início da infância, a maioria até ao final da idade lactente, pretende-se melhorar as trajetórias de desenvolvimento a longo prazo das crianças, promovendo as habilidades parentais, apoio social, gestão de problemas e o acesso a serviços comunitários e de saúde ⁽⁶⁾.

As diretrizes internacionais reforçam a necessidade de cuidados e acompanhamento pós-parto. A VD ao recém-nascido e sua família é defendida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Unicef na declaração conjunta, onde afirmam que a mãe e o recém-nascido (RN) precisam de atenção no período imediatamente após o nascimento e afirmam também

que os estudos mostram que as intervenções baseadas em cuidados ao recém-nascido em casa, pode evitar entre 30 e 60 por cento das mortes neonatais em ambientes onde a mortalidade é alta ⁽⁷⁾.

O termo VD é usado de forma diferente em contextos variados, refere-se a uma estratégia baseada em evidências, em que um profissional ou paraprofissional (leigo treinado, mas não licenciado) presta um serviço numa comunidade ou numa casa particular. A VD também se refere à variedade de programas que utilizam visitantes domésticos (membros da comunidade) como forma de tornar o serviço abrangente ⁽⁸⁾.

Segundo Martin “O enfermeiro é o profissional de saúde com melhores condições para desenvolver o seu trabalho no contacto direto com a comunidade, para valorizar o ambiente familiar, o relacionamento entre pais e recém-nascidos desde o primeiro momento (...) o enfermeiro sabe avaliar e como atuar sobre fatores ambientais nocivos ou benéficos, que rodeiam a criança e como reduzi-los, no primeiro caso, ou reforçá-los, no segundo” ⁽⁹⁾.

A VD é uma estratégia que permite a aproximação ao domicílio do utente e da sua família permitindo aos profissionais de saúde, neste caso os enfermeiros, conhecer o seu meio físico e psicossocial ⁽¹⁰⁾. Quando ocorrem situações de transição na vida das pessoas, “os enfermeiros são os cuidadores principais do cliente/família e estão atentos às mudanças e ao impacto nas suas vidas, ajudando-os no processo de transição através da aprendizagem e aquisição de competências” ⁽¹¹⁾.

De acordo com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, a atribuição do título profissional de enfermeiro reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, à família e à comunidade, nos diferentes níveis de prevenção, onde se inclui a VD. ⁽¹²⁾ Reconhece ao enfermeiro especialista competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área clínica da sua especialidade. ⁽¹³⁾ Cada enfermeiro especialista tem objetivos diferentes, no que se refere à realização de VD à puérpera e recém-nascido, ou seja, considerando as competências específicas dos Enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica e de saúde infantil e pediátrica, a visitação domiciliária à puérpera e ao RN, não é exclusivamente de nenhuma e pode situar-se na esfera de ação do enfermeiro especialista em saúde familiar, quando existiR ⁽¹⁴⁾.

A eficácia VD realizadas por enfermeiros, para melhorar os resultados de saúde e bem-estar materna e infantil, foi relatada anteriormente em estudos internacionais e revisões sistemáticas, contudo apesar desta evidência, nos achados mais recentes a maioria das revisões sistemáticas encontradas generalizam a intervenção (enfermeiros, paraprofissionais e visitantes domésticos) e os benefícios da mesma.

Verificamos com a pesquisa efetuada, que em Portugal não existe em grande investimento na implementação desta prática de cuidados. Ao analisar esta evidência, propomo-nos a realizar esta revisão sistemática que tem como objetivo, identificar a literatura existente que demonstre o impacto da visita domiciliária ao recém-nascido/lactente e família, quando realizada por enfermeiros, na saúde e bem-estar da criança e família, de acordo com os achados mais recentes.

Metodologia

Com o objetivo de identificar e sistematizar as melhores evidências sobre a temática, recorreremos aos princípios de uma Revisão Sistemática da Literatura de análise descritiva. As revisões sistemáticas têm como objetivo a análise da viabilidade, adequação, significado e eficácia das intervenções de cuidados de saúde ⁽¹⁵⁾. Esta revisão seguiu a metodologia indicada no Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual.

Tendo em conta o objetivo definido, foi utilizada a estratégia PICOS, para a elaboração da questão de partida, e para a definição dos critérios de inclusão e exclusão na seleção dos artigos. Definiu-se como P- Recém-nascido/lactente e família, I- Visita domiciliária de Enfermagem, C- Ausência de visita domiciliária, realização da visita domiciliária por outros técnicos ou diferentes metodologias de realização de visita domiciliária de enfermagem, O- Impacto na saúde e bem-estar da criança e família, e S- Ensaio Clínico Controlado Randomizado, estabelecendo-se como pergunta de partida: Qual o impacto da visita domiciliária de enfermagem ao recém-nascido/lactente e família na saúde e bem-estar da criança e família?

Foi utilizada uma estratégia de pesquisa para identificação dos artigos em três passos. Foi realizada inicialmente uma pesquisa na plataforma de bases on-line, EBSCO e Pubmed, durante o mês de dezembro de 2017. Partindo do descritor MeSH Browser, organizamos as

palavras-chave com a adição dos operadores booleano AND e OR, sendo eles: Home Visit AND Nurse AND Newborn, e Home Visit AND Nurse OR Home Nursing OR Home Visitation AND Newborn OR Infant AND Family, e Home Visit AND Nurse AND Newborn OR Infant AND Impact AND Child well-being OR Child health OR Parenting, e Home Nursing AND Impact AND Child well-being e Home Nursing AND Impact AND Child health e Home Nursing AND Impact AND Parenting. Posteriormente, foram analisadas as referências bibliográficas de todos os artigos identificados para identificar estudos adicionais. E por fim foi realizada nova pesquisa nas bases de dados com o as palavras chave Nurse AND Family AND Partnerchip. Foram considerados para inclusão nesta revisão estudos escritos em Inglês e gratuitos, disponíveis em texto completo PDF (Free full text). A estratégia de pesquisa abrangeu o período entre janeiro de 2010 e dezembro de 2017.

Definiram-se como critérios de inclusão, artigos em que o tipo de participantes sejam crianças e famílias que foram alvo de visita domiciliária de enfermagem quando eram recém-nascidos/lactentes, em que o tipo de intervenção/fenómeno de interesse seja a visita domiciliária de enfermagem, o tipo de outcomes seja o impacto na saúde e bem-estar da criança e família, e que o tipo de estudo seja um ensaio clínico controlado randomizado. Foi considerado como critério de exclusão, artigos em que os Outcomes se focavam apenas numa área específica da saúde e do bem-estar da criança e Família.

A qualidade dos estudos foi analisada por dois revisores, de acordo com a escala MASTARI critical appraisal tools Randomized Control / Pseudo-randomized Trial de Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual ⁽¹⁵⁾.

Resultados

De acordo com a estratégia definida, a pesquisa efetuada nas bases de dados, resultou em 126 artigos na ebsco e 58 na pubmed, potencialmente relevantes, tendo sido excluídos 12 por se encontrarem duplicados. Foi realizada a leitura dos títulos e definidos os critérios de inclusão, sendo os resultados obtidos após esta seleção, 24 artigos na ebsco e 31 na pubmed. Posteriormente, procedeu-se à leitura dos resumos ficando 33 artigos para serem analisados na íntegra, tendo os restantes sido excluídos por serem revisões sistemáticas e não se incluírem nos critérios de inclusão. Foram também analisados na íntegra 8 estudos identificados nas referências bibliográficas desses trabalhos. Após esta análise e em

conformidade com os objetivos e critérios de inclusão e exclusão inicialmente definidos, foram selecionados 9 estudos das bases de dados e 2 das referências bibliográficas dos artigos analisados, que integram esta revisão.

O processo de extração e síntese dos dados foi realizado com recurso a tabela que permitiu facilitar a análise dos estudos, a qual contemplava os seguintes aspetos: identificação do estudo, país e data, objetivo do estudo, desenho do estudo, número e tipo de participantes, resultados e principais conclusões.

Os estudos analisados foram desenvolvidos em diferentes países e estão distribuídos da seguinte forma: Estados Unidos da América (EUA) (7 estudos), Austrália, Irão, Holanda e Reino Unido (1 estudo cada).

No que concerne à abordagem metodológica dos estudos analisados, do total dos onze estudos encontrados todos apresentam metodologia quantitativa e são estudos randomizados controlados, sete Experimental e quatro follow up.

A amostra dos estudos é constituída por crianças/jovens e famílias que foram alvo de visita domiciliária de enfermagem quando eram recém-nascidos/lactentes. Foram encontrados estudos que avaliam o impacto da VD ao RN/Lactente/Família, a curto (dois) e longo prazo (nove). Dos estudos encontrados nove avaliam o impacto da VD realizada por enfermeiros, no bem-estar da criança e família (seis) e só bem-estar das crianças (cinco).

Com o intuito de melhor compreender e visualizar os resultados obtidos, foram elaboradas três tabelas, que apresentam as características dos estudos selecionados segundo, autor e ano de realização, país de origem, amostra, desenho e objetivo do estudo, tipo de intervenção e resultados, e que foram agrupados de acordo com o tipo de intervenção, nomeadamente, VD realizada por enfermeiros e por outros profissionais (tabela 1), VD realizada por enfermeiros de acordo com o programa Nurse Family Partnerchip (tabela 2) e VD Realizada por Enfermeiros (tabela 3).

Tabela 1 – Características metodológicas dos estudos selecionados e principais resultados.
(VD realizada por enfermeiros e por outros profissionais)

Autor/Ano	País	Amostra	Desenho do Estudo	Objetivo do Estudo	Tipo de Intervenção
Meghea C, Zhu B, Raffo J, et al. Infant health effects of a nurse community health worker home visitation programme: a randomized controlled trial. (E16) (2012)	EUA	613 grávidas e RN, desfavorecidas e jovens, 307 grupo de intervenção e 306 grupo de controlo.	- Estudo Quantitativo - Quase Experimental - Ensaio controlado randomizado - Avaliação aos 12 meses com entrevistas e questionários e consulta registos de saúde infantil.	Testar se crianças a quem foi realizada VD, por uma equipa de enfermeiros e trabalhadores comunitários de saúde tiveram melhores resultados de saúde nos primeiros 12 meses da vida do que as crianças do grupo com VD realizadas só por enfermeiros.	Mulheres no grupo controlo recebeu uma média de 8 VD de enfermagem, (cinco pós-natal), enquanto o grupo de intervenção recebeu uma média de 24 VD de enfermagem e trabalhadores comunitários (13 pós-natal) durante a intervenção.
Resultados		- A intervenção com trabalhadores comunitários de saúde não melhorou a saúde infantil no geral na perspetiva da mãe e não ofereceram vantagens adicionais na melhoria dos resultados específicos de saúde infantil, incluindo condição de doença infantil e imunizações, e redução da hospitalização e visitas aos serviços de emergência. Também não teve efeitos mais fortes na saúde de crianças nascidas de mães com baixos recursos psicossociais e situações de stress.			
Olds D, Holmberg J, Donelan-McCall N, et al. Effects of Home Visits by Paraprofessionals and by Nurses on Children: Age-Six and Nine Follow-Up of a Randomized Trial. (E17) (2014)	EUA	735 grávidas e RN, de poucos recursos económicos. 255 no grupo 1, 245 no grupo 2 e 235 no grupo 3.	- Estudo quantitativo - Follow up - Ensaio controlado randomizado - Avaliação aos 6 e 9 anos com entrevistas, observações e testes psicológicos de comportamento e questionários de mães e professores.	Examinar o impacto da visita domiciliar pré-natal e da infância / criança realizada por paraprofissionais e por enfermeiros de acordo com o programa Nurse Family Partnership (NFP) sobre o desenvolvimento infantil na criança de 6 e 9 anos.	Grupo 1 receberam rastreio de desenvolvimento infantil gratuito e encaminhamento até aos 24 meses de idade. As mulheres no grupo 2 e 3 receberam os cuidados oferecidos ao grupo 1 e VD realizada por paraprofissional (grupo 2) e enfermeiros (grupo 3) durante a gravidez e os 2 primeiros anos de vida da criança.

<i>Resultados</i>	<p>-Na intervenção realizada por paraprofissionais não houve efeitos estatístico significativos sobre os problemas emocionais / comportamentais, mas as crianças nascidas de mães com poucos recursos psicológicos, no entanto, apresentaram menos erros na atenção visual / troca de tarefas aos 9 anos.</p> <p>- As crianças visitadas pelas enfermeiras tiveram menos problemas emocionais / comportamentais totais aos 6 anos, distúrbios psiquiátricos e défices de atenção aos 9 anos. As crianças nascidas de mães de recursos baixos, apresentaram melhor índice de linguagem em média aos 2, 4 e 6 anos e na atenção sustentada aos 4, 6 e 9 anos. Não houve efeitos significativos sobre os problemas de comportamento agressivo, funcionamento intelectual e o desempenho académico.</p>
-------------------	---

Tabela 2 – Características metodológicas dos estudos selecionados e principais resultados.
(VD realizada por enfermeiros de acordo com o programa Nurse Family Partnerchip)

<i>Autor/Ano</i>	<i>País</i>	<i>Amostra</i>	<i>Desenho do Estudo</i>	<i>Objetivo do Estudo</i>	<i>Tipo de Intervenção</i>
Kitzman H, Olds D, Cole R, et al. Enduring Effects of Prenatal and Infancy Home Visiting by Nurses on Children. (E3) (2010)	EUA	Crianças primogêntas de 12 anos (N = 613) filhos de mulheres principalmente afro-americanas economicamente desfavorecidas (N = 743 randomizadas durante a gravidez).	- Estudo Quantitativo - Ensaio randomizado controlado - Follow up - Avaliação aos 12 anos com entrevistas às mães e crianças, aplicação de escalas de avaliação e relatórios dos professores para avaliar comportamento, e consulta dos registos de saúde infantil.	Testar o efeito das VD pré-natais e infantis, realizadas por enfermeiras, sobre o uso de substâncias, ajuste comportamental e realização académica, em crianças de 12 anos de idade.	As mulheres no grupo de intervenção receberam os mesmos serviços que os do grupo controle, além da VD pré (7) e pós-natal (26) até ao segundo aniversário da criança. As mulheres do grupo de controle receberam os cuidados habituais com vigilância de saúde da gravidez e do RN.
<i>Resultados</i>					-As crianças visitadas por enfermeiros, utilizaram menos tabaco, álcool ou droga, ou quando usaram fizeram-no em menor quantidade e em menos dias, relataram menos distúrbios psicológicos/psiquiátricos, tiveram melhores resultados de testes de realização de leitura e matemática aos 12 anos. Não houve efeitos estatisticamente significantes do programa sobre a capacidade de concentração das crianças, os problemas comportamentais e o aproveitamento escolar.

- A colocação da criança em educação especial e a retenção escolar foi menos significativa no grupo de controle, mas analisando a amostra as mães apresentavam mais recursos económicos e sociais do que as do grupo de intervenção.

<p>Eckenrode J, Campa M, Luckey D, et al. Long-term Effects of Prenatal and Infancy Nurse Home Visitation on the Life Course of Youths. ^(E4) (2010)</p>	<p>EUA</p>	<p>Trezentos e dez (78%) jovens de 19 anos das 400 famílias inscritas no programa NFP. As mães selecionadas eram primíparas e jovens (19 anos), solteira ou de baixo nível socioeconómico.</p>	<p>- Estudo quantitativo - Ensaio randomizado controlado - Follow up - Avaliação aos 19 anos com entrevistas aos jovens.</p>	<p>Examinar o efeito da VD de enfermagem pré-natal e infantil sobre o desenvolvimento do curso de vida de jovens de 19 anos.</p>	<p>Famílias do grupo controle receberam cuidados de vigilância de saúde pré-natal e de saúde infantil em consulta até aos dois anos de vida, foi avaliado o desenvolvimento e encaminhado para tratamento quando foi detetada alguma alteração As famílias no grupo de intervenção receberam os mesmos serviços do grupo de controle, mas também receberam uma enfermeira que os visitou em casa durante a gravidez (9) e pós-parto até ao segundo aniversário da criança (24).</p>
--	------------	--	--	--	---

Resultados

- As meninas do grupo de intervenção foram menos vezes presas e condenadas e tiveram menos prisões e condenações ao longo da vida e condenações. As crianças nascidas de mães solteiras e de baixa rendimentos tiveram menos filhos e utilizaram menos o Medicaid do que suas contrapartes do grupo de comparação. Para os meninos, a probabilidade de ocorrer uma prisão aumentou substancialmente para grupos de intervenção e controle após 12 anos de idade. Embora o padrão de resultados seja consistente com os efeitos de intervenção em detenções e condenações encontrado aos 15 anos, não tinham sido encontradas diferenças significativas de sexo nesses resultados. Não foram encontrados efeitos noutros aspetos avaliados da vida dos jovens, como estilos de vida e aproveitamento académico.

<p>Mejdoubi J, Heijkant S, Leerdam F, et al. The Effect of VoorZorg, the Dutch Nurse-Family Partnership, on Child Maltreatment and Development: A</p>	<p>Holand a</p>	<p>223 mulheres e filhos, desfavorecidas, primíparas e com menos de 26 anos de idade como grupo controle e 237 como grupo de</p>	<p>- Estudo quantitativo - Quase Experimental - Ensaio controlado randomizado - Avaliação os 18 e 24 meses com consultas dos registos de casos de maus-tratos, entrevistas aos pais e</p>	<p>Descrever a eficácia do VoorZorg, que é a adaptação holandesa do NFP.</p>	<p>As mulheres do grupo controle receberam os cuidados habituais, ou seja, vigilância de saúde infantil em consulta e duas VD realizadas por enfermeira especialista em pediatria, na primeira e segunda semana pós-parto. As mulheres do grupo de intervenção receberam o cuidado usual e 10 VD durante a gravidez, e 40 no primeiro e</p>
---	-----------------	--	---	--	---

Randomized Controlled Trial. ^(E5) (2015)	intervenção com as mesmas características.	aplicação de escalas de avaliação.			segundo ano da vida da criança por enfermeiros treinados e experientes.
<i>Resultados</i>	Três anos após o nascimento, 19% das crianças do grupo controle apresentaram um relatório de um Centro de assistência ao abuso infantil, as 11% das crianças no grupo de intervenção foram significativamente menores. Dos 6 a 18 meses, os scores totais de avaliação do ambiente em casa aumentaram nos dois grupos. Aos 24 meses, o grupo de intervenção obteve resultados significativamente melhores na avaliação do ambiente em casa. Aos 24 meses após o nascimento, as crianças do grupo de intervenção apresentaram uma melhoria significativa nos distúrbios psiquiátricos, mas nenhuma evidência de diferença do grupo controle nos comportamentos agressivos.				
Robling, M. Bekkers MJ, Bell K, et al. Effectiveness of a nurse-led intensive home-visitation programme for first-time teenage mothers (Building Blocks): a pragmatic randomised controlled trial. ^(E 6) (2015)	Reino Unido	Nulíparas e filhos com idade igual ou inferior a 19 anos, 823 mulheres foram aleatoriamente designadas para receber FNP e 822 para cuidados habituais.	- Estudo quantitativo - Quase Experimental - Ensaio controlado randomizado - Avaliação aos 12, 18 e 24 meses com consulta dos registos de saúde materna e infantil e entrevistas às mães.	Estabelecer a eficácia da FNP implementada e incluída no serviço nacional cuidados de saúde nacional, financiada por fundos públicos.	A FNP envolve até 64 visitas domiciliárias estruturadas realizadas por enfermeiros familiares especialmente recrutados, desde o início da gravidez até as crianças terem 2 anos de idade. Todos os participantes (ambos os grupos) receberam cuidados de saúde oferecidos habitualmente. Isso incluiu, ser oferecida universalmente, VD até o segundo aniversário da criança, entregue por enfermeiros família (grupo FNP) ou enfermeiros especialista de saúde pública da comunidade (grupo de atendimento usual) e cuidados maternos adequados à necessidade clínica.
<i>Resultados</i>	- 304 (56%) de 547 mulheres atribuídas a FNP e 306 (56%) de 545 atribuídas a cuidados habituais fumavam no final da gravidez. O peso médio de 742 bebês com mães atribuídas à FNP foi de 3217gr, e dos 768 bebês atribuídos ao atendimento usual foi de 3197 gr. 587 (81%) de 725 crianças avaliadas com mães atribuídas à FNP e 577 (77%) de 753 crianças avaliadas atribuídas a cuidados habituais atendidas num serviço de emergência ou foram admitidas a hospital pelo menos uma vez antes do segundo aniversário. 426 (66%) de 643 mulheres avaliadas atribuídas a FNP e 427 (66%) 646 atribuídas a cuidados habituais tiveram uma segunda gravidez em 2 anos. Pelo menos um evento adverso grave (principalmente eventos clínicos associados à gravidez e período infantil) foi relatado para 310 (38%) no grupo de cuidados habituais e 357 (44%) no grupo FNP, nenhum dos quais foi considerado relacionado à intervenção.				

Tabela 3 – Características estudos de selecionados e principais resultados (VD realizada por Enfermeiros)

Autor/Ano	País	Amostra	Desenho do Estudo	Objetivo do Estudo	Tipo de Intervenção
Edraki M, Moravej H, Rambod, M. Effect of Home Visit Training Program on Growth and Development of Preterm Infants: A Double Blind Randomized Controlled Trial (E7) (2014)	Irão	Recém-nascidos prematuros 30 grupo de intervenção e 30 grupo controle.	- Estudo quantitativo - Experimental - Ensaio controlado randomizado - Avaliação aos 6 meses, com avaliações físicas e aplicação de escala de avaliação de desenvolvimento.	Investigar o efeito do programa de VD sobre o crescimento e o desenvolvimento dos prematuros até aos 6 meses.	A intervenção nas VD foi prestada por enfermeiro especialista pediatria. A primeira VD, foi realizado no primeiro dia após a alta, segunda sessão no dia seguinte à primeira sessão e a terceira sessão foi realizada 1 semana após a primeira visita. Além disso, quatro visitas também foram fornecidas no primeiro, segundo, terceiro e sexto mês após o nascimento. No grupo de controle, a informação foi facultada, mas não foi realizado nenhum programa de VD.
Resultados					- As crianças do grupo de intervenção apresentaram um aumento maior de peso aos seis meses e nos índices de desenvolvimento, os resultados do estudo mostraram uma diferença significativa no grupo de intervenção em relação ao desenvolvimento de comportamentos, nomeadamente: seguir objetos em movimento com a cabeça, manter a cabeça estável ao mudar a posição de deitado para sentado, produzir sons e pegar em objetos com a mão. - Não foi observada diferença significativa em relação à estatura e perímetro cefálico, nos dois grupos, nas várias avaliações realizadas e no risco social aos seis meses.
Dodge K, Goodman B, Murphy R, et al. Implementation and Randomized Evaluation of Universal Postnatal Nurse Home Visiting. (E8) (2014)	EUA	2327 (grupo de intervenção), 2450 (grupo de controle). RN e famílias distribuídas aleatoriamente de acordo com a data de nascimento. Subamostra aleatória de 549 famílias para avaliar o impacto após o nascimento.	- Estudo Quantitativo - Experimental - Ensaio Controlado Randomizado - Avaliação aos 6 meses com consulta dos registos hospitalares, entrevistas aos pais e aplicação de escalas de avaliação e questionários.	Avaliar se a VD de enfermagem pós-natal universal, pode ser implementada com muita adesão e fidelidade, prevenir a recorrência aos serviços de emergência e promover a parentalidade positiva nos bebés até aos 6 meses de idade.	Projeto “Durham Connects, estruturado com manual de procedimentos. São realizadas 1 a 3 VD de enfermagem, entre as 3 e 6 semanas de vida do bebé e 1 a 2 contatos de enfermeira com um provedor de serviços comunitários. Conclui com uma sessão de acompanhamento 1 mês depois, por telefone ou com VD.

<i>Resultados</i>	De todas as famílias, 80% iniciaram a participação; a adesão foi de 84%. O programa tem um impacto positivo, na redução do recurso a cuidados de saúde de emergência infantil. O impacto começa imediatamente após a intervenção e mais que dobra em tamanho até a idade de 6 meses. O programa foi efetivo no objetivo de melhorar a articulação da família com os recursos da comunidade. Também melhorou o bem-estar da família, especificamente o comportamento positivo dos pais, a qualidade do envolvimento do pai, a qualidade do cuidado infantil fora de casa, a segurança familiar e a saúde mental materna				
Kemp L, Harris E, McMahon, C, et al. Child and family outcomes of a long-term nurse home visitation programme: a randomised controlled trial (E9) (2011)	Austrália	208 (111 intervenção, 97 controle), mães e RN, com fator de risco que vivem numa área socioeconômica desfavorecida.	- Estudo quantitativo - Experimental - Ensaio controlado randomizado - Avaliação aos 18 e 24 meses com entrevistas aos pais e aplicação de escalas de avaliação.	Investigar o impacto a longo prazo de um programa de VD universal, realizada por enfermeiros, sobre a saúde, desenvolvimento e bem-estar da criança, mãe e família.	No grupo de intervenção foram realizadas várias VD de enfermagem (especialista pediatra, 16 média) pré-natal e pós-natal de educação parental até aos dois anos de vida, estruturadas e sustentadas em programa de suporte, incorporadas no sistema universal de saúde infantil. No grupo de controle foi disponibilizado o cuidado universal usual com uma VD nos primeiros 15 dias de vida.
<i>Resultados</i>	<ul style="list-style-type: none"> - As mães que receberam a intervenção foram mais recetivas emocional e verbalmente durante os dois primeiros anos da vida de seus filhos do que as mães do grupo de comparação. A duração da amamentação foi maior para mães do grupo de intervenção. - Não houve diferença significativa na interação pai-filho, no desenvolvimento mental, psicomotor ou comportamental dos bebês, entre os grupos. - Mães avaliadas no pré-natal como tendo alterações psicossociais e emigrantes beneficiaram com a intervenção, era mais provável que reportassem uma experiência mais positiva de ser mãe do que os mesmos subgrupos de mães no grupo de comparação. 				
Sadler L, Slade A, Close N, et al. Minding the Baby: Enhancing reflectiveness to improve early health and relationship outcomes in an interdisciplinary home visiting program (E10) (2013)	EUA	60 famílias no grupo de intervenção, e 45 no grupo de controle. Tinham entre 14-25 anos; primíparas; nenhum fator de risco.	- Estudo quantitativo - Quase Experimental - Ensaio controlado randomizado - Avaliação aos 12 e 24 meses com entrevistas, aplicação de escala de avaliação e consulta dos registos de saúde materna e infantil.	Avaliar as diferenças entre famílias que receberam o programa de visitas domiciliares intensivas Minding the Baby e que receberam cuidados habituais num centro de saúde da comunidade na zona urbana.	As famílias do grupo de intervenção foram visitadas semanalmente no terceiro trimestre da gravidez e durante o primeiro aniversário da criança e de duas em duas semanas até o segundo aniversário da criança e continuaram a receber os cuidados pré-natais e os cuidados primários e pediátricos habituais. As visitas são realizadas alternadamente por enfermeiro pediátrico ou por assistente social. No grupo de controle os participantes receberam consultas de saúde de rotina pré-natal e consultas de vigilância de saúde do bebê.

<i>Resultados</i>	As famílias de intervenção tinham programas de imunização mais atualizado aos 12 meses, e apresentavam taxas mais baixas de partos subsequentes e eram menos propensas a serem encaminhadas para serviços de proteção infantil. As interações mãe-bebé foram menos interrompidas aos 4 meses, quando as mães eram adolescentes. As crianças do grupo de intervenção foram mais propensas a estabelecer vínculo de forma segura e menos propensas a serem desorganizadas em relação ao vínculo com um ano. A capacidade das mães para refletir sozinha a experiência de ser mãe, assim como o funcionamento reflexivo melhoraram ao longo da intervenção (24 meses), apenas nas mães de maior risco.				
Ordway M, Sadler L, Dixon J, et al. Lasting effects of an interdisciplinary home visiting program on child behavior: Preliminary follow-up results of a randomized trial. ^(E11) (2014)	EUA	50 díades com filhos entre os 3 e 5 anos que participaram no programa Minding the Baby, selecionadas de 132 díades do estudo primários.	- Estudo quantitativo - Follow up - Ensaio controlado randomizado - Avaliação aos 3 e 5 anos com entrevistas, aplicação e escalas de avaliação aos pais e professores.	Avaliar os efeitos do programa, Minding the Baby, no comportamento da criança e o funcionamento reflexivo parental (FR) 1 a 3 anos após a intervenção.	Intervenção igual ao estudo Sadler L, Slade A, Close N, et al ⁽²⁵⁾ (2013)
<i>Resultados</i>	<ul style="list-style-type: none"> - O índice médio de sintomas depressivos maternos para ambos os grupos estava abaixo do limite para níveis clinicamente significativos e não diferiu estatisticamente entre os grupos - O funcionamento reflexivo (Parentalidade) do grupo de intervenção aumentaram ao longo de tempo, enquanto no grupo controle diminuíram ao longo do tempo. - As mães do grupo de controle relataram níveis mais altos de problemas de comportamento infantil em todas as escalas aplicadas assim como nas escalas de avaliação do comportamento infantil preenchidas por professores, houve uma tendência que indicava que os mesmos também classificavam o comportamento das crianças do grupo controle como mais problemático. 				

Discussão dos Resultados

Com a análise dos estudos selecionados, percebeu-se que existe um grande investimento em alguns países, na implementação de programas de VD, realizadas por enfermeiros (EUA, 7 estudos). A metodologia utilizada nos estudos, foi a randomização controlada e os entrevistadores e os técnicos que realizaram a análise estatística dos dados, não tinham conhecimento da condição de intervenção ou controle, da amostra que analisavam, o que diminui a possibilidade de ocorrência de erros sistemáticos (vieses). Os dados foram recolhidos na maioria dos estudos, com recurso a entrevistas, questionários, escalas validadas para a população e por pesquisa de registos de saúde da criança e houve um estudo em que a colheita de dados, foi realizada só por autorrelato ⁽¹⁹⁾, o que no nosso entender pode levar ao viés.

As famílias que constituíram as amostras da maioria dos estudos, são jovens, económica e socialmente desfavorecidas ^{(E1) (E2) (E3) (E4) (E5) (E6) (E9)}. Ao concentrar-se nas famílias mais ameaçadas, os programas de VD, procuram diminuir as disparidades na saúde e os resultados do desenvolvimento. Os estudos indicam que os grupos de alto risco, são mais propensos a beneficiar da VD ⁽¹⁶⁾.

Um estudo avaliou o impacto da implementação da VD, quando realizada universalmente, utilizando apenas a data de nascimento para a randomização ^(E8), no entanto, existe controvérsia quanto à utilização de uma abordagem universal, planeada para trabalhar com todas as famílias, numa determinada área geográfica ⁽²⁾. Outros dois estudos, estudaram famílias jovens, mas sem fator de risco ^{(E10) (E11)}, verificámos que existem evidências da pertinência da utilização desta amostra que nos dizem que existem fatores que podem dificultar o sucesso da visita domiciliária sendo eles, recursos familiares limitados, doenças mentais familiares, famílias não motivadas para participar dos programas e famílias que sofrem de violência doméstica. Os fatores de risco que tornam as crianças vulneráveis interferem na eficácia dos programas que são planeados para ajudá-los ⁽²⁾. Por último temos um estudo em que a amostra são RN pré-termo ^(E7), sendo esta amostra pertinente, uma vez que existem evidências que o baixo peso ao nascer e prematuridade tem consequências na saúde e desenvolvimento das crianças, a curto e longo prazo, e que as

intervenções precoces, nomeadamente as VD, parecem ser uma estratégia importante para melhorar os resultados nessa população ⁽¹⁷⁾.

As amostras tiveram na maioria grande representatividade, com exceção para os estudos que avaliam o impacto da VD aos 6 meses ^{(E7) (E8)}, e nos dois que utilizam famílias jovens, mas sem fator de risco ^{(E10) (E11)}.

Com a análise dos estudos selecionados percebe-se que o desenvolvimento de programas de visitas domiciliárias ao recém/nascidos/famílias realizados por enfermeiros têm impacto positivo na saúde e bem-estar da criança e da família. A literatura corrente aponta favoravelmente neste sentido, a Academia Americana de Pediatria apoiou recentemente o programa de visitas domiciliárias, nos períodos pré-natal e pós-natal e considerou este programa como um método para melhorar a saúde e o desenvolvimento das crianças e famílias ^{(2) (E1)}.

Nos EUA foi desenvolvido um programa de VD pré e pós-natal (até aos 2 anos de vida), realizadas por enfermeiros, Nurse Family Partnerchip (NFP), que intervém em famílias jovens e desfavorecidas, com o objetivo de prevenir os maus tratos e abuso infantil e promover o desenvolvimento saudável das crianças. O enfermeiro faz formação específica para desenvolver o programa e segue um manual de procedimentos rigoroso, que especifica os objetivos específicos de cada VD. Este programa foi aplicado em várias comunidades e foram desenvolvidos estudos randomizados controlados, com vários follow up. Os estudos selecionados nesta revisão, são follow up aos 12 ^(E3) e aos 19 anos ^(E4), avaliam o impacto do programa na saúde e condição de vida dos jovens, comparando com a ausência de VD. A diferença encontrada entre as amostras foi a raça, que no estudo aos 12 anos eram de raça negra e aos 19, raça branca. As conclusões apontam para uma melhor condição de vida nos jovens em que as mães estiveram integradas no programa NFP, principalmente as com mais baixos recursos económicos. Aos 12 anos utilizaram menos tabaco, álcool ou droga, ou quando o usaram fizeram-no em menor quantidade e em menos dias, relataram menos distúrbios psicológicos/psiquiátricos, tiveram melhores resultados de testes de realização de leitura e matemática. Os dados recolhidos neste estudo estão em consonância com a randomização aos 3 ⁽¹⁸⁾ e 9 ⁽¹⁹⁾ anos. Aos 19 anos, a avaliação centrou-se no envolvimento dos jovens na

criminalidade e conclui-se que os jovens filhos de mães que participaram no programa NFP, principalmente as meninas, foram menos vezes presas e condenadas e tiveram menos prisões ao longo da vida e condenações. Para os meninos, a probabilidade de ocorrer uma prisão, aumentou substancialmente para grupos de intervenção e controle após 12 anos de idade. Embora o padrão de resultados seja consistente com os efeitos de intervenção em detenções e condenações encontrado aos 15 anos ⁽²⁰⁾, não tinham sido encontradas diferenças significativas de sexo nesses resultados. Não foram encontrados mais efeitos do programa, sobre os restantes aspetos da vida dos jovens. Os autores concluíram que o impacto na saúde e bem-estar das crianças vai diminuindo ao longo do tempo, mantendo-se apenas no comportamento. Estes achados devem ser relacionados com as limitações reconhecidas pelos autores nomeadamente, os dados terem sido recolhidos com base no relato dos jovens, que podem estar sujeitos a viés, outra limitação é a falta de diversidade racial na amostra, o que não permitiu o exame das diferenças raciais ou étnicas nos efeitos do tratamento.

Outro estudo encontrado é o follow up aos 6 e 9 anos do programa FNP, que avalia o impacto no desenvolvimento infantil, comparando a intervenção quando é realizada por enfermeiros e por paraprofissionais (leigos treinados, mas não licenciados) ^(E4) e a ausência de realização de VD. As conclusões deste estudo, enfatizam o benefício da intervenção, quando realizada por enfermeiros. Apesar dos paraprofissionais terem realizado a mesma formação que os enfermeiros, o impacto do programa, no desenvolvimento infantil, quando realizado por enfermeiros, foi maior. As conclusões do estudo também compararam a intervenção realizada pelos enfermeiros, com os outros estudos realizados anteriormente e concluíram que neste estudo não houve impacto no funcionamento intelectual das crianças, funcionamento académico e comportamentos agressivos, como observados noutros estudos ^{(21) (22)}, quando realizados na mesma idade. As explicações encontradas pelos autores para justificar a ausência de efeitos da VD realizada por enfermeiros, sobre esses resultados foram: O programa fornecido pela enfermeira perde o impacto ao longo do tempo, o impacto do programa é mais notório para crianças nascidas de mães de recursos baixos e para famílias que vivem em bairros altamente

desfavorecidos (como é o caso dos estudos referidos), o benefício do programa é maior, onde há maior espaço para melhorias (as crianças deste grupo tinham scores médios de processamento mental mais baixos), o impacto do programa para crianças nascidas de mães de recursos baixos diminui, na medida em que as crianças obtêm serviços terapêuticos que dão resposta às suas necessidades de desenvolvimento e a amostra deste estudo foi estatisticamente menos significativa, que a dos outros estudos ^(E4). Este resultado também não está de acordo com o estudo analisado aos 12 anos ^(E3), que verificámos ser o follow-up dos anteriormente referidos.

O programa NFP tem vindo a ser implementado noutros países, seguindo as mesmas linhas orientadoras, mas enquadrado nos serviços de saúde prestados dos respetivos países. Dois estudos analisam a implementação do NFP na Holanda ^(E5) e no Reino Unido ^(E6). Os resultados do estudo da Holanda, demonstram que houve impacto favorável na saúde e bem-estar das crianças e famílias, nomeadamente na avaliação do ambiente em casa e dos distúrbios psiquiátricos aos 24 meses, a intervenção foi comparada com os cuidados habituais do país, que incluem 2 visitas domiciliárias realizadas por enfermeiro especialista em pediatria, no pós-parto. Foi também verificada menos casos de referência de crianças, por maus tratos e abuso infantil. Não se verificaram evidências do programa na avaliação dos comportamentos agressivos. Os investigadores concluíram que existem benefícios quando a VD é realizada regularmente, porque permite detetar situações de risco mais facilmente, com o respetivo encaminhamento.

Em relação ao estudo realizado no Reino Unido ^(E6), os investigadores concluíram que não existem evidências de benefícios da implementação do NFP, nos resultados primários de saúde da mãe e da criança avaliados, no entanto, foi observada alguma vantagem para alguns resultados secundários de saúde e bem-estar, para mãe e filho (intenção de amamentar, desenvolvimento cognitivo infantil relatado pela mãe (somente aos 24 meses), desenvolvimento de linguagem usando uma avaliação modificada relatada por via materna (aos 12 e 18 meses) e uso de uma avaliação padronizada (o marco inicial da

linguagem inicial, aos 24 meses), níveis de apoio social, qualidade da relação com o enfermeiro e autoeficácia no geral).

Observámos que o grupo de controle recebeu os cuidados de saúde habituais do país, que já incluem VD realizadas por enfermeiros especialista de saúde pública da comunidade, pré e pós-parto até aos dois anos de vida, pelo que na nossa opinião, essa é uma das razões que justificam os resultados. Os autores referem que, ao contrário das mulheres nos estudos dos EUA, as mães jovens e desfavorecidas no Reino Unido podem aceder a muitos serviços sociais e de saúde, incluindo médicos de família, parteiras e enfermeiras de saúde pública e para além disso, os ensaios anteriores dos EUA, foram estudos de um único centro, envolvendo um pequeno número de enfermeiros, 10, que desenvolveram a intervenção. Em contrapartida, o estudo de Inglaterra foi conduzido por 131 enfermeiros de família, realizando a intervenção em 18 locais, em toda a Inglaterra, pelo que representa uma avaliação mais pragmática da NFP, em comparação com os ensaios anteriores. Os investigadores sugerem um seguimento de longo prazo para este estudo, para averiguar a evidência de benefício para os resultados do desenvolvimento infantil, que ocorreriam após os 2 anos de idade ^(E6).

A realização de VD por enfermeiros (especialista em pediatria) no pré e pós-parto, até aos 2 anos, em programa estruturado semelhante ao NFP, comparando com a realização de uma VD de enfermagem (especialista em pediatria), nos primeiros quinze dias de vida do RN, foi estudado na Austrália ^(E9). Os resultados do estudo revelaram que o impacto da intervenção foi mais significativo na avaliação realizadas nas mães (principalmente mães emigrantes e com alterações psicossociais), que ficaram mais preparadas para exercer a parentalidade e a duração da amamentação foi maior. Não houve impacto significativo no desenvolvimento mental, psicomotor ou comportamental dos bebés. Estes achados contrariam os resultados do estudo realizado na Holanda ^(E5), que tem um desenho semelhante e que demonstraram que houve impacto favorável na saúde e bem-estar das crianças e famílias, quando as VD foram realizadas de acordo com o programa NFP, o que no nosso entender pode sugerir que o referido programa é mais eficaz e quando as mães são mais jovens

(como é o caso do estudo da Holanda), o impacto na saúde e bem-estar das crianças, é mais evidente. Outro estudo que avalia o impacto da realização de VD, na saúde da criança aos 12 meses, quando efetivada por enfermeiros, associando a intervenção de trabalhadores comunitários de saúde ^(E1), demonstra que não houve ganhos ao adicionar a intervenção dos referidos técnicos, o que vai ao encontro dos resultados de Olds, et al ^(E2), referidos anteriormente, que afirmam que o impacto da VD, na saúde da criança/família, tem mais evidência quando é realizado por enfermeiros.

Dois dos estudos revistos, avaliam o impacto da realização de VD no pós-parto, na saúde e bem-estar da criança e criança/família, aos 6 meses de vida, quando realizada por enfermeiros e de forma universal, comparando com a ausência de VD. Um dos estudos realizado no Irão numa amostra de RN pré-termo ^(E7), a intervenção é realizada por enfermeiro especialista em pediatria, e ficou demonstrado que houve impacto positivo da intervenção. Os RN pré-termo apresentaram melhores índices de desenvolvimento e aumento de peso, tal como evidenciado numa revisão da literatura realizada por Mallik e Spiker ⁽¹⁷⁾. O outro estudo realizado nos EUA, a amostra são RN de termo ^(E8) e a intervenção foi realizada por enfermeiros, que são acompanhados por provedores comunitários, que têm a função de articular os cuidados de saúde, com os serviços da comunidade. Os resultados evidenciam que as famílias aderiram ao programa e que o mesmo tem um impacto positivo, na redução do recurso a cuidados de saúde de emergência infantil. O impacto começa imediatamente após a intervenção e mais que dobra até à idade de 6 meses. O programa também melhorou o bem-estar da família, e foi efetivo no objetivo de melhorar a articulação da família, com os recursos da comunidade. Concluimos que houve evidências de impacto positivo da VD efetuada por enfermeiros, na saúde e bem-estar da criança/família, na avaliação realizada a curto prazo, mas ressalvamos a limitação dos resultados dos dois estudos, também referida pelos autores, por a amostra ser reduzida e por ter sido limitada a uma comunidade específica, que pode afetar a generalização dos resultados.

O impacto da realização de VD pré e pós-natal (até 2 anos), por enfermeiros (especialista pediatria), na saúde e bem-estar da criança/família, foi também

avaliado, num estudo realizado nos EUA, incluindo a participação de uma assistente social, em famílias jovens sem fator de risco. Foi avaliado o impacto aos 12 meses ^(E10) e quando as crianças tinham entre 3 e 5 anos ^(E11). Os resultados evidenciam impacto positivo da intervenção na saúde e bem-estar da criança/família, quer aos 12 meses, assim como aos 3 a 5 anos de vida da criança. Aos 12 meses a avaliação centrou-se na prevenção do abuso e mau trato infantil e na avaliação do vínculo, interação pais/filho e parentalidade. Os resultados demonstraram menos casos de crianças referenciadas para serviços de proteção infantil do grupo alvo de VD, sendo os mesmos também encontrados pelo estudo realizado por Mejdoubi, et al ^(E5). Foi também verificado que em mães adolescentes, a intervenção teve ainda mais impacto. Aos 3 e 5 anos de vida da criança, a avaliação centrou-se nos sintomas depressivos maternos, que não evidenciou benefícios, no funcionamento reflexivo parental, que concluímos ser o que denominamos de Parentalidade positiva e que apresentou índices mais elevados, e na avaliação do comportamento infantil, que foi considerado por pais e professores, como menos problemático nas crianças que tinham pertencido ao grupo de intervenção. Acautelamos que este estudo teve limitações, referidas pelos autores, que foi o tamanho da amostra e os dados incompletos sobre as medidas longitudinais.

Verificámos que a intervenção do assistente social se centrou na ajuda às mães na negociação de questões legais e judiciais e que a intervenção do enfermeiro se centrou no reforço do cuidado pré-natal, a educação para a saúde, no apoio da saúde e desenvolvimento da criança e na articulação dos cuidados com os cuidados de saúde primários, pelo que não conseguimos avaliar nos resultados a distinção entre a intervenção dos dois técnicos de saúde, mas concluímos que a intervenção interdisciplinar tem benefícios na promoção da saúde e bem-estar das crianças/famílias, tal como evidenciado pela Academia Pediatria Americana ⁽⁸⁾.

Conclusões

Esta revisão sistemática da literatura permitiu concluir que as abordagens das intervenções utilizadas e o impacto avaliado dos vários estudos é muito variado o que, no nosso entender, dificulta a sistematização dos resultados.

Os resultados encontrados permitiram concluir que a VD realizada por enfermeiros ao recém-nascido/lactente/família, têm impacto positivo na saúde e bem-estar das crianças e famílias, embora os resultados específicos da família, tenham tido menos evidencia, por terem sido encontrados menos estudos que os avaliassem, uma vez que a maioria dos ensaios controlados randomizados os avalia separadamente. Uma vez que também pretendíamos resultados de impacto na criança, esses estudos não foram incluídos na revisão.

Podemos também concluir que a realização da VD por enfermeiros, ao RN/lactente/família, tem maior impacto, se for realizado em populações económica e socialmente desfavorecidas e em adolescentes, e quando realizada com regularidade, começando ainda na gravidez, e abrangendo o primeiro e segundo ano de vida da criança. Os resultados positivos, foram também verificados em RN pré-termo e mesmo quando oferecidos universalmente. Para além disso, as VD que são realizadas de acordo com um programa bem definido e estruturado, como é o caso do NFP, também parecem ter maior impacto na saúde e bem-estar da criança, e o benefício da realização das mesmas por outros profissionais não foi evidenciada.

Concluimos também que o impacto da realização de VD por enfermeiros, na saúde e bem-estar das crianças, vai perdendo evidência ao longo do tempo, mas nas famílias mantêm-se, principalmente nas famílias mais desfavorecidas. Como ainda se realizaram poucos estudos, em idades mais adiantadas, justifica-se a pertinência da realização de mais estudos.

Outras das conclusões desta revisão é que a VD de Enfermagem ao RN/lactente e família, foi realizada na maioria dos estudos por Enfermeiros de Família, com formação específica para realizar VD e por Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica, mas não conseguimos concluir, no entanto, qual a diferença da atuação entre os dois, pelo que a realização de estudos nesse sentido também seria, no nosso entender, pertinente. Os resultados desta revisão confirmam os resultados apresentados por outras revisões sistemáticas, que

seguiram a mesma linha orientadora, realizadas com base em literatura menos recente.

Uma das limitações desta revisão, foi a grande heterogeneidade de intervenções e de resultados avaliados, apesar disso e uma vez que todos os estudos demonstraram, em resultados primários ou secundários, que a realização de Visita Domiciliária por Enfermeiros, tem impacto positivo nos resultados de saúde infantil ou bem-estar, incluindo diminuição da recorrência aos serviços de emergência, comportamento e desenvolvimento infantil, prevenção do abuso e maus tratos infantis, aproveitamento escolar e nos resultados de saúde materna e Parentalidade, podemos concluir que a Visita Domiciliária de Enfermagem ao RN/lactente/família, tem evidência baseada na prática de impacto positivo na saúde e bem-estar das crianças e das famílias e por essa razão a disseminação da mesma em Portugal é no nosso entender, fortemente recomendada.

Referências Bibliográficas

- 1- Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman C. Early child development: A powerful equalizer final report for the world health organization's commission on the social determinants of health. 2007, Geneva, [Acesso em 21 de dezembro de 2017]; Disponível em World Health Organization website: http://www.who.int/social_determinants/themes/earlychilddevelopment/en/
- 2- American Academy of Pediatrics. The Role of Preschool Home-Visiting Programs in Improving Children's Developmental and Health Outcomes. 2009. [Acesso em 21 de dezembro de 2017]; Disponível em Pediatrics.org: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/123/2/598.full.pdf>
- 3 - Lowdermilk D, Perry S. Enfermagem na maternidade. (7ª ed). 2009. Loures: Lusodidacta.
- 4 - Boller K, Strong DA, Daro D. Home visiting: looking back and moving forward. 2010. [Acesso em 21 de dezembro de 2017]; Disponível em Zero Three: <https://www.zerotothree.org/resources/1031-home-visiting-looking-back-and-moving-forward>
- 5 - Sweet MA, Appelbaum MI. Is Home Visiting an Effective Strategy? A Meta-Analytic Review of HomeVisiting Programs for Families With Young. 2004. [Acesso em 23 de dezembro de 2017]; Disponível em

http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-8624.2004.00750.x/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=www.google.pt&purchase_site_license=LICEN SE_DENIED_NO_CUSTOMER

6 - Filene JH, Kaminski JW, Valle LA, et al. Components Associated With Home Visiting Program Outcomes: A Meta-Analysis. 2013. [Acesso em 23 de dezembro de 2017]; Disponível em Pediatrics. 2013 Nov; 132(0 2): S100–S109.

doi: 10.1542/peds.2013-1021H

7 - OMS, UNICEF. Visitas domiciliarias al recién nacido: una estrategia para aumentar la supervivencia. 2009. [Acesso em 22 de dezembro de 2017. Obtido de:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70057/1/WHO_FCH_CAH_09.02_spa.pdf

8 – Duffee J, Mendelsohn AL, Kuo AA, et al. Early Childhood Home Visiting. 2017. [Acesso em 22 de dezembro de 2017]; Disponível em: Pediatrics:

<http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2017/08/24/peds.2017-2150>

9 - Teixeira, T. Visita Domiciliar em Saúde Infantil: Necessidade de Visitação até ao 15º dia de vida (Relatório para obtenção do Grau de Mestre). 2011. [Acesso em 23 de dezembro de 2017]; Disponível em Repositório IPV:

<http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1566/1/TEIXEIRA%20Tania%20Isabel%20Martins%20Fontainha%2C%20Visita%C3%A7%C3%A3o%20domiciliaria%20em%20saude%20infantil.pdf>

10 – Amaral N, Os Enfermeiros e... A Visitação Domiciliária ao Recém-Nascido. 2011. [Acesso em 21 de dezembro de 2017]; Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoress/artigospublicadoimpresalocal/Paginas/OsEnfermeiroseAVisita%C3%A7%C3%A3oDomicili%C3%A1ria.aspx>

11 - Soares, H. O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: intervenção de enfermagem. 2008. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

12 – Ordem dos enfermeiros. Regulamento de competências dos enfermeiros de cuidados gerais. 2011. Lisboa.

13 – Ordem dos enfermeiros. Regulamento das competências Comuns do enfermeiro especialista. 2010. Lisboa.

14 - Ordem do Enfermeiros. Parecer nº 12/2011. 2011. Lisboa.

- 15** - Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers`Manual. 2014. Austrália. [Acesso em 15 de dezembro de 2017]; Disponível em: <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReiewersManual-2014.pdf>
- 16** - Gomby DS. Promise and limitations of home visitation.2000; Jama 284 (11):1430– 1431. [Acesso em 27 de dezembro 2017]; Obtido de <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/193079?redirect=true>
- 17** – Mallik S, Spiker D. Effective Early Intervention Programs for Low Birth Weight Premature Infants: Review of the Infant Health and Development Program (IHDP). 2017. USA. [Acesso em 27 de dezembro 2017]; Obtido de <http://www.child-encyclopedia.com/prematurity/according-experts/effective-early-intervention-programs-low-birth-weight-premature>
- 18** - Kitzman H, Olds DL, Sidora K, et al. Enduring effects of nurse home visitation on maternal life course: a 3-year follow-up of a randomized trial. 2000. [Acesso em 27 de dezembro 2017]; Obtido de <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/192606> JAMA.
- 19** - Olds DL, Kitzman H, Hanks C, et al. Effects of nurse home visiting on maternal and child functioning: age-9 follow-up of a randomized trial. 2007. Pediatrics. Oct;120(4):832–45. [Acesso em 27 de dezembro 2017]; Obtido de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17908740>
- 20** - Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR Jr, et al. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: fifteen-year follow-up of a randomized trial. 1997. JAMA 1997;278 (8) 637- 643. [Acesso em 27 de dezembro 2017]; Obtido de: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/418042?redirect=true>
- 21** - Olds D, Kitzman H, Cole R, et al. Effects of nurse home visiting on maternal life-course and child development: age-six follow-up of a randomized trial. Pediatrics. 2004;114(6):1550–1559. [Acesso em 27 de dezembro 2017]; Obtido de: <http://pediatrics.aappublications.org/content/114/6/1550>
- 22** - Olds DL, Kitzman H, Hanks C, et al. Effects of nurse home visiting on maternal and child functioning: age-9 follow-up of a randomized trial. Pediatrics. 2007;120(4):e832–845. [Acesso em 27 de dezembro 2017]; Obtido de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17908740>

Apêndice XIII – Apresentação da Formação e do Projeto de Estágio à Equipa de Enfermagem da UCSP E UCC



Visita Domiciliária ao Recém-Nascido e família: Um Contributo para o bem-estar e maximização da saúde

Discente: Vera Branca

Supervisora Clínica: [Redacted]
Orientador: Professora [Redacted]

Definição da Problemática

- Anteriormente os membros da família participavam na educação do novo elemento, havendo transmissão de conhecimentos sobre o puerpério e os cuidados a ter com o recém-nascido de geração em geração.
- Atualidade predominam as famílias nucleares onde o suporte familiar e a experiência em assuntos como o puerpério ou cuidados com o RN, são notoriamente insuficientes.
- Alta precoce nos partos eutócicos, reduzindo a oportunidade de aconselhamento, sendo o mesmo realizado num curto espaço de tempo, e os conhecimentos pouco validados com a puérpera e família.
- As primeiras semanas de vida são extremamente importantes para a mãe e para o filho pelo que se deve investir no apoio em ambulatório, visitas domiciliárias, aconselhamento telefónico e formação em grupos de mães (Machado, 2007).
- A comunicação que se estabelece no domicílio é mais fluente, espontânea e num clima de maior liberdade, promovendo um conhecimento apropriado dos êxitos quotidianos e a adoção de uma relação de ajuda mais consentânea, com uma avaliação completa e realista do meio físico, familiar e social (Marinheiro, 2002).

Visita Domiciliária ao RN e família

- A visita domiciliária é uma estratégia comunitária que permite o estudo e intervenção das famílias no seu próprio ambiente
- Recomendada pela OMS, UNICEF, PNS, PNSIJ, OE, CNSCJ
- Evidência científica que valida os ganhos em saúde com intervenção dos enfermeiros



Systematic review of parenting interventions in European countries aiming to reduce social inequalities in children's health and development

Joana Morrison, Hynek Pikhart, Milagros Ruiz and Peter Goldblatt

Conclusions: Interventions with better outcomes and a higher level of evidence combined workshops and educational programmes for both parents and children beginning during early pregnancy and included home visits by specialised staff. Further evaluation and publication of early years interventions should be carried out also within a wider range of countries than just the UK and Ireland.

Department of Epidemiology and Public Health, University College London, London, UK, 2014

- Revisão sistemática da literatura sobre intervenções, programas e serviços universais de apoio à vigilância da saúde materna e infantil na europa com o objetivo de reduzir as desigualdades sociais na saúde e no desenvolvimento das crianças
- Intervenções com melhores resultados e maior nível de evidência combinaram, consultas de vigilância de saúde, programas educacionais para pais e crianças, iniciados no início da gravidez, incluíram visitas domiciliares por pessoal especializado e oferta de contacto telefónico quando necessário

- A implementação da visita domiciliária de enfermagem no puerpério é importante para garantir uma transição segura entre o ambiente hospitalar e o domicílio, assistindo as adaptações psicológicas e fisiológicas que ocorrem neste período.
- É um método preventivo que promove o relacionamento mãe e filho saudável, com diminuição dos reinternamentos hospitalares.

(Pereira, 2012)



- “O enfermeiro é o profissional de saúde com melhores condições para desenvolver o seu trabalho no contacto direto com a comunidade, para valorizar o ambiente familiar, o relacionamento entre pais e recém-nascidos desde o primeiro momento.
- (...) o enfermeiro sabe avaliar e como atuar sobre fatores ambientais nocivos ou benéficos, que rodeiam a criança e como reduzi-los, no primeiro caso, ou reforçá-los, no segundo”

(Teixeira, 2011, p.24).



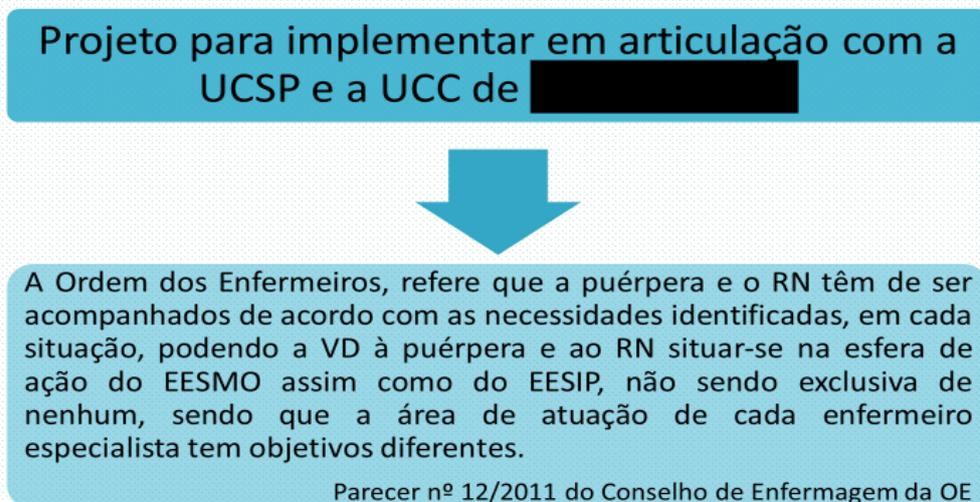
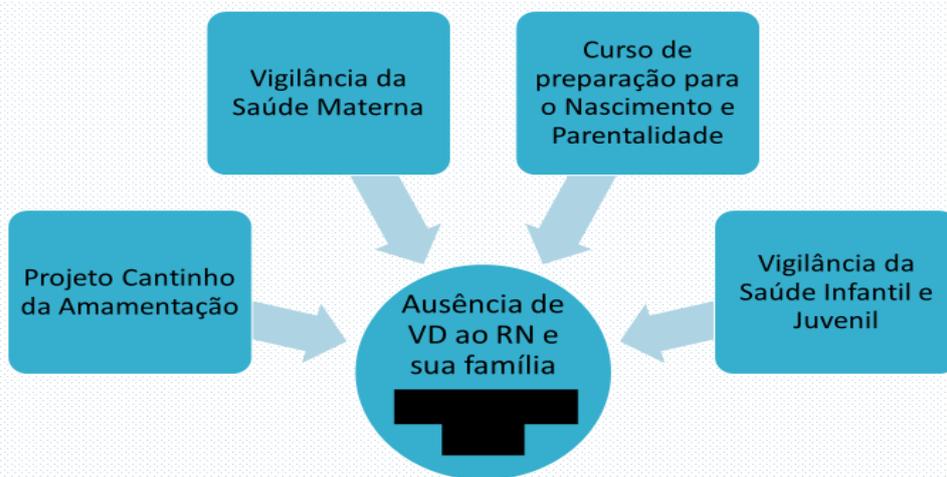
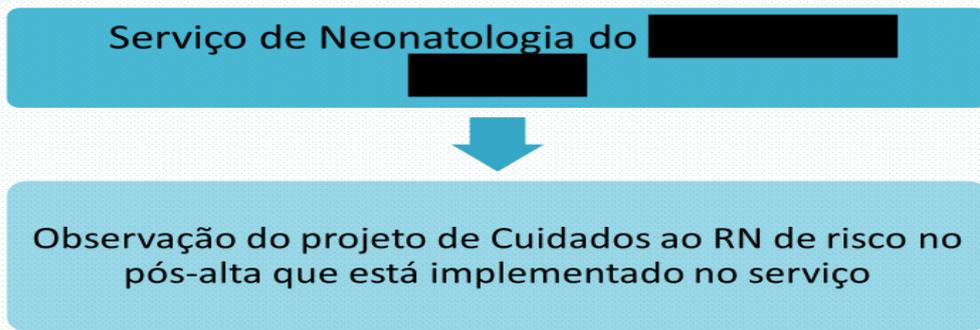
Em Portugal foi realizado um estudo por Graça (2011) que demonstrou que as expectativas das puérperas “quanto à ocorrência de VD era muito baixa, podendo estar relacionadas com a baixa prevalência e divulgação deste modo de intervenção, sobretudo após o parto, uma vez que a VD mais generalizada é curativa, para utentes com dificuldades de deslocação ao Centro de Saúde”.

Estudo realizado em Portugal por Almeida, Nelas e Duarte (2016, p,268)

- “a intervenção de enfermagem junto à puérpera e família, no seu contexto, contribui para uma melhor adequação dos cuidados a prestar e proporciona mais facilmente a oportunidade ao casal e família de expressarem as suas dificuldades e os seus sentimentos”
- “a visita domiciliária à puérpera/recém-nascido e família constitui uma estratégia de suporte e ajuda, proporciona apoio e aconselhamento e contribui, deste modo, para uma melhor adaptação à parentalidade”.

Linha de Investigação

Necessidade em cuidados de enfermagem em populações específicas



Objetivo Geral

- Contribuir para a implementação da Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e Família, utentes da UCSP [REDACTED], até aos 15 dias de vida

Objetivos específicos

- Desenvolver conhecimentos, capacidades e habilidades relacionados com a Visita Domiciliária de Enfermagem ao recém-nascido e família;
- Adquirir competências para elaboração de projeto, observando e analisando um projeto de visita domiciliária já implementado na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais do Hospital de [REDACTED];
- Envolver a equipa de enfermagem da UCSP e da UCC de [REDACTED], na implementação da Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e Família;
- Promover a adesão das grávidas/pais, utentes da UCSP e da UCC de [REDACTED], para aderirem à Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e Família;
- Elaborar os instrumentos de registo de observação do Recém-nascido e das competências parentais para utilizar como guião da Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e Família.

Intervenção do ESSIP

- “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade (...)”;
- “Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem (...)”;
- “Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil”;
- “Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do Recém-Nascido (...)”.

(Diário da República, 2ª Série, nº35, Regulamento nº 122/2011, 2011)



➡ Modelo de Enfermagem Anne Casey

Planeamento das Atividades

OBJETIVO	ATIVIDADES
<p>Desenvolver conhecimentos, capacidades e habilidades relacionados com a Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e Família</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de pesquisa bibliográfica para fundamentar a intervenção. • Realização de revisão sistemática da literatura sobre o tema “A importância da Visita Domiciliária de Enfermagem na Promoção da Saúde e Bem-estar do Recém-nascido”.

Planeamento das Atividades	
OBJETIVO	ATIVIDADES
<p>Adquirir competências para elaboração de projeto, observando e analisando um projeto de visita domiciliária já implementado na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais do Hospital de [REDACTED]</p>	<ul style="list-style-type: none"> Realização de estágio na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais do Hospital [REDACTED] Aquisição de competências para conceber, gerar e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade. Solicitação à enfermeira supervisora do estágio para facultar esclarecimento sobre o projeto de VD ao RN prematuro implementado pela unidade. Realização de reunião com o enfermeiro chefe para solicitar autorização para consultar o projeto. Observação do projeto de VD ao RN prematuro.

Planeamento das Atividades	
OBJETIVO	ATIVIDADES
<p>Envolver a equipa de enfermagem da UCSP e da UCC de [REDACTED] na implementação da Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e Família</p>	<ul style="list-style-type: none"> Realização de sessão de formação e apresentação do projeto à equipa de enfermagem de acordo com o plano de sessão. Elaboração do Questionário de avaliação da sessão. Elaboração de Ficha de Referenciação das grávidas. Solicitação de colaboração da equipa de enfermagem para a referenciação das grávidas através do preenchimento da ficha de referenciação e na divulgação do projeto através do fornecimento de folheto de divulgação da VD de Enfermagem ao RN e Família. Solicitação de colaboração da EESMO para divulgar o projeto, com a entrega do folheto, às grávidas, no decorrer das sessões de preparação para o parto.

Planeamento das atividades	
OBJETIVO	ATIVIDADES
<p>Promover a adesão das grávidas/pais, utentes da UCSP de [REDACTED], para aderirem à Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e Família</p>	<ul style="list-style-type: none"> Solicitação de colaboração da EESMO para programar a Sessão de Esclarecimento das grávidas. Realização de sessão de esclarecimento às grávidas, incluída no projeto de preparação para o parto de acordo, com o plano de sessão (Apêndice VII). Elaboração do Questionário de avaliação da sessão. Elaboração de Folheto de divulgação da VD de Enfermagem ao RN e Família. Disseminação da informação sobre a VD, nas consultas de vigilância da gravidez e fornecimento do folheto, pelas enfermeiras de família.

Planeamento das atividades	
OBJETIVO	ATIVIDADES
<p>Elaborar os instrumentos de registo de observação do Recém-nascido e das competências parentais para utilizar como guião da Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e Família</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas para fundamentar o Guião. • Elaboração de guião para registo de dados da VD. • Elaboração do Questionário de avaliação da VD. • Validação dos instrumentos de registo através de realização de VD.

Recursos	
HUMANOS	MATERIAIS
<ul style="list-style-type: none"> • Utentes inscritos na UCSP de ██████████ em situação de transição para a parentalidade • Equipa de Enfermagem da UCSP e da UCC de ██████████ • Mestranda • Enfermeira Supervisora • Professora orientadora 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador (elaboração de questionários de diagnóstico, folhetos e formulários e registos no aplicativo informático SClínico). • Retroprojektor para a realização das sessões para os enfermeiros e as grávidas. • Papel, impressora (impressão de questionários, ficha de referência, folhetos e Guião da Visita Domiciliária). • Fotocopiadora (reprodução de questionários de diagnóstico, folhetos, formulários e Guião da Visita Domiciliária). • Folhetos divulgação da Visita Domiciliária. • Formulários de referência da Visita Domiciliária. • Guião para a Visita Domiciliária de Enfermagem.

Cronograma do Projeto

Atividades previstas	setembro 2017	outubro 2017	novembro 2017	dezembro 2017	janeiro 2018	fevereiro 2018	Março 2018
Pesquisa Bibliográfica							
Diagnóstico da Situação							
Definição de Objetivos							
Planeamento							
Execução do Projeto							
Avaliação do Projeto							
Elaboração do Relatório Final							
Entrega do Relatório de Estágio							

Bibliografia

- Almeida, E., Nelas, P., & Duarte, J. (2016). Visita Domiciliária no Pós-Parto. *Millenium*, 50 (Jan/Jun), pp. 267-281.
- DGS. (2013). Plano Nacional Vigilância Saúde Infantil e Juvenil. Acedido em 21/10/2017. Obtido de Direção Geral de Saúde: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/progrma-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Graça, L. (2010). *Contributos da intervenção de enfermagem na promoção da transição para a maternidade e do aleitamento materno- Um estudo Quasi-experimental (Tese para obtenção do grau de Douturamento em Enfermagem)*. Universidade de Lisboa com a colaboração da ESEI. Marinheiro, P. (2002). Enfermagem de Ligação: cuidados pediátricos no domicílio. Coimbra: Quarteto Editora.
- Machado, M. C. (2007). Comentário ao artigo "Recém-nascidos na Urgência Pediátrica Hospitalar". *Acta Pediátrica Portuguesa* 2007 - 38, pp. 231-232.
- Marinheiro, P. (2002). *Enfermagem de Ligação: cuidados pediátricos no domicílio*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Morrison, J., Pikhart, H., Ruiz, M., & Goldblatt, P. (2014). *Systematic review of parenting interventions in European countries aiming to reduce social inequalities in children's health and development*. Acedido em 23/10/2017. Obtido de BioMed Central: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-1040>
- OMS, UNICEF. (2009). *Visitas domiciliárias al recién nacido: una estrategia para aumentar la supervivencia*. Acedido em 22/10/2017. Obtido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70057/1/WHO_FCH_CAH_09.02_spa.pdf
- OE (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa
- Ordem do Enfermeiros. (2011). Parecer nº 12/2011. Lisboa.
- Pereira, M. (2012). A necessidade de visita domiciliária de enfermagem no puerpério precoce (Tese de Mestrado). Acedido em 25/10/2017. Obtido de [file:///C:/Users/Vera%20Branca/Downloads/D2011_10001522017_2914005_1%20\(8\).pdf](file:///C:/Users/Vera%20Branca/Downloads/D2011_10001522017_2914005_1%20(8).pdf)
- Teixeira, T. (2011). *Visita Domiciliar em Saúde Infantil; Necessidade de Visitação até ao 15º dia de vida (Relatório para obtenção do Grau de Mestre)*. Acedido em 25/10/2017. Obtido de Repositório IPV: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1566/1/TEIXEIRA%20Tania%20Isabel%20Martins%20Fontainha%2C%20Visita%20C3%A7%20C3%A3%20domiciliaria%20em%20saude%20infantil.pdf>



Apêndice XIV - Ficha de Referenciação das Grávidas



UCSP de [REDACTED]

Ficha de referenciação para a Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e Família

Nome da Grávida _____
Data Provável do Parto _____
Médico de Família _____
Enfermeira de Família _____
Frequenta o curso de preparação para o nascimento e Parentalidade _____
Telefone de Contacto _____
Morada _____

Apêndice XV – Questionário de Avaliação da Sessão de Esclarecimento

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO

O presente questionário tem como objetivo avaliar a qualidade da sessão de sensibilização realizada. As respostas são anónimas. Agradeço que responda a todas as questões assinalando com um X o valor da escala que considera mais adequado (sendo 1 o nível mais baixo e 5 o nível mais alto):

	1	2	3	4	5
Acho importante o tema que foi abordado					
A metodologia utilizada foi adequada					
A gestão dos recursos foi adequada					
O espaço em que decorreu a ação foi adequado					
A duração da ação foi adequada					
Fiquei mais informado/a sobre o tema					
Fiquei motivado/a para participar no projeto					

Comentários/ Sugestões:

Agradeço a colaboração!

Apêndice XVI – Apresentação da Sessão de Esclarecimento das Grávidas



Visita Domiciliária ao Recém-Nascido e família: Um Contributo para o bem-estar e maximização da saúde

Discente: Vera Branca
Enfermeira Supervisora: [REDACTED]
Orientador: Professora Gabriela Calado

Definição da Problemática

- Anteriormente os membros da família participavam na educação do novo elemento, havendo transmissão de conhecimentos sobre o puerpério e os cuidados a ter com o recém-nascido de geração em geração.
- Atualidade predominam as famílias nucleares onde o suporte familiar e a experiência em assuntos como o puerpério ou cuidados com o RN, são notoriamente insuficientes.
- Alta precoce nos partos eutócicos, reduzindo a oportunidade de aconselhamento, sendo o mesmo realizado num curto espaço de tempo, e os conhecimentos pouco validados com a puérpera e família.
- As primeiras semanas de vida são extremamente importantes para a mãe e para o filho pelo que se deve investir no apoio em ambulatório, visitas domiciliárias, aconselhamento telefónico e formação em grupos de mães (Machado, 2007).
- A comunicação que se estabelece no domicílio é mais fluente, espontânea e num clima de maior liberdade, promovendo um conhecimento apropriado dos êxitos quotidianos e a adoção de uma relação de ajuda mais consentânea, com uma avaliação completa e realista do meio físico, familiar e social (Marinheiro, 2002).

Visita Domiciliária ao RN e família

- A visita domiciliária é uma estratégia comunitária que permite o estudo e intervenção das famílias no seu próprio ambiente.
- Recomendada pela OMS, UNICEF, PNS, PNSIJ, OE, CNSCJ.
- Evidência científica que valida os ganhos em saúde com intervenção dos enfermeiros.



- A implementação da visita domiciliária de enfermagem no puerpério é importante para garantir uma transição segura entre o ambiente hospitalar e o domicílio, assistindo as adaptações psicológicas e fisiológicas que ocorrem neste período.
- É um método preventivo que promove o relacionamento mãe e filho saudável, com diminuição dos reinternamentos hospitalares.

(Pereira, 2012)



- “O enfermeiro é o profissional de saúde com melhores condições para desenvolver o seu trabalho no contacto direto com a comunidade, para valorizar o ambiente familiar, o relacionamento entre pais e recém-nascidos desde o primeiro momento.
- (...) o enfermeiro sabe avaliar e como atuar sobre fatores ambientais nocivos ou benéficos, que rodeiam a criança e como reduzi-los, no primeiro caso, ou reforçá-los, no segundo”

(Teixeira, 2011, p.24).

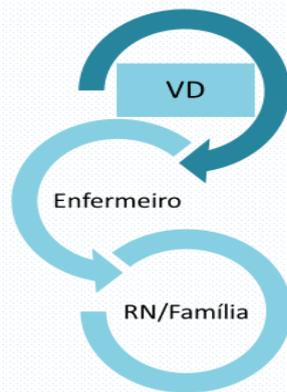


Projeto para implementar em articulação com a UCSP e a UCC de [REDACTED]

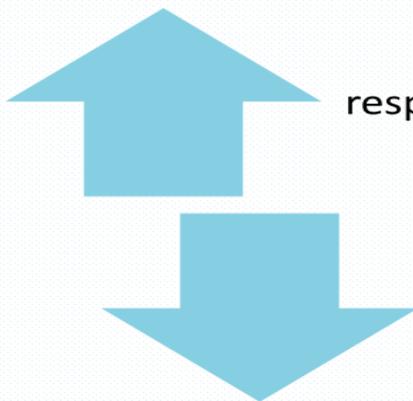


Equipa de enfermagem que irá dinamizar o projeto e realizar as Visitas Domiciliárias:

Enfermeira [REDACTED]
Enfermeira [REDACTED]
Enfermeira [REDACTED]



- Realizar nos primeiros 15 dias de vida;
- Identificar as dúvidas e necessidades dos pais e recém-nascidos e conhecer a dinâmica familiar no seu ambiente;
- Realizar o Diagnóstico precoce (teste do pézinho);
- Avaliar o desenvolvimento do bebé;
- Programar consulta de vigilância saúde infantil;
- Esclarecer todas as dúvidas e eventuais problemas identificados pela família e/ou enfermeiro;



Contactar as enfermeira
responsáveis do projeto, após a
alta hospitalar!

Planeamento da VD

Bibliografia

- DGS. (2013). Plano Nacional Vigilância Saúde Infantil e Juvenil. Acedido em 21/10/2017. Obtido de Direção Geral de Saúde: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Machado, M. C. (2007). Comentário ao artigo "Recém-nascidos na Urgência Pediátrica Hospitalar". Acta Pediátrica Portuguesa 2007 - 38, pp. 231-232.
- Marinheiro, P. (2002). *Enfermagem de Ligação: cuidados pediátricos no domicílio*. Coimbra: Quarteto Editora.
- OMS, UNICEF. (2009). *Visitas domiciliárias al recién nacido: una estrategia para aumentar la supervivencia*. Acedido em 22/10/2017. Obtido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70057/1/WHO_FCH_CAH_09.02_spa.pdf
- Ordem do Enfermeiros. (2011). Parecer nº 12/2011. Lisboa.
- Pereira, M. (2012). A necessidade de visita domiciliária de enfermagem no puerpério precoce (Tese de Mestrado). Acedido em 25/10/2017. Obtido de [file:///C:/Users/Vera%20Branca/Downloads/D2011_10001522017_2914005_1%20\(8\).pdf](file:///C:/Users/Vera%20Branca/Downloads/D2011_10001522017_2914005_1%20(8).pdf)
- Teixeira, T. (2011). Visita Domiciliar em Saúde Infantil: Necessidade de Visitação até ao 15º dia de vida (Relatório para obtenção do Grau de Mestre). acedido em 25/10/2017. Obtido de Repositório IPV: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1566/1/TEIXEIRA%20Tania%20Isabel%20Martins%20Fontainha%2C%20Visita%20a%20a%7C%3A3o%20domiciliaria%20em%20saude%20infantil.pdf>

Apêndice XVII – Folheto de Divulgação da Visita Domiciliária



Centro de Saúde de

Sempre que seja necessário

Telefone-nos



Equipa de Enfermagem:

Elaborado por:

- Vera Branca, Aluna do Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem, Especialidade em Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora

Enfermeira Especialista Saúde Infantil e Pedi-

atria

Centro de Saúde de

Família!...

...Cheguei a Casa!...

... e Agora?



VISITA DOMICILIÁRIA AO RECÉM-NASCIDO E FAMÍLIA

O vosso bebé já nasceu?!...

Agora pode solicitar o apoio da Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediatria e/ou de Saúde Materna e Obstétrica, na sua casa nos primeiros 15 dias após o parto!

Informe-se durante as suas consultas de vigilância da gravidez ou nas sessões de preparação para o nascimento e parentalidade.

Quando regressar a casa, logo que possível, contacte a enfermeira para planeamento da Visita Domiciliária!

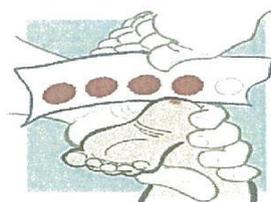


... CONTACTE-NOS LOGO!

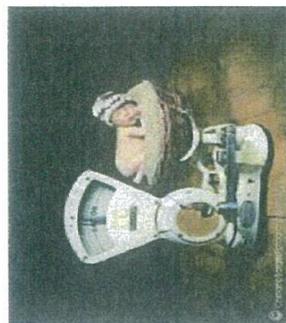
Pretendemos:

- * Identificar as dúvidas e necessidades dos pais e recém-nascidos e conhecer a dinâmica familiar no seu ambiente;
- * Prestar apoio e esclarecer acerca das varias temáticas relacionadas com o bebé, a mãe e restante família (Amamentação, Banho e Conforto ao Bebé, Vacinação, Vigilância de Saúde do Bebé, Planeamento e Encaminhamento de Consultas, Prevenção de acidentes);

- * Realizar o Diagnóstico precoce (teste do pézinho);



- * Avaliar o desenvolvimento do bebé.



... E apoiar em todas as dúvidas e eventuais problemas que identifi- que!

Apêndice XVIII – Check List para Registos da Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e Família

Centro de Saúde de [REDACTED]
Visita Domiciliária de Enfermagem ao RN e Família



Médico de Família _____

Enfermeiro _____

FOLHA DE REGISTOS

Identificação da Mãe

Nome _____ DN ___/___/___ Idade _____

Profissão _____ Telefone _____

Escolaridade _____ Estado Civil _____

Problemas de Saúde: Sim Não Quais? _____

Comportamentos de Risco: Álcool Tabaco Drogas Ilícitas Sedentarismo

Outros _____

Identificação do Pai

Nome _____ DN ___/___/___ Idade _____

Profissão _____ Telefone _____ Estado Civil _____

Escolaridade _____

Problemas de Saúde: Sim Não Quais? _____

Comportamentos de Risco: Álcool Tabaco Drogas Ilícitas Sedentarismo

Outros _____

Agregado Familiar
Nº de Elementos _____ Composição: Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Irmão(s) <input type="checkbox"/> Idade _____
Avós <input type="checkbox"/> Qual? _____ Outros <input type="checkbox"/> Qual? _____
Tipo de Família: Nuclear <input type="checkbox"/> Monoparental <input type="checkbox"/> Alargada <input type="checkbox"/> Reconstruída <input type="checkbox"/>
Outra <input type="checkbox"/> Qual? _____
Observações _____

Condições Socioeconómicas e Habitacionais da Família
Rendimento: Salário <input type="checkbox"/> Pensão <input type="checkbox"/> Rendimento Mínimo <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____
Desemprego: Com subsídio <input type="checkbox"/> Sem subsídio <input type="checkbox"/>
Observações _____
Habitação: Própria <input type="checkbox"/> Alugada <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Vivenda/Moradia <input type="checkbox"/>
Habitação Social <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Qual? _____ Nº de Assoalhadas _____
Abastecimento de Água: Rede privada: Furo <input type="checkbox"/> Rede privada: Poço <input type="checkbox"/> Rede Pública <input type="checkbox"/>
Fontanário <input type="checkbox"/> Não tem <input type="checkbox"/>
Aquecimento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual? _____
Casa de Banho: Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Fora de Casa <input type="checkbox"/> Dentro de Casa <input type="checkbox"/>
Não tem <input type="checkbox"/>
Conservação da Habitação: Adequada <input type="checkbox"/> Não Adequada <input type="checkbox"/> Não Observado <input type="checkbox"/>
Higiene da Habitação: Adequada <input type="checkbox"/> Não Adequada <input type="checkbox"/> Não Observado <input type="checkbox"/>
Saneamento Básico: Rede Pública <input type="checkbox"/> Rede Privada: Fossa <input type="checkbox"/> Não tem <input type="checkbox"/>
Eletricidade: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Quarto do RN: Próprio: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Onde? _____
Berço/Cama de grades <input type="checkbox"/> Alcofa <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____
Dorme acompanhado (com quem onde?) _____
Brinquedos adequados à idade: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Observações: _____

Apoio Familiar
<p>Companheiro: Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/></p> <p>Apoio nas tarefas domésticas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Quem? _____</p> <p>Apoio no cuidado dos outros filhos: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Quem? _____</p> <p>Observações: _____</p>

História Obstétrica e Vigilância da Gravidez
<p>Índice obstétrico ___/___/___/___ Vigilância Gravidez: Centro de Saúde <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/></p> <p>Gravidez: Viglada <input type="checkbox"/> Planeada <input type="checkbox"/> Aceite <input type="checkbox"/> Não Viglada <input type="checkbox"/> Não Planeada <input type="checkbox"/></p> <p>Não Aceite <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Risco <input type="checkbox"/> Qual? _____</p> <p>Curso de Preparação para o parto: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>PNV atualizado: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Vacinas em falta _____</p> <p>Observações _____</p>

Identificação e Antecedentes do Recém-nascido (RN)
<p>Nome _____ Idade _____</p> <p>Dados Neonatais</p> <p>DN ___/___/___ Local do Nascimento _____ Idade Gestacional _____</p> <p>Tipo de Parto: _____ Peso ao Nascer: _____ Comprimento: _____</p> <p>P. Cefálico: _____ Índice Apgar: 1` ___ 5` ___ 10` ___ Reanimação: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Rastreio Auditivo _____ Vacinação: VHB ___/___/___ Lote _____</p> <p>Teste Diagnóstico Precoce: Data ___/___/___ Local _____</p> <p>Problemas de saúde: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual? _____</p> <p>Principal Cuidador: Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Avós <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____</p> <p>Vigilância de Saúde: Centro de Saúde <input type="checkbox"/> Pediatra <input type="checkbox"/></p> <p>Data da Primeira Consulta ___/___/___ Local _____</p> <p>Observações _____</p>

Exame Físico e Comportamental do RN

Peso: _____ **Pulsos Femorais (Iguais e cheios):** Sim Não

Pele e Mucosas: Rosada Pálida Hidratada Desidratada Pletórica

Ictérica Cianosada Marmoreada Integra

Tónus: Normal Hipotónico Hipertónico

Choro: Vigoroso Irritado Débil

Fontanelas: Normotensa Deprimida Hipertensa

Face: Proporcional e simétrica Observações _____

Olhos: Secreções Pupila isocóricas; isométricas e fotorreativas

Fixa com o olhar um objeto brilhante ou face humana a 30 cm; pode acompanhar lentamente com o olhar Observações _____

Nariz: Secreções Linha média Observações _____

Pavilhões auriculares: Implantação na continuidade do canto externo do olho

Reação a sons altos e súbito Observações _____

Boca: Integridade do palato Observações _____

Cordão Umbilical: Sem Sinais Inflamatórios Com Sinais Inflamatórios

Queda: _____

Dorso: Pregas glúteas simétricas Observações _____

Genitais: Rapariga: Edemaciados Corrimento

Rapaz: Meato Apical Testículos na bolsa escrotal

Observações _____

Postura e Motricidade Global:

Em decúbito dorsal: braços e pernas semi-fletidos, com postura simétrica

Se tração para sentar observa-se queda significativa da cabeça

Apoiado(a) em posição sentado(a): dorso curvado com queda da cabeça para a frente

Em suspensão ventral: cabeça permanece abaixo do plano do corpo e membros semi-fletidos

Em decúbito ventral: cabeça para o lado, membros fletidos sob o abdómen, cotovelos fletidos junto ao tronco

Reflexos Primitivos: Moro Preensão Sucção e Procura Marcha automática

Observações _____

Avaliar Necessidades do RN
Alimentação: Leite Materno <input type="checkbox"/> Leite Artificial <input type="checkbox"/> Boa pega <input type="checkbox"/> Pega incorreta <input type="checkbox"/> Intervalo das Mamadas _____ Duração das Mamadas _____
Higiene: Cuidada <input type="checkbox"/> Pouco cuidada <input type="checkbox"/>
Padrão de Sono: Tranquilo <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Número de horas de sono durante a noite _____
Chupeta: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Posição de deitar (decúbito dorsal) <input type="checkbox"/>
Eliminação: Sem Alterações <input type="checkbox"/> Cólicas <input type="checkbox"/> Obstipação <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/>
Regulação da temperatura: Roupa adequada à estação do ano <input type="checkbox"/>
Segurança: Ambiente da casa adequado ao RN <input type="checkbox"/>
Observações _____ _____

Avaliar Comportamentos de Vinculação 0-3 meses
O bebé orienta-se tendencialmente para seres humanos <input type="checkbox"/>
O bebé apresenta precusores de comportamentos de vinculação: chorar, sorrir, agarrar, seguir e sugar <input type="checkbox"/>
O bebé está alerta e pronto para responder positivamente ao contacto com os pais através do olhar <input type="checkbox"/>
O bebé fica quieto e relaxado com o toque e a voz dos pais <input type="checkbox"/>
Observações _____ _____

Vinculação com o RN	
Mãe: Demonstra <input type="checkbox"/> Não Demonstra <input type="checkbox"/> Observações _____ _____	Pai: Demonstra <input type="checkbox"/> Não Demonstra <input type="checkbox"/> Observações _____ _____

Avaliar Ligação Pais/RN

A mãe/pai interpreta sinais e comportamentos do filho: Sim Não

A mãe/pai ajusta o seu comportamento a sinais e comportamentos do filho: Sim Não

A mãe/pai beija acaricia, pega ao colo, procura proximidade com o filho, mantendo-o junto do corpo: Sim Não

A mãe/pai verbaliza sentimentos positivos em relação ao filho: Sim Não

Observações _____

Autonomia da mãe face ao RN

Autonomia nos cuidados: Sim Não

Dificuldades/Preocupações Manifestadas _____

Realização de Ações Educativas

Amamentação Banho RN Conforto/Massagens Sono e Repouso

Prevenção e Acidentes Vacinação Consultas Parentalidade

Cuidados com a pele Problemas de saúde frequentes Outros

Sintomas ou sinais que justificam recorrer aos serviços de saúde

Observações _____

Encaminhamentos

Consultas: Enfermagem _____ Médico Família _____

Pediatra _____ Outro _____

Necessidade de Nova Visita Domiciliária: Sim Data __/__/____ Não

Motivo de Encaminhamento/Observações: _____

Atividades promotoras do desenvolvimento RN

- Pegar no(a) bebé e embalá-lo(a) suavemente. Pode aconselhar-se uma cadeira de balouço.
- Falar e cantar suavemente com sons altos, baixos, agudos, graves e suaves. Chamar o(a) bebé pelo nome.
- Falar sobre tudo o que estiver a fazer: lavar as mãos, vestir-se.
- Usar canções de embalar, música instrumental suave ou músicas com melodias repetidas.
- Comunicar com o(a) bebé olhando-o(a) nos olhos, encostado ao peito.
- Colocar o(a) bebé sobre os joelhos, deixar que ela(e) agarre o indicador com as mãos e converse com ela(e).
- Segurar uma bola vermelha a 20 cm e movimentá-la para cima e para baixo, para a esquerda e direita, estando o(a) bebé em estado de alerta e com a cabeça em posição central.
- Dar oportunidade ao bebé de experimentar cheiros diferentes (flor, laranja...).
- Fazer massagem suave corporal, observando sempre o(a) bebé calmamente, sem movimentos muito elaborados. Não forçar movimentos, fazer pouca pressão, não exceder os 20 minutos.
- Pegar ao colo, olhar olhos nos olhos, sorrir, deitar a língua de fora, quando em estado de alerta.
- Oferecer o polegar do(a) bebé para que esta(e) se Auto conforte e reorganize.
- Evitar ambientes hiper-estimulantes. Observar o(a) bebé.

Outras intervenções de enfermagem:

Avaliação:

Enfermeiro(a)

Data ___/___/_____

Apêndice XIX - Questionário de Avaliação da Visita Domiciliária

Questionário

No âmbito de um projeto de melhoria contínua dos Cuidados de Enfermagem do Centro de Saúde de [REDACTED] e com o objetivo de conhecer a opinião dos pais relativamente à Visita Domiciliária efetuada pelas enfermeiras responsáveis pelo projeto, solicitamos a sua colaboração no preenchimento deste questionário, pretendendo-se assim melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

As suas respostas são confidenciais, marque com um x a sua opinião.

1- A realização da visita domiciliária ao seu filho até aos 15 dias de vida, foi uma atividade importante?

Concordo plenamente	Concordo	Sem opinião	Discordo	Discordo plenamente
---------------------	----------	-------------	----------	---------------------

2- O horário da visita foi o mais adequado para si?

Concordo plenamente	Concordo	Sem opinião	Discordo	Discordo plenamente
---------------------	----------	-------------	----------	---------------------

3- A duração da visita foi suficiente para as suas necessidades?

Concordo plenamente	Concordo	Sem opinião	Discordo	Discordo plenamente
---------------------	----------	-------------	----------	---------------------

4- A orientação dada pela enfermeira na visita domiciliária foi a mais adequada na situação do seu filho?

Concordo plenamente	Concordo	Sem opinião	Discordo	Discordo plenamente
---------------------	----------	-------------	----------	---------------------

5- A disponibilidade da enfermeira durante a visita domiciliária foi importante para si?

Concordo	Concordo	Sem opinião	Discordo	Discordo plenamente
----------	----------	-------------	----------	---------------------

6 - A enfermeira durante a visita domiciliária esclareceu as suas dúvidas?

Concordo totalmente	Concordo	Sem opinião	Discordo	Discordo totalmente
---------------------	----------	-------------	----------	---------------------

7 - Como classificaria de uma forma global a sua satisfação relativamente á visita. sendo: 0 - não satisfaz;1 - satisfaz pouco; 2 - satisfaz; 3- satisfaz muito; 4- satisfaz bastante; 5 – Excelente.

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

8 - Aspetos que poderiam ser melhorados ou abordados durante a visita domiciliaria:

--

Obrigada pela Colaboração!