

**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**

Trabalho de Projeto

Criar Crescer e Cuidar

Implementação da Visita Domiciliária no Período Pós Natal

Maria João Monteiro Pascoal

Lisboa

2016



**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**

Trabalho de Projeto

Criar Crescer e Cuidar

Implementação da Visita Domiciliária no Período Pós Natal

Maria João Monteiro Pascoal

Orientador: Professora Doutora Maria Helena Presado

Lisboa

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Para vencer, material ou imaterialmente,
três coisas definidas são precisas:
Saber trabalhar, aproveitar as oportunidades
e criar relações.
O resto pertence ao elemento indefinível, mas real,
que à falta de melhor nome, se chama sorte”

Fernando Pessoa (1926)

Pretendo demonstrar a gratidão sentida pelas pessoas que de algum modo colaboram neste percurso de vida, uns pela sua presença e envolvimento, outros pela tolerância nas ausências e outros pelo legado.

Passo a agradecer em primeira mão a toda a equipa de enfermeiros da unidade de saúde, que tornou possível, a concretização de um projeto que começou por existir apenas por convicção individual, sem o seu envolvimento, não seria possível termos chegado aos resultados atuais.

Agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Maria Helena Presado, a disponibilidade, o acompanhamento neste percurso e a ajuda na organização do turbilhão de ideias, em que o processo teve início e ainda por acreditar que este seria um projeto importante e com mais-valias para a população a que se destina.

Grata também aos responsáveis pela gestão da Unidade de Cuidados na Comunidade e do ACES, pois mesmo antevendo dificuldades, não impossibilitaram que acontecesse.

Um forte agradecimento à Missão Sorriso Continente, por ter contribuído para eliminar uma das limitações, que poderia ter colocado em risco a concretização do projeto na sua totalidade.

Agradeço aos amigos Gina Moreira e Filipe Sousa, a disponibilidade o empenho e contributo, para que este projeto pudesse desfrutar de uma imagem que o identifica.

E por último mas não menos importante, o agradecimento à minha família, aos que ainda posso ver e aos de quem sinto saudade por não estarem presentes, por cada um ao seu estilo e da forma possível, terem contribuído para que a vontade de fazer melhor esteja sempre presente, e o contributo para o bem-estar do outro, seja uma motivação na minha vida profissional e no meu quotidiano.

ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AM – Aleitamento Materno

AT – Assistente Técnico

BP – Bloco de Partos

CHLC – Centro Hospitalar de Lisboa Central

CHLO - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNPCJR – Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco

CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DP – Diagnóstico Precoce

EESIP – Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediatria

EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

HBA – Hospital Beatriz Ângelo

HFF – Hospital Fernando de Fonseca

HPP Cascais – Hospital Publico Privado Dr. José de Almeida Cascais

HSM – Hospital de St^a Maria

IG – Idade Gestacional

NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

NN – Noticias de Nascimento

OE – Ordem dos Enfermeiros

PDS – Plataforma de Dados de Saúde

PNDP – Plano Nacional de Diagnóstico Precoce

PNS – Plano Nacional de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – Recém-nascido

RSL – Revisão Sistemática de Literatura

Sclínico – Sistema de Informação para Registos Clínicos

SINUS – Sistema de Informação para as unidades de saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TSS – Técnico Superior de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UFS – Unidades Funcionais de Saúde

UO – Urgência Obstétrica

USF – Unidade de Saúde Familiar

VD – Visita Domiciliária

RESUMO

A segurança e satisfação dos utentes, assim como o direito à equidade na acessibilidade a cuidados de saúde de qualidade, são questões da responsabilidade do Serviço Nacional de Saúde, das Unidades de Saúde, bem como dos profissionais. Trata-se de um dever social e profissional, agilizar a resolução de problemas identificados, que possam colocar em risco utentes/famílias, nomeadamente em populações vulneráveis, como o caso das puérperas/RN/família, enquanto utilizadores dos Cuidados de Saúde Primários.

Neste sentido, foi estruturado o projeto “Criar Crescer e Cuidar, cujo objetivo é implementar a visita domiciliária à puérpera/RN/família, inscritos em unidades de saúde, da área de abrangência da UCC, em que a prática clínica dos enfermeiros, não contemple esta intervenção.

Este trabalho de projeto surge numa perspetiva de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, organizando e planeando um conjunto de recursos e documentos, no sentido de uniformizar procedimentos, tendo em vista, em contexto de proximidade, avaliar e intervir precocemente, promovendo a saúde e transições saudáveis, no período pós natal.

No sentido de utilizar o conhecimento existente, nesta área de intervenção dos enfermeiros, foi efetuada uma revisão de literatura. Utilizou-se a metodologia de projecto e o ciclo de Deming, como suporte ao trabalho desenvolvido. Os resultados avaliados, segundo os indicadores elaborados demonstram ser satisfatórios, por terem superado as metas, traçadas para o primeiro semestre de implementação do projeto.

Palavras-chave: puérpera, recém-nascido, enfermeira especialista/parteira, visita domiciliária, promoção da saúde.

ABSTRACT

The safety and satisfaction of users, as well as the right to equality in accessibility to quality health care issues are the responsibility of the National Health Service, health facilities and professionals. It is a social and professional duty, to expedite the resolution of identified problems that can put users / risk families, especially in vulnerable populations such as the case of mothers / RN / family, as users of Primary Health Care.

In this sense, the project "Creating Growing and Caring" was structured, having as main goal the implementation of home visits to postpartum / newborn / families enrolled in health care units, in the coverage area of the UCC, when the clinical practice of nurses does not provide this intervention.

This design work comes in a perspective of improving the quality of nursing care, organizing and planning a set of resources and documents in order to standardize procedures, with a view, in the vicinity of context, assess and intervention early, promoting health and healthy transitions in the post natal period.

In order to use the existing knowledge in this area of the nurses, a literature review was conducted. Utilizing the design methodology and the cycle Deming, as support for the work performed. The results evaluated against the established indicators show satisfactory because they exceeded the goals set for the first half of project implementation.

keywords: postpartum, newborn, nurse / midwife, Home visits, health promotion

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. CUIDAR NO PÓS PARTO EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO	15
1.1. Puerpério e Transições	15
1.2. Competências do Enfermeiro Especialista em saúde Materna e Obstétrica	22
1.3. Acessibilidade aos cuidados de saúde/Contexto Legal	23
1.4. Visita Domiciliária	26
2. PROJETO “CRIAR CRESCER E CUIDAR”	29
2.1. Revisão de Literatura	29
2.2. Desenho do Projeto	33
2.2.1. Diagnóstico de situação	34
2.2.2. Âmbito	35
2.2.3. Objetivos	36
2.2.4. Indicadores de Avaliação e Metas	36
2.2.5. Recursos	39
2.2.6. Orçamento	40
3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO	42
3.1. Análise das Atividades Desenvolvidas	42
3.2. Limitações à Implementação	50
4. QUESTÕES ÉTICAS	53
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS	
ANEXO I – Autorização para candidatura do projeto ao concurso “Missão Sorriso”, Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Instituto Público	
ANEXO II – Validação do projeto pela Coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade	

APENDICES

APENDICE I – Resultados da 2ª pesquisa nas bases de dados

APENDICE II - Fluxograma da pesquisa

APENDICE III - Desenho da estrutura do projeto

APENDICE IV - Cronograma

APENDICE V – Planeamento estratégico

APENDICE VI – Mapeamento do problema

APENDICE VII - Indicadores e metas

APENDICE VIII – Instrumento de registos

APENDICE IX – Esquema dos focos de atenção (CIPE) à puérpera e recém-nascido

APENDICE X - Fluxograma de agendamento e realização de Visita domiciliária

APENDICE XI - Projeto de candidatura à “Missão Sorriso”

APENDICE XII – Normas de procedimentos

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1: Intervenções nas Visitas domiciliárias	28
Quadro nº 2: Mnemónica PICO e palavras-chave	31
Quadro nº 3: Critérios de inclusão e exclusão na seleção dos artigos achados	32
Quadro nº 4: Número de Habitantes por freguesias no ano de 2011	34
Quadro nº 5: Orçamento	41
Quadro nº 6: Número total de VD realizadas no primeiro semestre	48

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº 1: Logotipo de projeto

47

INTRODUÇÃO

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) coloca ao dispor dos cidadãos, cuidados de saúde, tendencialmente gratuitos, entre eles, os de intervenção primária. Parece ser política de saúde, dos últimos governos portugueses, o investimento nos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Tal como se pode ler no documento Quadro de Orientação Estratégica para o Desenvolvimento dos CSP (MS, 2012), pretende-se uma abrangência de qualidade e equitativa na totalidade do país, assim como a adequação das respostas às necessidades de grupos em particular ou da população em geral.

A qualidade em saúde trata-se de um conceito complexo, uma competência/motivação individual, que se torna visível se trabalhado coletivamente/equipa (Donabedian, 2003; Rocha 2006). Sendo o acesso aos cuidados e a equidade no acesso, uma das dimensões da qualidade (Fragata, 2011; DGS, 2014), é nesta linha de orientação que surge este projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde há puérpera/RN/família, em período pós-natal.

A melhoria da qualidade dos cuidados acontece quando centrada no utente/família/grupos/comunidade e sua satisfação relativamente aos mesmos, e tal como, o cuidado centrado no utente/família/grupos/comunidade, implica conhecer as necessidades da população a que se destina, assim como as dificuldades de acesso, entre outras e conduzir a prática profissional e a organização dos cuidados, no sentido da resposta à resolução dos problemas identificados.

Os enfermeiros são privilegiados na relação de proximidade e de parceria que podem estabelecer com os utentes/famílias/grupos/comunidade. Tendo por base, no exercício da sua profissão, o contributo para o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas, assim como, a procura da excelência da qualidade dos cuidados prestados, assumem como dever moral e profissional, planear intervenções que respondam às necessidades, assegurem a acessibilidade e equidade de cuidados, garantindo a segurança dos utentes (OE, 2001).

Resultante de experiência da prática clínica, nos últimos dezasseis anos, em contexto hospitalar e de CSP, na área da saúde da mulher, intensificou-se uma

preocupação sobre a acessibilidade a CSP, nomeadamente de enfermagem e a vulnerabilidade da puérpera/RN/família, no período pós natal.

Atendendo às políticas para a saúde, parece importante mencionar que desde o ano de dois mil e cinco, se movem esforços no sentido da reestruturação dos antigos Centros de Saúde, em pequenas Unidades Funcionais de Saúde (UFS). Pretende-se melhorar a qualidade dos cuidados prestados, agilizar a sua organização e gestão o que seria facilitador da sustentabilidade do SNS, assim como para o aumento de ganhos em saúde para os utentes e melhoria dos níveis de satisfação. Neste sentido o Decreto-Lei n.º 88/2005, de 3 de Junho, veio repor o Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio e a legalidade da criação das Unidades de Saúde Familiares (USF).

Como tal, nos últimos dez anos, temos presenciado uma gradual reestruturação, nos CSP, com um número cada vez maior de USF, cuja política consiste, entre outras, em atribuir um médico e enfermeiro de família a todos os seus utentes. Contudo deparamo-nos com algumas dificuldades, como o número de utentes que por falta de vagas, ficam alocados a Unidades de Cuidados Personalizados (UCSP), onde a escassez de recursos, impossibilita o mesmo tipo de organização das USF, o que pode colocar em risco a segurança dos utentes, por dificuldade de acesso a cuidados de saúde.

Com a finalidade de diminuir o prejuízo destas incongruências, normais nos processos de reestruturação, mas nos quais os utentes, maiores lesados, não tem qualquer responsabilidade, e com base no conhecimento das dificuldades identificadas nas mulheres, nesta fase importante da sua vida (dor, desconforto, ausência de conhecimento e informação, ansiedade, cansaço) e ainda, confrontados com o facto de, apenas as puérperas inscritas nas USF, serem beneficiárias de uma avaliação após a alta hospitalar, realizada no domicílio, capaz de promover a adaptação aos novos estádios de vida individual e familiar assim como o aleitamento materno pelo menos até aos três meses de vida do bebé, pensamos como contribuir para a resolução deste problema, que coloca em desigualdade utentes residentes na mesma área geográfica.

Na mencionada reestruturação dos CSP, constituíram-se outro tipo de unidades de saúde, como as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), regulamentadas

no que se refere à organização e funcionamento, pelo Despacho n.º 10143/2009 de 16 de Abril. Atendendo a que compete às equipas destas unidades, prestar entre outros, cuidados de saúde em contexto domiciliário e comunitário, a pessoas/famílias/grupos vulneráveis ou em situação de risco. Intervindo no sentido da educação para a saúde, na incorporação em redes de apoio e outras.

Na tentativa de transformar esta fraqueza em oportunidade e atendendo ao que se preconiza como missão e objetivos para a intervenção na comunidade, no âmbito das UCC, dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), parece pertinente um atendimento sistematizado, no domicílio, promovendo a saúde, transições saudáveis e detetando precocemente situações de risco.

Como tal, decidimos planear e implementar medidas que visem a resolução do referido problema, atendendo às recomendações proferidas pelas entidades responsáveis, pela elaboração de políticas de saúde, como o PNS (2012-2016), onde se recomenda a criação de oportunidades de promoção de contextos benéficos ao bem-estar das pessoas/famílias e sua saúde, compete aos profissionais de saúde encontrar “Capacidade de intervenção promotora da saúde, prevenção e diagnóstico precoce da doença” PNS (2012-2016, p.9). Ainda no mesmo documento, se refere a importância no investimento na qualidade dos cuidados e também na capacitação dos cidadãos, para entre outros o autocuidado e os cuidados à família.

Sendo os cuidados de enfermagem alicerçados em teorias/filosofias que se entendam mais apropriadas às características do contexto da prática clínica, como base de evidência científica, pareceu-nos adequado adotar como constructo neste projeto, o Modelo das Transições de Vida de Afaf Meleis.

O presente relatório, descreve o processo de planeamento e implementação do projeto “Criar, Crescer e Cuidar”. Apresentaremos de seguida, a fundamentação do projeto incluindo o seu enquadramento, seguido da descrição do processo metodológico, a implementação e avaliação, para finalizar as questões éticas e considerações finais.

1. CUIDAR NO PÓS PARTO EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO

A multiplicidade de vivências nesta fase da vida familiar, torna o pós-parto, por mais comum que seja (condição fisiológica normal-nado vivo saudável e ausência de patologia materna), numa situação complexa. A necessidade de mudanças sentida pela mãe e pai, enquanto casal e família nuclear, revela-se numa fase conturbada que causa ansiedade. A premência da alteração de comportamentos adotados (alteração das rotinas do casal e do papel de pai e mãe), da aprendizagem de práticas como cuidar do recém-nascido, associado à recuperação física, mais ou menos demorada e às alterações psicológicas, características desta fase da vida da mulher, funciona como fator desorganizador.

O período pós parto exige comprometimento dos profissionais de saúde, no cuidar em parceria com a puérpera/família, no sentido de apoiar, ajudar, esclarecer, informar, treinar, oferecer suporte que ampare a fragilidade, inerente à situação vivenciada. Pretende-se a manutenção da integridade, promoção da saúde e qualidade de vida (Andrade, 2015).

1.1. Puerpério e transições

É consensual que a parentalidade obriga a mudanças profundas no ciclo de vida das famílias, o que implica processos de adaptação capazes de proporcionar a transição de um estado/conceito de si, para outro mais ajustado à realidade vivenciada, processo nem sempre consciencializado, este papel de mãe e pai, por vezes não se revelam espontaneamente (Relvas, 2004; Melies, 2010).

O nascimento de um filho, no que concerne ao autocuidado, cuidados ao recém-nascido (RN), e à reorganização pessoal e familiar, convertem este acontecimento numa fonte de stress, (Canavarro & Pedrosa, 2005; Alarcão, 2006; Filipe, 2011). Visto isto, mesmo não existindo patologia associada, o bem-estar e a saúde das famílias nesta fase do seu ciclo de vida, pode estar em risco.

Este processo de adaptação/transição ocorre num período particular da vida da mulher, o puerpério, termo utilizado para definir um período, que se inicia imediatamente após o parto e perdura, pelo intervalo de tempo necessário, ao

restabelecimento da mulher. Corresponde a um período aproximado de seis semanas, dependendo do tipo de parto e de fatores sociofamiliares, físicos e emocionais, relacionados com cada mulher (Lowdermilk, 2008; Graça, 2010).

É consensual, o facto de que esta fase da vida das mulheres e famílias, mesmo quando não associada a patologia, trata-se de um período de mudanças, fragilidades e necessariamente de desenvolvimento de habilidades várias. O puerpério implica profundas alterações na mulher a nível físico, psicológico/emocional e social. Fisicamente, para além da dor e do cansaço, ocorre um processo de involução do organismo, no sentido de voltar à sua anatomofisiologia pré-gravídica, para além da preparação para a amamentação. As alterações hormonais estão presentes causando toda a sua influência no organismo feminino, nomeadamente no que se refere à resposta emocional (Freitas, 2006), psicologicamente a mulher está debilitada, e socialmente ocorrem inúmeras alterações, como já foi referido.

O procedimento da alta precoce, entre as 24 e as 48 horas após o parto, tem benefícios, mas implica algumas limitações como a escassez de tempo para que a mulher aprenda a cuidar-se, a cuidar do recém-nascido e a detetar sinais de alerta (ainda não recuperou nem reorganizou o seu pensamento/comportamento). Assim, ao chegar a casa, a mulher depara-se com uma serie de situações, para as quais pode não estar preparada. A gestão das tarefas da casa, da satisfação das necessidades do RN e o autocuidado, as limitações de mobilidade por desconforto ou presença de dor, o cansaço pré-existente e agravado pela limitação de horas de sono e repouso, a ansiedade provocada pelo choro do recém-nascido, pela alteração da relação conjugal e das rotinas do casal, o isolamento por ausência de contatos com os amigos e colegas de trabalho, a ausência de familiares que podem colaborar nas tarefas ou a sua presença demasiado influente nas decisões, são conjunturas que perturbam a estabilidade da mulher e consequentemente do recém-nascido e família.

Até à sexta semana pós-parto, para além da dor que pode manter-se, importa manter a vigilância, diminuindo a frequência das avaliações, de sinais vitais pelo risco de hemorragia, das suturas (abdominal ou perineal), assim como da involução uterina (Graça, 2010). Aconselha-se ainda observação do estado nutricional e

eliminação vesical e intestinal da mulher, assim como de outros sinais que revelem alterações ou risco, nomeadamente de infeção, de ingurgitamento mamário/mastite, fenómenos tromboembólicos e alterações emocionais, cansaço materno por interrupções frequentes e diminuição do número de horas de sono, dificuldades de resposta às necessidades do RN (Brazelton, 2000) e outras.

No que se refere ao sono/repouso, trata-se de um estado fisiológico intrincado, onde ocorrem alterações fisiológicas e comportamentais. Foi descoberto nos anos 50 do Século XX a existência de dois padrões de sono REM (Rapid Eye Movement) e NREM (Non Rapid Eye Movement), cujo tempo de duração é de aproximadamente noventa minutos, repetindo-se por quatro ou cinco vezes por noite, o que resulta em média, de sete a oito horas de sono, de preferência sem interrupção. Nestas fases desenvolvem-se atividades características que influenciam a qualidade de vida das pessoas, como a conservação e recuperação de energia física e produção de hormona de crescimento (fase NREM), e integração de conhecimentos, consolidação da memória, regulação do sono, sensação de bem-estar físico e psicológico (fase REM).

O sono é uma necessidade básica do ser humano. A sua privação pode provocar alterações da fala, irritabilidade, desorientação, alterações do humor, falta de colaboração, diminuição da concentração, deficiência imunitária, alteração do funcionamento cognitivo, risco de acidentes de viação e de desenvolvimento de distúrbios mentais (Amaral e Pascoal, 2014).

Os indivíduos necessitam de adequar o sono diário às suas necessidades, no sentido de restaurar o corpo e a mente do desgaste diário. Encontrando-se a puérpera, em fase de recuperação física e psicológica e num processo de memorização de conhecimentos permanente, pelo desempenho de novas atividades, as necessidades de sono podem estar aumentadas. Contudo, o sono da puérpera encontra-se certamente comprometido, pois no contexto de cuidar um RN que se alimenta de três em três horas, ou menos, e chora como forma de comunicação, torna-se difícil assegurar as necessidades de sono.

Logo, embora o grau de risco seja aparentemente baixo, podem surgir complicações graves, alterando o bem-estar da mulher da criança e da família (Graça, 2010; Mazzo, 2012)), pois a puérpera tem à sua responsabilidade para além

do autocuidado, os cuidados ao recém-nascido e quando o processo de transição se prolongada, o processo de adaptação é difícil e as consequências podem prejudicar mãe e filho. O desenvolvimento do recém-nascido está inteiramente dependente da estabilidade, segurança e cuidados que lhe são prestados, a relação satisfatória desta díade (mãe/filho), depende do equilíbrio materno, e pode influenciar toda a família (Brazelton, 2000).

Para além do risco de complicações, associadas ao puerpério, existe uma outra questão importante, a capacitação das populações (Freitas, 2006), promover o desenvolvimento individual, capacitando para o autocuidado, autocontrolo no que se refere ao bem-estar e á saúde, como refere a Carta de Otava de 1987, incentivando a adoção de comportamentos saudáveis. É uma política que deve adaptar-se à realidade das populações e às suas necessidades. Este processo de capacitação, contributo e responsabilização, representa nas mulheres puérperas um sentimento de ser capaz de cuidar, de se adaptar, de ser feliz e de se valorizar, pelas suas habilidades/capacidades e pelos resultados obtidos.

Um acompanhamento deficitário da puérpera pode colocar tudo isto em risco e resultar em custos acrescidos no tratamento de alterações da saúde física, mental e familiar (Burroughs, 2005). A incapacidade ou perda funcional pode levar à diminuição de autoestima e colocar em risco o papel maternal (Meleis, 2010; Mendes, 2015), o que pode ser colmatado, pela visita da enfermeira no domicílio, neste período (Graça, 2010; Mendes 2015; Andrade, 2015).

Desenvolver competências parentais e cuidar do recém-nascido, é uma tarefa árdua, pelas características bem conhecidas das crianças nesta fase do seu desenvolvimento, que dormem por períodos curtos, alimentam-se e choram com frequência. O choro é uma forma de comunicar, responder a estímulos e solicitar atenção, para as mais diversas situações (um simples marcar de presença ou sensações de calor, frio, fome, dor ou ansiedade) (Brazelton, 2000).

Existe por parte da puérpera/mãe um sentimento de responsabilidade/dever de cuidar e “bem” do filho, de ser “perfeita”, o que por vezes é destroçado por um choro mais forte ou repetido, tornando-se num ciclo de causa/efeito, ou pelo desconhecimento de como agir. Inicialmente, os pais podem sentir-se incapazes para perceber, o choro do seu bebé, o que lhes causa ansiedade (Mendes, 2015).

Importa considerar que, a assunção de novos papéis e identidades, como se verifica no desenvolver do processo parental antes e depois do nascimento de um filho, tem por base, processos de transições saudáveis, proporcionados pelo desenvolvimento de conhecimentos e aptidões que resultam em alteração de comportamentos, sentimentos e simbolismos, adequados às necessidades atuais (Meleis, 2010).

Assim, a mulher em fase de puerpério, em contexto de domicílio e enquanto população alvo da atenção dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, pode beneficiar neste processo de transição, e promoção da saúde, evitando situações que impliquem o recurso à urgência hospitalar e/ou internamento, aumentando os seus níveis de satisfação com os cuidados de saúde (Laudermilk, 2008; Graça, 2010; Wilson, 2014; Kemp et al., 2012). “Os programas de promoção da saúde podem baixar os custos globais dos cuidados de saúde, ao reduzir a incidência da doença, ao minimizar complicações e, assim, reduzir a necessidade de usar outros recursos, de cuidados de saúde, mais dispendiosos” (Potter, 2008, p.21). Para além de que, as puérperas consideram esta intervenção e o aconselhamento recebido, na VD, como um suporte importante (Rodrigues, et al., 2006).

A questão do processo de transição, é também importante nesta fase da vida familiar, como já foi referido o contributo para transições saudáveis pode ser conduzido num programa de VD sistematizado. A questão das transições enquanto processos de vida é objeto de interesse e estudo, nomeadamente no ajuste a determinadas situações e manutenção da saúde.

A teoria das Transições de Vida de Afaf Meleis, remonta aos anos 90 do século XX, relativamente recente se pensarmos que se desenvolvem teorias para a prática da enfermagem desde 1859 com Florence Nighingale. Reporta-se à interação Individuo/Natureza, às alterações no decurso do ciclo de vida e à necessidade de adaptação.

Adotamos este modelo, como base científica desta intervenção em contexto pós-parto e de construção da parentalidade. Pensamos ser uma teoria concernente com a temática deste projeto, já que o mesmo pressupõe, a intervenção autónoma de enfermeiros junto de puérperas/RN/família enquanto agentes facilitadores de

processos de adaptação, que permitam transições saudáveis, no âmbito da promoção da saúde da puérpera/família.

O conhecimento desenvolvido, relativo às fases e tipos de transição que se apresentam à pessoa/família, propõem uma série de alterações inerentes à pessoa (eu), conseqüentes da necessidade da incorporação de conhecimento e da alteração do comportamento que a recolocam no contexto social (Meleis, 2010). Este pode ser um processo, mais ou menos demorado, consoante o contexto em que se desenvolve e as características dos seus intervenientes. A identidade materna, resulta de um processo de desenvolvimento em que a mulher se sente confortável no papel de mãe (Meleis, 2010).

Compete aos enfermeiros intervirem como promotores deste processo de transição, agilizando o desenvolvimento da identidade de mãe (e pai), no sentido de ajudar a pessoa/família a estabilizar e recuperar a sensação de bem-estar. No processo de intervenção esperado neste projeto, importa atender também, aos guias de orientação para boas práticas, achados na Joanna Briggs Institute Library, utilizados como evidência científica, para a prática clínica.

Assim, no que se refere ao RN, parece existir relação entre a idade gestacional, a idade cronológica, a etnia, a geografia, as práticas de nascimento e cuidados do cordão umbilical e o tempo que o coto leva a soltar-se. Sendo que nos RN prematuros e cujo tipo de parto foi cesariana, a sua queda pode demorar duas semanas. O coto umbilical é normal azulado no primeiro dia, ao secar/mumificar fica mais escura, habitualmente cai entre o 7º a 10º dia, de vida. A ferida geralmente cicatriza em 15 dias (cicatriz umbilical). Quando se apresenta com eritema ou exsudado purulento, assim como alterações na textura da pele (ondulações ou descoloração da pele), vesículas, bolhas ou erupções cutâneas, o processo de queda pode ser mais demorado e pode significar presença de infeção (onfalite, tétano neonatal, fasciite necrosante peri umbilical ou infeção da artéria umbilical) e risco de septicémia. A palpação da área peri umbilical, é importante (Gaikwad, 2015).

A presença de hérnias não é problemática, pois habitualmente reverte espontaneamente com o fortalecimento dos músculos abdominais. Os cuidados ao coto umbilical, variam de cultura para cultura, sendo as normas atuais baseadas nos

princípios da assepsia, no sentido de diminuir a probabilidade de infeções do coto. As famílias devem ser ensinadas a manter o coto umbilical limpo e seco e procurar ajuda médica em caso de eritema ou presença de exsudado suspeito. Devem ser questionadas sobre as práticas de limpeza da área umbilical. Parece não existir influência da utilização de antissépticos no aparecimento de infeções, ao invés parece retardar o processo de separação. Parece existir benefícios com a utilização de azeite, embora esteja ainda em estudo e nos países em desenvolvimento a utilização tópica de cloroxidina reduz o risco de onfalites e morte neonatal (Gaikwad, 2015).

Recomenda-se a lavagem das mãos antes e depois de observar um coto; mostrar aos pais, como manter o coto umbilical limpo e seco explicar que o uso de antissépticos não deve ser rotineiro; manter a fralda dobrada abaixo do coto; lavar com água quando sujo de fezes ou urina, deixá-lo exposto ou ligeiramente tapado com roupa limpa (Gaikwad, 2015).

A dor é um sinal vital de difícil avaliação em recém-nascidos. As ferramentas que podem utilizar-se para medir a dor, como alterações na frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de oxigênio, pressão arterial, ou ainda o choro, expressões faciais, e respostas motoras, podem ser muito subjetivas. A amamentação poderá diminuir a dor devido ao contacto e conforto que pode proporcionar, bem como as propriedades do leite materno para aumentar a concentração de beta-endorfina, que pode ter um efeito analgésico. Assim recomenda-se, o aleitamento materno para aliviar a dor provocada num procedimento. Caso não seja possível a amamentação pode utilizar-se sacarose / glucose pois parece ter eficácia semelhante na redução da dor processual em recém-nascidos (Jayasekara, 2014).

A administração de sacarose oral com e sem sucção não nutritiva, tem sido uma intervenção não farmacológica, utilizada no alívio da dor em recém-nascidos, funciona como calmante e alivia a dor provocada por procedimentos invasivos. Assim recomenda-se a administração de sacarose a latentes no decorrer de procedimentos curtos e dolorosos (punção do calcanhar, punção venosa). Não existem estudos que revelem a dose a administrar, sabe-se apenas que

administração de sacarose por via oral, e creme (Lidocaína + Prilocaína) no controle da dor durante a punção venosa (Sayakkara, 2014).

No que se refere à puérpera, a dor perineal de uma laceração ou episiotomia, efetuada durante o parto é comum (65% de todas as mulheres). Pode causar mobilidade reduzida, desconforto, e ser um sinal de problemas a longo prazo, como a dispareunia, incontinência urinária e fecal. O desconforto perineal pode prolongar-se por duas semanas após o parto, em 20 - 25% das mulheres e por 3 meses em 10%. Recomenda-se aplicação de gelo ou gel frio e analgésicos por via oral e rectal, para reduzir a dor perineal após o parto. As mulheres devem ser informadas de que a analgesia epidural está associada ao aumento do risco de parto instrumentalizado, que está associado ao aumento das taxas de trauma perineal. Devem usar-se suturas absorvíveis sintéticas, e técnica de sutura contínua, da ferida cirúrgica ou traumática. As mulheres devem ser advertidas sobre a importância da higiene perineal, incluindo a mudança frequente de pensos higiênicos, lavando as mãos antes e depois, tomar banho diário e manter o períneo limpo (Gaikwad, 2015).

1.2. Competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO)

A responsabilidade profissional ética e deontológica, em assistir a pessoa em tempo útil no seu domicílio, garantindo a sua segurança, significa a assunção de um compromisso social, ético-deontológico e legal por parte do enfermeiro enquanto profissional e pessoa adulta. Refere o Código Deontológico dos enfermeiros (2009) no Artigo 76º, nº1, alínea a), que o enfermeiro detém obrigação do exercício e ainda da adoção de todas as “medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”, no mesmo documento legal, no Artigo 78º, nº3, alínea a) releva-se o papel assumido pelo Enfermeiro perante a sociedade, enquanto principio orientador da sua atividade, ainda no Artigo 79º, alínea b) o enfermeiro “responsabiliza-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega”, mas também pela assunção dos atos que não pratica.

O EESMO, é responsável pelo exercício da sua atividade profissional, em áreas como o puerpério, assim sendo, compromete-se, e em parceria com a mulher/família, “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período

pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade” (DR, 2011, p.8664), concebe, planeia, implementa e avalia intervenções/ações, capazes de promover a saúde da mulher e do RN, diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e RN, assim como, providenciar cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e RN.

Assim o enfermeiro avalia a situação o contexto e decide em tempo útil, no que diz respeito à segurança do utente/família, assumindo a responsabilidade legal e moral das ações na sua área de intervenção/competência, como a realização de VD, à puérpera/RN/família. A ideia de sistematizar os cuidados prestados às puérperas/RN/família, não abrangidos por esta intervenção por questões institucionais, numa intervenção como a visita domiciliária após a alta hospitalar, garantindo a acessibilidade, equidade e qualidade de cuidados no domicílio, encontra-se implícito no regulamento de competências do EESMO, com imperativo, segurança dos utentes.

1.3. Acessibilidade aos Cuidados de Saúde / Contexto legal

A dificuldade de acesso aos cuidados de saúde considera-se um fator de vulnerabilidade e pode colocar em risco o bem-estar dos indivíduos, caso não exista uma intervenção adequada de capacitação e promoção da saúde. Clarificando, vulnerabilidade trata-se da suscetibilidade ou risco de exposição de uma determinada população, pode ainda considerar-se, o grau de perda como resultado de um determinado fenómeno que pode ser nocivo (Nichiata et al., 2008).

Enquanto membro do Observatório para os Cuidados de Saúde Primários da Ordem dos Enfermeiros (2008-2011), que se situou no âmbito de um projeto de acompanhamento do exercício profissional na área dos CSP, tendo como objetivo promover cuidados seguros, identificando pela proximidade, situações problema e atuar, no sentido de proferir sugestões e acompanhar a evolução.

Das oitenta e sete visitas realizadas a Unidades Funcionais de Saúde (UFS), pela equipa de enfermeiros deste grupo, no período de 2009 a 2011, nomeadamente a treze Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), sessenta e duas Unidades de Saúde Familiar (USF) e doze Unidades de Cuidados na Comunidade

(UCC), foi possível identificar a inexistência nos Agrupamentos de Centros e equipamentos de Saúde (ACES) de Lisboa, Vale do Tejo e Algarve de programas de vigilância/promoção da saúde nesta fase da vida da mulher/família. Sendo que na região do Alentejo algumas UCC contemplavam este tipo de intervenção¹.

Verificou-se também que, quando se efetuam cuidados no domicílio, nesta fase da vida, a referência é a realização da intervenção relacionada com o programa nacional de Diagnóstico Precoce (DP) de doenças metabólicas, ao recém-nascido. A vigilância da mulher reduz-se à consulta médica de revisão de puerpério realizada pelo médico, na unidade de saúde onde está inscrita, entre a quarta e a sexta semana após o parto. Contudo existem pontualmente unidades, onde se realizam consultas de enfermagem, de vigilância após o parto. Nestes casos a enfermeira avaliava a situação da mulher e do recém-nascido, esclarecendo dúvidas sobretudo no que se relacionava com a amamentação, peso da criança e, contraceção pós-parto. Habitualmente não existe uma reavaliação desta intervenção, logo não se conhecem dados sobre os resultados, destas ações de enfermagem.

No reconhecimento consensual da precocidade da alta hospitalar (48h) neste contexto, atendendo a todos os benefícios e dificuldades causadas pela mesma, e considerando esta fase da vida da mulher/família, como um período importante de transição pessoal e familiar, (Ramos e Canavarro, 2007), atendendo a que podem existir dificuldades de origem emocional/psicológica, física e/ou social, oriundas da mulher, RN ou família, parece pertinente intervir com a mulher/família, no que são os focos de atenção para a enfermagem (CIPE, 2012).

Um dos indicadores críticos, numa determinada comunidade, relaciona-se com a saúde perinatal e com a acessibilidade aos cuidados de saúde, isto porque a saúde e bem-estar da díade mãe/filho mantém-se comprometidas, enquanto os cuidados de saúde comunitários, não garantirem, em quantidade e qualidade resposta adequada a este período da vida familiar (Lowdermilk, 2008).

Considerando o contexto legal, no respeito pelo Princípio da Igualdade entre cidadãos, descrito na Constituição da República Portuguesa (Artigo 13º) em que para além de outras questões ninguém pode ser privado ou prejudicado comparativamente a outro nos seus direitos, inclusive no direito à saúde (Artigo 64º).

¹ informação retirada do relatório do observatório, OE, 2012, documento de trabalho

Reforçado na Lei de Bases da Saúde assim como no Decreto-Lei n.º 28/2008, o direito à proteção da saúde, garantindo a todos os cidadãos o acesso aos cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde (SNS) português, tendencialmente gratuito, aprovado por Decreto-Lei em 1993.

O direito à saúde é fundamental para os cidadãos, as Metas delineadas, para a Europa, para o século XXI (OMS, 2002), objetivam um potencial de saúde para todos, pela promoção e proteção da saúde das populações ao longo do ciclo vital e pela limitação da ocorrência de danos e alívio do sofrimento.

Compete às instituições facilitar o desenvolvimento dos profissionais de saúde, adequar recursos e criar estruturas que acautelem o exercício profissional de qualidade, compete aos enfermeiros o planeamento e implementação de projetos de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, importa ter presente que, “as instituições de saúde existem para os cidadãos, também os profissionais de saúde em geral, e aqui em particular os enfermeiros, existem para servir os cidadãos.” (OE, 2001, p.7)

Considerando também, o artigo 83º do Código Deontológico dos Enfermeiros, que considera, o dever do Enfermeiro no respeito pelo direito ao cuidado na saúde/doença, assim como ao atendimento em “tempo útil” e o Decreto-Lei nº 28/2008, mencionando que a responsabilidade da saúde é individual num projeto de cada cidadão e simultaneamente coletiva, já que a promoção da mesma é uma responsabilidade social, das instituições e dos profissionais de saúde.

A partir desta data, gradualmente foi crescendo o número de Unidade de Saúde Familiar (USF), Unidades de pequena e média dimensão (máximo de 30 profissionais de saúde), geridas de forma autónoma, cujo desempenho obedece a uma carteira básica de serviços, legislada pela, Portaria 1368/2007, de 18 de Outubro e avaliada através de indicadores. No sentido do cumprimento desses indicadores, existem uma serie de regras, como o reduzido número de elementos destas equipas de profissionais de saúde (assistentes técnicos, enfermeiros e médicos), a definição de um número limitado de utentes inscritos, a inexistência de utentes sem médico e a existência de um enfermeiro e médico de família, responsáveis por número limitado de famílias.

1.4. Visita Domiciliária

Historicamente, a visita domiciliária (VD), surge no sentido de responder às necessidades de pessoas dependentes, basicamente cuidados de higiene e alimentação. Parece, existir registos desta prática no Velho Testamento. Em 1610, foi fundada uma congregação, formada por mulheres, Ordem da Virgem Maria por São Francisco Salles, na fase de epidemias como a cólera e outras, utilizada para intervir no domicílio, no sentido de educar as populações. Em 1883, surge a VD associada aos dispensários (fundados em Portugal pela Rainha D. Amélia), com o objetivo de vigiar a saúde materna e infantil. Em Inglaterra, Florence Nightingale dá o seu contributo numa escola de treino de enfermeiras visitadoras. Nos Estados Unidos, em 1900 surge a “Visiting Nurses Association”.

Atualmente, os enfermeiros realizam a VD atendendo às necessidades de tratamento e/ou acompanhamento e/ou educação em saúde, avaliam e atuam segundo um plano de cuidados previamente construído e dinâmico. Esta trata-se de uma intervenção de enfermagem autónoma, em que a decisão clínica é da total responsabilidade do enfermeiro (OE, 2001) e implica conhecimentos e competências na área, que permitam decidir sobre a intervenção mais adequada com o utente/família, reencaminhando para outros profissionais de saúde, caso a situação o justifique (OE, 2013).

Fundamenta-se nos mesmos princípios, das intervenções realizadas em contexto institucional (REPE, 1996) mas, primam pela garantia da privacidade da pessoa/família, manutenção do ambiente familiar, pelo respeito relativamente às dificuldades de mobilidade, de cumprir horários, e ainda pela manutenção da segurança (evitando exposição a fatores de risco).

Trata-se de um instrumento facilitador da melhoria dos estilos de vida das pessoas/famílias/comunidades, através da capacitação dos individuo e seu desenvolvimento inerente à transição vivida (Souza et al., 2012), para que possam decidir com conhecimento, planear e programar o seu projeto de saúde, assegura um cuidar holístico e personalizado, em contexto familiar de grupo/comunidade, no domicílio e de custos reduzidos, comparativamente aos cuidados de contexto hospitalar.

A VD facilita o acesso e a proximidade, garante os cuidados, permite implementar o processo de enfermagem prestando os cuidados mais adequados a cada puérpera/RN/família (OE, 2011). Tem a família como centro dos cuidados, respondendo às suas necessidades, tendo em vista a promoção da saúde, a prevenção da doença (Mandú, Gaíva, Silva & Silva, 2008). No decorrer da VD o enfermeiro consegue conhecer melhor as famílias e captar o ambiente social e familiar, intervindo com a colaboração de todos os seus membros e prestando assim melhores cuidados (Rice, 2004). Pela proximidade e a contextualização, facilita a colheita de dados reais assim como observação das condições habitacionais e familiares.

Diversas organizações nacionais e internacionais, recomendam a VD nesta fase do ciclo vital, tal como a Ordem dos Enfermeiros (OE), a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Direção Geral de Saúde (DGS), também a American Academy of pediatrics (AAP, 2004), alerta para a importância dos cuidados domiciliários, planeados segundo as necessidades individuais, como alternativa segura e satisfatória para as mulheres e família (Lowdermilk, 2008).

As orientações preconizadas pela DGS (2002) relativamente à VD são vagas quanto à universalidade, ao referirem que se devem desenvolver os meios que a possibilitem. A intervenção junto da puérpera/RN/família deve ser sistematizada e gradual, parece benéfico para o processo de transição, que esse programa de VD, preceda o parto (Kemp et al., 2012). O planeamento realizado segundo a colheita de dados, deve valorizar informação sobre a experiência do parto, como se sente a puérpera física e emocionalmente, conhecimentos sobre fisiologia do puerpério, autocuidado e cuidados ao RN, amamentação, eliminação, relação do casal, família alargada e anticonceção (Freitas, 2006).

As mulheres identificam como dificuldades no período pós-parto os cuidados de higiene e conforto ao RN, o AM e os cuidados às mamas (Lopes; et al., 2015), esperam a ajuda de familiares, nomeadamente do companheiro (Mendes, 2015). A carência de apoio familiar, ou de um enfermeiro, na fase de puerpério, particularmente nos dez dias após a alta, podem provocar vivências, aparentemente não equilibradas (Mendes, 2015).

Assim, parece pertinente que a primeira VD se realize, ainda antes do parto (Kemp et al., 2012), a segunda, entre o terceiro e o sexto dia após o parto para que se possa realizar uma avaliação da puérpera/autocuidado (mamas, AM, sutura de ferida, orientação das atividades de vida, sono e repouso) e do RN (alimentação, higiene, sono, cólicas e realização do Diagnóstico Precoce). Posteriormente agenda-se nova VD, entre o decimo e o decimo quarto dia pós parto, no sentido de avaliar os resultados da intervenção anterior e realizar uma nova avaliação/intervenção, nomeadamente no que se refere ao AM, cólicas do RN, processos de transição e contraceção. Por volta do vigésimo sexto e vigésimo oitavo dia, mais direcionada para o AM e processos de transição, assim como por volta dos noventa e cento e oitenta dias pós parto.

Por volta dos trinta, noventa e cento e oitenta dias de vida, tratar de fases em que o bebé se comporta de forma diferente no que se refere às suas necessidades alimentares (UNICEF, 2012) o que pode implicar um sentimento de incapacidade por parte da mãe e desenvolver a necessidade de uma nova intervenção de preferência em contexto de domicílio, promovendo o desenvolvimento de habilidades e atitudes adequadas, evitando situações que coloquem em risco o papel parental. (Bértolo e Levy, 2012). Assim podemos resumir a sistematização das VD, atendendo ao recomendado pelos vários autores, com base nas necessidades identificadas, nesta fase de transição familiar, da seguinte forma:

Quadro nº 1: Intervenções nas Visitas domiciliárias

VD	REALIZAÇÃO	INTERVENÇÃO
1ª	Pré parto	Estabelecer relação Capacitação para o TP e parto
2ª	3º - 6º dia após o parto	Avaliação da puérpera e RN, por observação direta e entrevista
3ª	10º - 14º dia após o parto, caso não seja possível agendar consulta	Avaliação da puérpera e RN após a última intervenção e nova intervenção, com especial atenção para AM e contraceção pós-parto
4ª	26º - 28º dia após o parto	Avaliação da puérpera e RN após a última intervenção e nova intervenção, com especial atenção para AM
5ª	+/- 90 dias após o parto	Avaliação intermédia / contato telefónico
6ª	+/- 180 dias após o parto	Avaliação final, antes da introdução de novos alimentos / contato telefónico

2. PROJETO “CRIAR CRESCER E CUIDAR”

Planear, fazer, avaliar e atuar trata-se de uma máxima quando se pretende resolver um problema e implementar um projeto, tendo em conta as características, necessidades e expectativas das pessoas a que se destina (OE, 2013).

Este trata-se de um projeto, em que se pretende a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, em diversas vertentes, do exercício profissional da enfermagem, com benefícios para os utentes. Surge, por se considerar ser esta uma população vulnerável, a vivenciar uma fase de transição, de inúmeras mudanças e fragilidades, em que a organização dos cuidados de enfermagem deve assegurar intervenção, garantido a resolução dos problemas e a promoção da saúde e bem-estar, no contexto (domicilio) em que habitualmente decorre a vida destas famílias.

Segundo o desígnio referido, pretendemos colmatar situações de desigualdade na acessibilidade aos cuidados de saúde, em contexto de CSP e numa população específica, puérperas/RN/família, garantindo transições saudáveis. Assim no que se refere aos enunciados descritivos, propostos pela OE, com o intuito de clarificar o âmago do mandato social da profissão de enfermagem, adotámos como referencia a promoção da saúde e capacitação da puérpera/família para se adaptar e resolver situações/problemas, prevenção de complicações, promoção do bem-estar e autocuidado (OE, 2001).

2.1.Revisão de Literatura

Proveniente da preocupação com esta população, suas dificuldades e consequências resultantes das limitações no acesso a cuidados de saúde, após a alta hospitalar, no sentido de perceber o problema e contextualiza-lo, utilizando os conceitos que o integram, realizou-se uma pesquisa, que passamos a descrever, assim como os achados resultantes da mesma.

Procedemos a uma primeira pesquisa em livros, periódicos e base de dados, num período alargado dos últimos oito anos (data do início da reestruturação dos CSP), no sentido de indagar o estado da arte.

Seguiram-se duas pesquisas, na EBSCO, realizadas em tempos diferentes, sendo reduzido o número de palavras-chave, como passaremos a explicar. Utilizaram-se termos indexados e linguagem natural, os motores de busca utilizados, foram CINAHL Plus with Full Text e Medline with Full Text, JBI e b-on, por serem consideradas as bases de dados de referência, na área da saúde/Enfermagem. Estas pesquisas foram realizadas, através do sítio informático da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e contempla artigos em full text.

A questão de partida, prende-se com o facto de querermos, conhecer o contributo da VD na promoção da saúde da puérpera/RN. Entende-se segundo a mnemónica PICO, as puérperas/RN como população do estudo (P), a Visita Domiciliária como intervenção (I) e a promoção da saúde como resultado (O). Passamos a apresentar Mnemónica PICO para a questão: Qual contributo da VD na promoção da saúde da puérpera/RN?

Como tal definimos as seguintes palavras-chave, a utilizar na pesquisa realizada em Fevereiro de 2015, por se considerarem enquadramento de conceitos deste projeto: puérpera, recém-nascido, enfermeira ESMO/parteira, visita domiciliária e promoção da saúde. Por terem sido encontrados vários artigos que faziam referência à VD enquanto intervenção para promoção do aleitamento materno, foram incorporados estes artigos, nesta pesquisa e posteriormente retirada na última revisão (Julho 2016), no sentido de estreitar a pesquisa. A cada grupo de palavras-chave encontradas, atribuímos a designação de S1, S2 e S3, como se pode ver na Quadro nº 2.

A primeira seleção dos 628 artigos (S5 que resultou do cruzamento utilizando o descritor AND, S1ANDS2, resulta S4, S4ANDS3, resulta S5) foi realizada após a leitura dos Títulos e Abstracts, foram excluídos os repetidos e os que não se relacionavam com o tema de pesquisa, obtiveram-se 218 artigos considerados válidos, posteriormente foram lidos e analisados criticamente de forma a limitar os vieses. Foram introduzidos critérios de inclusão e exclusão de forma a afunilar a nossa pesquisa no sentido dos nossos fenómenos de interesse.

Quadro nº 2: Mnemónica PICO e palavras-chave

Palavras-chave				
<u>P</u>	Participantes	Puérpera	<ul style="list-style-type: none"> • Postpartum period • Postnatal care • Women • Female • Mothers 	S1
<u>I</u>	Intervenção	Visita domiciliária efetuada pelo enfermeiro no pós-parto	<ul style="list-style-type: none"> • Nursing care • Nursing • Obstetric nursing • Nurse midwives • Nurse community health • Family nurses practioners • Public health nursing • Home care services • Home health nursing • House calls 	S2
<u>C</u>	Comparação			
<u>O</u>	Resultados/ Outcomes	Promoção da saúde/ aleitamento materno	<ul style="list-style-type: none"> • Breast feeding • Health promotion • Promotion • Efectiveness 	S3

Decidiu-se que os critérios de inclusão relacionados com os participantes seriam puérperas, saudáveis, e cujo RN fosse saudável e de termo, no sentido de excluir situações com problemas acrescidos que possam enviesar resultados. Relacionados com o desenho do estudo, incluem-se estudos qualitativos, quantitativos e publicações livres, baseadas em evidência científica. Relacionados com o fenómeno de interesse, estudos que revelem resultados sobre visita domiciliária efetuada pelo enfermeiro, no período pós natal. Relacionados com o idioma, estudos indexados à língua inglesa, espanhola, ou portuguesa, a escolha deste critério prende-se pelo facto dominarmos apenas estes idiomas.

Como critérios de exclusão relacionados com os participantes, assumimos puérperas que tenham alguma patologia associada e cujos recém-nascidos sejam pré-termos ou com patologia associada. Relacionados com o fenómeno de interesse estudos cujas intervenções descritas não sejam realizadas por enfermeiros ou não se realizem em contexto de domicílio. Relacionados com o desenho do estudo todos os achados da pesquisa que não apresentem metodologia científica.

Quadro nº 3: Critérios de inclusão e exclusão na seleção dos artigos achados

	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Desenho	Artigos escritos em Português, Inglês ou Espanhol publicados a partir do ano 2008	Artigos repetidos nas Bases de Dados
População	Puérperas RN	Puérperas/RN com patologia associada RN pré-termo e/ou patologia associada
Conceito	Artigos que abordem a intervenção visita domiciliária no período pós-natal, dificuldades e promoção da saúde	Artigos que se relacionem com tratamento de patologias associadas ao puerpério
Contexto	Domicilio (CSP)	Hospitalar

Da análise crítica dos 218 artigos obtidos foram selecionados 9 correspondentes à melhor evidência disponível tendo em conta a pergunta de investigação formulada, sendo maioritariamente relacionados com o aleitamento materno. Não existiram conflitos de interesse e por que se trata de um trabalho académico com limitação de recursos, não foi efetuada avaliação metodológica dos artigos (efetuada por dois ou mais elementos).

Numa terceira pesquisa, realizada em Julho de 2016, restringindo o período de tempo, últimos cinco anos, assim como as palavras-chave, excluída a palavra aleitamento materno/amamentação, utilizados novamente termos indexados e linguagem natural, na base de dados EBSCO, motores de busca CINAHL Plus with Full Text e Medline with Full Text, JBI e B-on, através do sítio informático da ESEL. Após revisão dos títulos dos artigos, retirados os repetidos, foram achados dez artigos, selecionaram-se segundo os critérios anteriormente referidos, dois artigos. Contudo encontraram-se oito estudos/artigos interessantes, publicados no ano de 2015 na JBI, indicando boas práticas, com base em evidência científica, para as ações a desenvolver com a puérpera e RN, no decorrer da VD. A pesquisa realizada encontra-se esquematizada no fluxograma (Apêndice II).

2.2. Desenho do Projeto

A metodologia de projeto aplicada à melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, revê-se num processo científico estruturado para a prática clínica, o processo de enfermagem. William Edward Deming, um dos mais importantes estudiosos na área da qualidade, divulga um modelo de gestão da qualidade, no Japão em 1950, que mais tarde é utilizado em vários outros países, inicialmente fica conhecido por ciclo de Deming e atualmente como ciclo PDCA (Rocha, 2006). Este ciclo é adotado pela Ordem dos Enfermeiros, no âmbito dos Padrões de Qualidade para os Cuidados de Enfermagem (OE, 2002).

Este método dinâmico, que teve início na identificação do problema e causas do mesmo, assim como planeamento das atividades estratégicas a desenvolver (planear), passou pela implementação de soluções (fazer), controle dos resultados, identificação das causas de desvios/limitações (avaliar) e padronização adotando as devidas correções da ação ou reflexão sobre a prática (agir). Tratou-se de uma intervenção sistematizada e uniformizada, resultante de estratégias e procedimentos, tendo por base a utilização do conhecimento teórico e experiência numa determinada área, que fundamentam a tomada de decisão e visa resultados positivos, ganhos em saúde/melhoria da qualidade, da vida da pessoa/família e dos cuidados. As estratégias adotadas e os procedimentos possibilitaram, a tomada de decisão, assim como agilizar o planeamento para a resolução da situação/problema, (Ruivo e Ferrito, 2010).

Como diretriz para o desenho do projeto, adotaram-se as orientações de realização de projetos para a resolução de problemas (Ruivo e Ferrito, 2010), o Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2013) e o Manual de Acreditação de Unidades de Saúde na Direção Geral de Saúde (DGS, 2014). O desenho da estrutura do projeto encontra-se sintetizado, no Apêndice III.

Tendo em atenção, as políticas de saúde e a reestruturação dos ACES, as dissemelhantes acessibilidades, a importância dos cuidados de enfermagem, nesta fase de transição relevante da vida familiar, as altas precoces e as dificuldades no autocuidado e cuidados ao RN, assim como o privilégio dos cuidados em contexto

domiciliário, na avaliação das situações de risco, procedeu-se à etapa mais arrojada e difícil.

Com base no gráfico de Gantt (Apêndice IV), foi traçado o planeamento estratégico das intervenções/ações a desenvolver, segundo os objetivos definidos, com a finalidade de resolver o problema e melhorar a qualidade dos cuidados (Apêndice V). Assim definiram-se ações no sentido de alcançar cada objetivo, delinearam-se indicadores e metas para os mesmos, e o respetivo orçamento.

2.2.1. Diagnóstico de situação

O projeto em questão, pretende beneficiar uma população de 79805 cidadãos (segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística de 2011), abrangida pela área geográfica da UCC. Esta UCC exerce a sua atividade no Concelho de Sintra, sendo o número de utentes a admitir objeto de negociação anual, definido em documento de contratualização com o ACES Sintra e confirmado pela ARSLVT, IP.

Quadro nº 4: Número de Habitantes por freguesias no ano de 2011

FREGUESIAS	N.º HABITANTES
MIRA-SINTRA	5280
S.MARCOS	17 412
AGUALVA	35 824
CACÉM	21 289
TOTAL	79 805

Atualmente não existem dados atualizados, sobre números relativos a população em idade fértil, mulheres grávidas ou nascimentos. Existe apenas um cálculo de uma média de 100 mulheres grávidas vigiadas nas duas unidades de Cuidados Personalizados, abrangidas pela UCC.

Sendo esta a população alvo deste projeto, e as dificuldades desta população já descritas anteriormente, entendemos ser pertinente colmatar esta lacuna, e assegurar às puérperas/RN/família, a intervenção de enfermagem, no período pós natal em contexto de domicílio.

Atendendo ao anteriormente mencionado, políticas de saúde, direitos dos utentes, centralidade dos cuidados de saúde no utente e suas necessidades/vulnerabilidades, dever social/profissional de analisar as situações e o exercício profissional, assim como a procura da excelência do mesmo (Nunes, 2005), emerge a necessidade de implementar projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados (OE, 2001), na tentativa de garantir a igualdade de recursos para indivíduos e famílias, seja qual for a unidade de saúde, dos CSP, onde se encontrem inscritos.

Sendo a reestruturação dos CSP no sentido da autonomia das UFS, decretando a garantia aos seus utentes deste cuidado, visitação domiciliária   puérpera/RN/família, definindo-o como carteira básica de cuidados, nas USF, possibilitou a uma pequena faixa populacional, inscrita nestas Unidades, não por opção mas porque a gestão das mesmas assim o estipulou, usufruir de cuidados de enfermagem no domicílio no período pós natal. Contudo a restante população manteve-se no limbo, sem a garantia deste cuidado, por parte dos enfermeiros, pois a organização das restantes unidades e seus recursos assim o confinam. No sentido de clarificar esta problemática, foi elaborado o mapeamento do problema (Apêndice VI).

2.2.2.  mbito

Este projeto enquadra-se no âmbito dos cuidados de enfermagem, mais especificamente, em CSP e no que se refere à promoção da saúde. Pretende-se, estruturar e sistematizar a intervenção, com base no conhecimento científico e nos focos de atenção segundo a Classificação para a Prática de Enfermagem (CIPE), em contexto de domicílio, relativamente à vigilância da puérpera, RN e família em geral, numa fase de mudanç a, contribuindo para a promoção da saúde, capacitação e transições saudáveis.

Neste sentido, apresenta-se a contextualização da intervenção, a sua justificação, o respetivo planeamento e adequação, segundo o conhecimento científico pré existente, assim como a implementação e sistematização, no caminho da excelência, resultando numa melhoria da qualidade dos cuidados prestados   população em causa.

2.2.3. Objetivos

Atendendo ao anteriormente referido delineamos como objetivo geral, implementar a visita domiciliária à puérpera/RN/família, no sentido da promoção da saúde das puérperas/RN/famílias, intervindo em contexto de visita domiciliária no período pós natal.

Pretende-se neste contexto, atuar no sentido do acautelamento da segurança da puérpera/RN/família, da diminuição do risco que pode estar associado a processos de adaptação, agindo como interveniente facilitador de transições saudáveis.

Como objetivos específicos definimos:

- Garantir a continuidade dos cuidados à puérpera/RN/família;
- Envolver a equipa de enfermeiros da UCC;
- Facilitar o desenvolvimento de competências dos elementos da equipa de enfermagem da unidade;
- Promover articulação entre unidades de saúde;
- Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem;
- Implementar VD
- Relatar o percurso correspondente ao desenvolvimento do projeto.

2.2.4. Indicadores de Avaliação e Metas

Definimos como indicadores um conjunto de informação, que permita traduzir o contributo das ações desenvolvidas no planeamento do projeto e com a puérpera/família, no decorrer da intervenção de enfermagem VD, para os ganhos em saúde de puérperas/RN/famílias.

As metas, pressupõem o que nos propomos atingir relativamente a cada indicador, atendendo ao contexto, limitações ou constrangimentos que existem ou possam surgir, como a escassez de recursos (horas de cuidados de enfermagem alocadas ao projeto e viatura), as residências fora de área de intervenção da UCC, os internamentos prolongados, o não consentimento da intervenção visita

domiciliária e a recepção atempada ou não, das notícias de nascimento, enviadas pelas instituições hospitalares.

Atendendo aos objetivos propostos para este projeto, e o que se preconiza para avaliação da qualidade (OE, 2007), definimos indicadores de acesso/estrutura relacionados com os recursos, desempenho assistencial/processo relativos ao desenvolvimento intervenções/ações e eficiência/resultados ganhos em saúde obtidos, como a efetividade na prevenção de complicações e modificações positivas nos diagnósticos de enfermagem (Apêndice VII). Assim passamos a descrever os referidos indicadores:

Indicadores de acesso/estrutura

- Nº total de puérperas com notícia de nascimento (NN) rececionada, até ao 6º dia pós parto e com critérios para visita domiciliária (VD);
- Nº total de recém-nascidos (RN) com NN rececionada, até ao 6º dia de vida e com critérios para visita domiciliária (VD);
- Nº total de NN rececionada;
- Nº total de enfermeiros das unidades abrangidas pela UCC, presentes nas reuniões;
- Nº total de enfermeiros das unidades abrangidas pela UCC, que aderiram ao projeto;
- Nº total de reuniões realizadas;
- Nº total de documentos elaborados;
- Nº total de procedimentos discutidos;
- Nº total de procedimentos aprovados pela equipa;
- Nº total de procedimentos aprovados pela direção do ACES.

Indicadores assistenciais/processo

- Taxa de primeiras VD realizadas a RN com critérios e NN rececionada até ao 6º dia de vida;
- Taxa de primeiras VD realizadas a puérperas com critérios e NN rececionada até ao 6º dia pós parto.

Indicadores de eficiência/resultado

- Taxa de efetividade de diagnóstico de risco de ingurgitamento mamário;
- Taxa de efetividade de resolução de problemas de ingurgitamento mamário;
- Taxa de efetividade de prevenção de complicações por mastite;
- Taxa de efetividade de diagnóstico de risco de problemas de fissuras de mamilos;
- Taxa de efetividade de resolução de problemas de fissuras de mamilos.

Assim, passamos a clarificar, alguns indicadores e respectivas metas, como o número total de puérperas com notícias de nascimento (NN) rececionada, até ao 6º dia pós parto e com critérios para VD. Entende-se critério para VD, residir na área de abrangência da UCC e estar inscrito (puérpera) em uma das UCSP abrangidas pelo projeto. Pretendemos atingir a médio prazo (Dezembro 2016), 80% e a longo prazo (Dezembro 2017) 99%. O número total de RN, até ao 6º dia de vida, com critérios para VD, sendo os critérios tal como no caso das puérperas, residir na área de abrangência da UCC e estar inscrito em uma das UCSP abrangidas pelo projeto, assumidas as mesmas metas.

O número total de notícias de nascimento rececionadas, até ao 6º dia de vida do RN. Não foi definida meta para este indicador de estrutura, pois está completamente dependente de terceiros, da instituição que envia a NN e das Unidades do ACES que rececionam e reencaminham para a UCC. Apesar dos esforços de articulação desenvolvidos, não se trata de um processo fácil de agilizar.

No que diz respeito ao número total de enfermeiros, das unidades abrangidas pela UCC, presentes nas reuniões, previamente agendadas e destinadas à divulgação do projeto e desenvolvimento profissional, número total de enfermeiros que aderiram ao projeto, número total de reuniões realizadas, assim como ao número total de documentos elaborados, discutidos e aprovados, não foram definidas metas, para estes indicadores, pois a gestão destas questões, dependem dos órgãos competentes para tal (Direção de Enfermagem).

No que diz respeito a indicadores de desempenho/processo, à taxa de enfermeiros presentes nas reuniões atribui-se uma meta de 25% a curto prazo e de 40% a longo prazo. À taxa de Nº total de 1ª VD realizadas a puérperas com critérios

e NN rececionadas até ao 6º dia pós-parto, atribuiu-se uma meta de 80% a curto prazo e 99 % a longo prazo, assim como para Nº total de 1ª VD realizadas a RN com critérios e NN rececionadas até ao 6º dia de vida, atribuídos as mesmas metas.

No que diz respeito aos resultados, definimos a taxa de efetividade de diagnóstico de risco de ingurgitamento mamário, com metas de 60% e 90%, taxa de efetividade de prevenção de complicações por mastite, com metas de 60% e 99%, tal como a taxa de efetividade de resolução de problemas de fissura dos mamilos, com metas de 40% e 80%, respetivamente a curto e longo prazo.

A longo prazo, pretende-se a avaliação da intervenção sob o ponto de vista da efetividade do aleitamento materno, e de transições saudáveis.

2.2.5. Recursos

Atendendo aos recursos disponíveis (número de horas de enfermagem, viatura, saco para transporte de material e consumíveis), planeou-se a dimensão da resposta capaz de satisfazer, as necessidades identificadas. Assim estipulou-se efetuar uma VD à puérpera/RN/família, até ao sexto dia pós parto.

A finalidade desta intervenção, neste período de tempo, prende-se com a avaliação das necessidades da puérpera, no âmbito físico (mamas, ferida cirúrgica, sinais vitais, cuidados de higiene) psicológico, social e apoio familiar, assim como do RN (higiene, alimentação, eliminação, realização do DP, cicatrização do coto umbilical), da relação da díade/tríade e do aleitamento materno.

Resguardando a existência de um programa de visita domiciliária (VD) efetuado pela Enfermeira Especialista em Saúde Infantil da UCC, destinado à realização de Diagnóstico Precoce e vigilância de crianças de risco (acompanhamento ou referência à CPCJ), propôs-se uma parceria e aumento do número de elementos da equipa, com vista à implementação da VD com carácter de vigilância ao recém-nascido (RN) e puérpera/família, assim como apoio nesta fase de transição, garantindo a intervenção a todas as puérperas/RN/família, na área de abrangência da UCC, que ainda não tenham acesso a este cuidado.

Como intervenientes essenciais neste projeto, temos os enfermeiros e médicos das unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) do ACES, que se

articulam e atuam em proximidade, no sentido de resolver questões relativas ao projeto e respetivos utentes, sempre que existe necessidade de referência ou orientação para o enfermeiro ou médico da unidade de saúde onde se encontra inscrita a puérpera/RN/família.

Os profissionais de saúde, da equipa multidisciplinar, do núcleo de apoio a crianças e jovens em risco (NACJR), disponíveis no sentido de, aceitar e orientar situações de risco, referenciadas.

O grupo Sonae, outro interveniente com quem nos articulamos, no âmbito do concurso da Missão Sorriso Continente.

Articulamo-nos também com várias empresas privadas do ramo automóvel, quando da avaliação das condições e características dos veículos, no sentido da escolha mais adequada às necessidades da equipa. Assim como, com empresas públicas e privadas de material informático, sendo que duas delas forneceram toda a informação solicitada, necessária ao processo de decisão respeitante ao *hardware* de suporte ao projeto, facilitando a monitorização e avaliação das atividades desenvolvidas.

O núcleo de informática do ACES Sintra colaborou, no sentido de instalar no equipamento o *software*, que nos permite fazer registos das atividades desenvolvidas no projeto.

2.2.6. Orçamento

No orçamento elaborado, atendemos a todos os recursos envolvidos disponíveis e não disponíveis. Foram orçamentadas as horas de cuidados de enfermagem, 3168h/mês (4 enfermeiros 4h/dia, inclui intervenção, planeamento e registos), atendendo a que a intervenção dos outros técnicos de saúde (assistente social, médico e psicólogo) seria esporádica. Calculados os custos das deslocações, 44,88€/ mês (numa média de 10 Km/dia), assim como os custos com o desenvolvimento profissional/formação dos enfermeiros/outros, 94€/ano (estimativa de 2 sessões de 50 min/ano).

No que se refere ao equipamento (viatura, computadores), no sentido de evidenciar, os recursos necessários à implementação do projeto, 13000 para a

viatura e 1000 para equipamento informático (portátil e multifunções). Relativamente a imobiliário e mobiliário, não existe necessidade de aquisições, bastou a reorganização do existente.

Relativamente aos consumíveis, não foi possível estimar o valor total gasto por VD, pois não ficou disponível o valor por unidade de material a utilizar (mas consiste no mesmo que se utiliza quando os cuidados se prestam na unidade de saúde e não no domicílio), assim pressupomos que se gastem aproximadamente 73 €/mês. Como tal estimou-se um total de quatro VD diárias, consumindo uma média de quatro horas nos domicílios e duas horas de registos. Não foram contabilizadas horas de deslocação, por não ter sido valorizado este aspeto.

Quadro nº 5: Orçamento

ORÇAMENTO MENSAL PARA PROJETO “CRIAR, CRESCER E CUIDAR”						
	DESIGNAÇÃO	QUANT.	CUSTO UNITÁRIO	SUB-TOTAL mensal	IVA	Totais
RECURSOS HUMANOS	Enfermeiros	4 (4h/dia)	1*4h/dia 36€	36€*22 792€		3168€
	Médicos	1	Esporádico			
	Assistente Social	1	Esporádico			
	Psicóloga	1	Esporádico			
DESLOCAÇÕES	Domicílios	4/dia	(10 Km) 0,51€	0,51€* 22 =11,22€ €		44,88€
FORMAÇÃO	Procedimentos Relação Terapêutica	2 Sessões (50` +50` +240`)	47 €	47 €		94€
PUBLICIDADE E MARKETING/REUNIÕES	Divulgação por profissionais/Comunica		0 €			0 €
ESPAÇOS (AQUISIÇÃO OU ARRENDAMENTO)	Domicilio					Domicilio
EQUIP. INFORMÁTICO	Computador Projektor de imagem			1000€		Concurso Missão Sorriso
EQUIP. MOBILIÁRIO	Mesas armário e cadeiras	2+1+2				Disponível na unidade
VIATURAS	Carro 2 lugares	1		13000€		Concurso Missão Sorriso
MATERIAL MÉDICO E DE ENFERMAGEM	Lancetas, compressas, luvas, pensos, SF, tira agrafos, lâminas de bisturi, seringas de 20 ml e de insulina, CO, Cerazete®, Biafine®, lanolina®.	30 Unidades/mês	73€			73€
Totais			73,50€	850€		3222€
TOTAL PROJETO	3222€/mês (ACES) + 14000€ (Missão Sorriso)					

3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

Esta foi uma oportunidade de melhoria dos cuidados de saúde, prestados à população, que despontou de um problema identificado. Neste projeto podem encontrar-se diversas áreas de melhoria da qualidade, de âmbito estrutural, processual e de resultado. Este processo de melhoria é contínuo e no que se refere à articulação e comunicação entre unidades de saúde e profissionais, há ainda trabalho a desenvolver.

3.1. Análise das Atividades Desenvolvidas

Procede-se à descrição da implementação de soluções, atendendo ao planeado anteriormente e aos objetivos traçados. Estrategicamente, desenvolveram-se atividades (Apêndice V), que nos pareceram ajustadas ao contexto e aos recursos existentes, processo de transformação do problema na sua resolução, um processo em constante atualização. Nesta fase deparámo-nos com alguma resistência, o que pode acontecer pela instabilidade causada pela mudança, (Camara et al., 2016), embora mais tarde a aceitação do projeto, pela equipa fosse evidente, revelando entusiasmo na colaboração.

Como podemos constatar, por vezes é necessário dar um passo atrás, para posteriormente poder dar dois à frente, o que aconteceu, ao verificar que não existiam recursos que permitissem implementar o projeto, procedeu-se a um compasso de espera, e transformando essa fraqueza em oportunidade, realizou-se a candidatura ao concurso Missão Sorriso, e paralelamente uma abordagem à receptividade dos elementos que poderiam estar interessados em participar no projeto.

As estratégias utilizadas foram a comunicação na equipa, a discussão de temas entre pares, relacionados com o projeto, em contexto formal e informal, a participação na mudança causada pela implementação do projeto, a negociação e seleção de pessoas motivadas para as atividades a desenvolver. Uma partilha constante de recompensas e dificuldades. Pretendeu-se assim desenvolver

competências na área do trabalho de projeto e resolver o problema que originou o projeto.

As atividades desenvolvidas enquadram-se em cinco âmbitos:

- Reuniões;
- Elaboração do projeto e de documentos que suportam a ação;
- Candidatura ao concurso “Missão Sorriso”;
- Divulgação do projeto;
- Intervenção na comunidade.

Assim passamos a descrever as atividades desenvolvidas para atingir os objetivos traçados. Acreditando que o cuidado centrado no utente é de facto, ter a capacidade de responder adequadamente às suas necessidades, mesmo quando existem limitações, procedeu-se à identificação dos dados demográficos relativos a puérperas e RN, simultaneamente identificou-se a franja da população não abrangida pela intervenção de enfermagem VD, aproximadamente quarenta puérperas e respetivos RN, assim como o número de notícias de nascimento (NN) rececionadas; executou-se o planeamento de VD segundo as necessidades da população e os escassos recursos disponíveis.

Traçados os objetivos que se pretendiam atingir, realizou-se uma pequena entrevista, cuja finalidade foi negociar a realização do projeto. Participaram nessa entrevista a enfermeira coordenadora da UCC, à data, a Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) que realizava VD aos RN, no âmbito de dois outros projetos, curso de preparação para a parentalidade, que disponibilizava a intervenção VD apenas para realização de DP aos RN, de todas as puérperas que tivessem frequentado o curso e também no âmbito das VD realizadas pelo Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), a todos os RN referenciados.

A receptividade ao projeto, não correspondeu às expectativas, pela escassez de recursos, embora fosse reconhecida a complexidade de acesso das puérperas e desigualdade de tratamento, de uma população com características idênticas, contudo abrangida por diferentes unidades de saúde. Supostamente o projeto ficaria pendente, para quando fossem contratados enfermeiros e houvesse mais uma viatura, argumento sentido como pouco convincente. Importa não desistir e transformar dificuldades em oportunidades.

Surgiu a oportunidade, de realizar algumas VD no âmbito de outros projetos, atrás mencionados, por ausência da enfermeira ESIP na equipa. No sentido de demonstrar que não há impossíveis, quando se acredita que os resultados são importantes, fiz questão de as realizar deslocando-me a pé, sempre que a distancia o permitia.

No intuito de envolver a equipa de enfermeiros da UCC, promoveram-se reuniões de divulgação do projeto e sua importancia para a população em causa, assim como a negociação e parceria com enfermeiros de outros projetos já existentes (VD realizadas a puérperas que frequentavam o curso de preparação para o parto ou no âmbito do NACJR, relizados pela enfermeira especialista de saúde infantil). Em simultaneo, identificou-se a motivação e necessidade de desenvolvimento profissional na área, por parte dos presentes.

Planearam-se e realizaram-se duas ações de formação, sobre o tema, elaboraram-se cerca de cinco procedimentos de boa prática clinica:

- Aleitamento Materno
- Cuidados às mamas
- Realização do DP no domicilio
- Vigilância da puérpera, no domicilio, após a alta hospitalar
- Vigilância do RN, no domicilio, após a alta hospitalar

Estes foram discutidos e reestruturados, segundo o pensamento critico e conhecimento científico, na tentativa de uniformizar tanto quanto possível a intervenção e as ações desenvolvidas na mesma.

Atendendo a que se pretendia promover articulação entre Unidades de Saúde, definiram-se elementos de referencia, partilhou-se a informação, agendaram-se reuniões entre os responsáveis pelas unidades envolvidas e responsáveis por áreas importantes das unidades envolvidas (assistentes técnicos).

No sentido de promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (no âmbito da segurança do utente), relativamente aos registos e sua uniformização no Sclinico, houve necessidade de elaborar instrumentos de registos de observação (o que observar relativamente à puérpera/RN/família), para posteriormente fazer registos claros e concisos, na plataforma (Apendice VIII). Este instrumento teve 12 versões, sujeitas a correções, críticas e consequentes

melhoramentos, sempre atendendo aos focos de atenção para a enfermagem, no que se refere à puérpera e RN (Apêndice IX). Elaborou-se também, um documento de assunção de responsabilidade materna pela identificação do RN, registo e inscrição na unidade de saúde no prazo limite de trinta dias, utilizado em situação de inscrições esporádicas (Apendice VIII). Pretende-se ainda a partilha destes documentos com outras unidades no sentido da uniformização.

Procede-se à elaboração de um fluxograma de agendamento e realização de VD (Apendice X), onde se clarifica que iidentificadas situações de risco, agenda-se uma segunda VD e sempre que necessário, referencia-se para a equipa de enfermagem da respetiva unidade ou ao NACJR.

No futuro, pretende-se cumprir o plano completo de VD apresentado no enquadramento teórico, construído com base em artigos científicos, que contempla um total de seis VD ou por opção da puérpera, três VD (pé-parto, entre o terceiro e o sexto dia e entre o decimo e decimo quarto dia) e três contatos telefónicos (entre o vigésimo sexto e vigésimo oitavo, aos noventa, cento e oitenta dias).

Construiu-se uma grelha de indicadores, no setido de avaliar os resultados obtidos. Nos casos em que o seu resultado deende da intervenção de enfermagem exclusivamente ou em grande maioria, foram atribuídas e fundamentadas, as metas a cumprir, a médio e longo prazo. Este procedimento, permitiu a contratualização pela UCC, na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, de um indicador relativo à VD à puerpera e RN.

No designio de implementar a VD, definiram-se estratégias de identificação da puérpera e respetivo RN, por via da NN rececionada ou contato telefónico dos pais, de agendamento telefónico da VD, de organização dos recursos, garantindo a inervenção. Após a realização da VD e respetivos registos nas plataformas eletrónicas, quando a situação o exige, planeou-se nova VD, em caso de necessidade proceder à referenciação das puérperas/RN, em situações de risco, para enfermeiros da respetiva unidades de saúde ou para o NACJR.

No intuito de promover a divulgação, na comunidade, colmatando a dificuldade de agendar atempadamente as VD e o DP, por desconhecimento da existencia da puérpera/RN, foi construído um folheto de divulgação, que aguarda aprovação. Pensamos que fornecido à mulher grávida e nos diversos locais onde se realizam

cursos de preparação para o parto/maternidade, o número de DP após o sexto dia diminuiria significativamente.

Foi solicitado material consumível específico, adquirida a mochila para o transporte do mesmo e negociado com a equipa de Cuidados Continuados, o transporte para locais mais distantes. A constatação da necessidade de uma viatura para transporte, atendendo ao tempo consumido em deslocações a pé, ou aos constrangimentos na gestão do circuito e tempo dos enfermeiros da equipa de cuidados continuados, incitou a ideia/oportunidade de nos candidatarmos ao concurso Missão Sorriso Continente.

No propósito de propor a adjudicação de recursos necessários à implementação do projeto, no que se refere a dotações seguras, que possam garantir a qualidade dos cuidados e a segurança dos utentes (DR, 2014), conseguiu-se um elemento motivado, ao qual não foram colocadas objeções por parte da coordenação em integrar o projeto; relativamente aos equipamentos e viatura, elaboramos o projeto de candidatura ao concurso Missão Sorriso, que nos permitiu usufruir de uma viatura e equipamento informático como prémio; esta candidatura possibilitou ainda uma maior visibilidade do exercício profissional dos enfermeiros, pois para além de uma entrevista num programa televisivo, num canal público, onde foi divulgado o projeto e seus objetivos, aconteceu também uma entrevista publicada num jornal diário.

Para tal, formalizamos a candidatura (Apêndice XI), segundo as normas e regras implementadas pelo grupo promotor do concurso. No sentido de clarificar e permitir uma rápida leitura do problema, foi elaborado um mapa (Apêndice VI). O mapeamento do problema, embora se trate de um documento dinâmico, permite demonstrar em que vertentes intervir, para a melhoria da qualidade dos cuidados, criando um compromisso com o projeto, com a equipa e com a gestão (Sousa e Monteiro, 2015). Descritas e justificadas a pertinência da viatura e equipamento informático, fomos contemplados. Aguardamos a entrega da viatura, pendente pelos devidos procedimentos legais.

Adequamos um título e uma imagem, que identificasse o projeto.

Figura nº 1: Logotipo de projeto



Elaborado por M^a João Pascoal, Gina Moreira e Filipe Sousa

Após terem sido divulgados os resultados do concurso Missão Sorriso Continente e termos sido contemplados com o prémio solicitado no projeto de candidatura, que possibilita a aquisição de uma viatura, e equipamento informático (pois os recursos humanos não se podem mobilizar neste contexto), foi agendada outra reunião.

Pretendia-se divulgar o resultado do concurso e voltar a sondar disponibilidades para participar no projeto, e nesta fase o resultado foi surpreendentemente favorável. Prevista a resolução do problema das deslocações, surgiram dois elementos de equipas de enfermeiros de outras Unidades, da área de abrangência da UCC, disponíveis para realizar visitas domiciliárias. Apenas um deles integrou a equipa, pois uma dessas unidades, não podia dispor de horas de cuidados de enfermagem, para alocar a este projeto.

Atendendo a que, este projeto pode vir a ser desenvolvido por uma ou várias equipas de enfermeiros no ACES, e tendo em atenção a necessidade de uniformização, mantendo a individualidade dos cuidados adequada a cada situação/pessoa, foram elaborados e propostos à aprovação da Direção de Enfermagem do ACES, alguns procedimentos relativos às ações/intervenção desenvolvidas no decorrer da VD (Apendice XII).

Sentimos necessidade de construir grelhas de Excel, no sentido de registar dados para indicadores não fornecidos, pela plataforma de registos, Sclínico. Um

desses indicadores resulta da seriação de notícias de nascimento, provenientes das várias instituições hospitalares, oriundas de *fax*, *mail* e/ou correio interno. Este trata-se de um controle essencial, precavendo a sua receção atempada, capaz de possibilitar o contato telefónico com os pais no sentido de agendar entre o terceiro e o sexto dia após o nascimento a primeira VD, onde se realizará entre outras atividades o DP. Este procedimento implica a verificação no SINUS da inscrição da puérpera (respetiva unidade funcional de saúde) e respetivo RN. Integra esta verificação, a confirmação da realização do DP, mesmo que excedida a data recomendada, garantindo que não existem RN a quem não foi efetuada a colheita da amostra para o teste.

Entenda-se que, neste processo de implementação da VD, como se pode ver no resumo apresentado, o número de NN rececionadas, em tempo útil, está entre os 10% e os 20% do número de DP realizados.

Quadro nº 6: Número total de VD realizadas no primeiro semestre

MES	Nº VD (até ao 6º dia pós parto)	NOTÍCIAS NASCIMENTO (NN)	REFERENCIAÇÃO POR RISCO NACJR
FEV	22	6	3
MAR	27	3	2
ABR	21	3	0
MAI	18	4	0
JUN	24	3	2
JUL	22	2	1

As NN rececionadas atempadamente, foram enviadas por *mail* (do bloco de partos do hospital, da área de referenciação) no próprio dia de nascimento da criança. Para além destas, foram rececionadas por correio interno 13 em Fevereiro e 14 em Março e 10 em Abril, 12 em Maio, 16 em Junho e 14 em Julho, mas numa média de 2 a 3 dias após a data limite de realização do DP. Neste período, 4 DP foram realizados fora da data limite (entre o 8º e 15º dia de vida), por não terem sido rececionadas NN e por não ter sido efetuado contato prévio pelos pais, uma delas realizou-se ao 15º dia na UCSP quando da consulta de SI, outra ao 10º dia.

Não foram encontradas nas respetivas moradas 4 RN, apesar de rececionadas tardiamente as NN, foi efetuada tentativa de contato telefónico e VD sem sucesso, por morada e contato telefónico incorretos. Das VD realizadas, resultaram a

referenciação respetivamente de 8 RN ao NACJR, por situações de risco, que aparentaram necessidade de vigilância e dois deles de intervenção.

A referenciação precoce, de situações de risco ou consideradas de potencial risco físico, social ou psicológico, para os técnicos superiores de saúde das respetivas áreas (enfermeiro, médico, assistente social, psicólogo), passou a ser prática comum, embora não esteja ainda espelhado em formato de procedimento.

A sistematização do agendamento de contactos telefónicos e VD (Apêndice X), assim como dos registos em Sclínico e grelhas de Excel construídas, relativamente à puérpera e RN, permitiu a uniformização do procedimento. Com o mesmo objetivo, uniformizar, foi discutida na equipa, pela sua importância, a validação da adesão à vacinação da puérpera e RN e realização de registos, no SINUS. Ficou decidido fazer esta pesquisa no boletim de saúde da grávida e do RN, quando se realiza a VD, atualizando no sistema a situação vacinal.

Planeou-se, sempre que possível agendar nas respetivas unidades funcionais de saúde, onde se encontra inscrita a puérpera e o RN, as primeiras consultas do período pós-natal, assim como informar a puérpera das datas e locais onde se vão realizar e, se possível o nome do enfermeiro de referência, é outro dos processos que tentamos melhorar, diariamente. Este procedimento complica-se pelo envolvimento de elementos da equipa multidisciplinar, de diferentes unidades de saúde e pelo número significativo de inscrições esporádicas.

Acreditar e não desistir, faz a diferença para os utentes. Assertivamente demonstrar que os fins justificam os meios, mesmo que nos pareça quase impossível, cuidar dos outros como gostaríamos que cuidassem de nós.

Revedo os resultados pormenorizadamente, podemos referir que à taxa de 1ª VD realizadas a puérperas e RN com critérios e NN rececionadas até ao 6º dia pós-parto, assim como à Taxa de efetividade de resolução de problemas de Fissura dos Mamilos, atribuiu-se metas de 60% a curto prazo foram superadas em 20%, no que se refere à Taxa de efetividade de diagnóstico de Risco de Ingurgitamento Mamário, atribuído uma meta de 60% a curto prazo, superada em 35%. A Taxa de efetividade de prevenção de complicações por Mastite também superada e atingida em 100% dos casos com diagnóstico de ingurgitamento mamário.

A longo prazo, pretende-se a avaliação da intervenção sob o ponto de vista da efetividade do aleitamento materno, e de transições saudáveis. Podemos concluir que foram atingidas as metas definidas para os indicadores elaborados, tendo sido superadas a curto prazo, em cerca de 20%, no que diz respeito aos indicadores de resultados. Atingido o objetivo, continuamos no caminho da melhoria da qualidade dos cuidados, pois ainda não estamos satisfeitos, há que continuar no caminho da excelência. A inovação/melhoria é um processo minucioso, exige empenho, trabalho, permite vivenciar emoções, de recompensa, partilha, frustração, discussão, Auto motivação.

Os resultados da revisão da literatura e das situações problema resolvidas, no decorrer das VD, demonstram que esta é uma área de intervenção importante para a puérpera/RN/família e sua segurança. A questão das situações de risco, precocemente detetadas e referenciadas para o NACJR, demonstra a necessidade de vigilância, destas famílias. As dificuldades relativas ao AM e cuidados às mamas, que tal como refere a literatura é muito frequente, a dificuldade nas deslocações por ausência de familiares (pai da criança) constatadas, e a necessidade de informação no que se refere ao autocuidado da puérpera, assim como o número de VD realizadas, demonstram a necessidade deste projeto.

As estratégias face aos recursos encontrados, demonstram que havendo vontade é possível. Mesmo em períodos de escassez de recursos, por férias ou ausência não programada, encontra-se garantida a intersubstituição, e a intervenção VD mantém-se assegurada. A viatura tão necessária, está a chegar.

3.2. Limitações à Implementação do projeto

Fomos confrontados com três grandes limitações, a disponibilidade de transporte, o número de horas de cuidados de enfermagem alocados ao projeto e a articulação/continuidade de cuidados.

No que se refere ao transporte, pela grande limitação do número de viaturas, comparativamente à necessidade de deslocações da equipa de enfermeiros da Unidade, obriga a deslocações a pé e a um gasto superior de tempo ou quando se

justifica pela distância, ao transporte efetuado pelos enfermeiros, que prestam cuidados continuados.

Relativamente ao número de horas de cuidados de enfermagem disponíveis, fomos confrontados com uma disparidade significativa, entre as horas possíveis de alocar a este projeto e as necessidades, para uma prática de excelência (número de VD por família vs número de famílias em período pós-natal). O que implica a realização de apenas uma VD entre o terceiro e o sexto dia pós parto, em vez das cinco, preconizadas pelos autores como ideal, assegurando a vigilância sistematizada, no período pós natal, garantindo processos de transição saudáveis, ao tornar-se mãe e pai. Assim agenda-se uma primeira VD até ao sexto dia pós-natal, e uma segunda VD quando a situação o justifica, pelo risco físico, emocional ou social, identificado.

No que se refere à articulação e continuidade de cuidados, existem outros constrangimentos. Na recolha de dados demográficos e VD efetuadas, percebemos que o número de nascimentos, que estimamos existirem, na ausência de dados concretos, superou as expectativas, sendo que cerca de vinte por cento das mulheres grávidas/puérperas não eram residentes na área, residiam temporariamente e por esse motivo a sua inscrição destinava-se à vigilância enquanto grávidas, sendo em alguns casos inscrições esporádicas, o que dificulta a continuidade de cuidados. Mais tarde confrontamo-nos com uma das consequências, ou seja a impossibilidade de registo e inscrição na unidade de saúde dos respetivos RN (ausência de documentação legal). Esta situação coloca em risco a segurança destes RN, o que implica uma maior proximidade e vigilância, na impossibilidade de realizar maior número de VD, decidiu-se referenciar estas situações para o NACJR.

Percebemos ainda, que o número de notícias de nascimento (NN) rececionadas, não corresponde ao número de nascimentos, na área de abrangência da UCC. Por outro lado aproximadamente oitenta e cinco por cento das mesmas são rececionadas entre o décimo e o décimo quinto dia de vida de RN, o que dificulta a organização dos cuidados, e a realização de VD em tempo útil (até ao 6º dia pós parto). No sentido de resolver este problema, foi contactada a vogal do Conselho Clínico do ACES, solicitando articulação com o hospital de referência, na tentativa de se resolver a questão. Aguardam-se resultados neste sentido.

Por esta articulação não se tratar de um processo fácil de agilizar, foi proposto, a realização de uma apresentação do projeto, num *workshop* em contexto hospitalar, cujo tema principal é a articulação entre instituições. Também, no sentido de agilizar a divulgação do projeto, evitando situações de deslocação das puérperas, às unidades de saúde, para realização do DP, por falta de informação, foi elaborada um folheto, que aguarda autorização para ser difundido.

Aguarda-se ainda, o agendamento de reunião, com o grupo de trabalho na área da saúde da mulher, no sentido de formalizar os procedimentos construídos, a aprovação dos mesmos e a sua divulgação pelo ACES, na tentativa de implementar medidas de melhoria da qualidade, uniformizando a atuação das diferentes equipas em contextos similares.

O facto da Plataforma de Dados em Saúde (PDS), excelente instrumento de partilha de informação, ainda não funcionar como seria desejável, limita a intervenção dos profissionais de saúde, pois a informação não migra para a dita plataforma, dificultando o acesso a notícias de nascimento.

Consciente de que, a deslocação ao respetivo local de residência da puérpera e RN, deve realizar-se em viatura institucional e o enfermeiro devidamente identificado, evitando constrangimentos, solicitou-se cartão de identificação com logotipo da unidade, e se aguarda.

As dificuldades perante a reação de alguns colegas, quando se divulgou a notícia do resultado do concurso, versos, o sentimento de uma enorme motivação para continuar este projeto e quem sabe outros no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados aos utentes, foi vivenciado como um misto de sentimentos, tristeza/motivação, no sentido de demonstrar que, é sempre possível fazer melhor e todos temos a ganhar.

As dificuldades podem funcionar como fonte de motivação. O empenho e a confiança de que é possível, não pode desaparecer, sob pena de nos encontrarmos a fazer “mais do mesmo”, sem melhoria, sem espírito crítico e decerto com uma enorme frustração e tristeza quando outros fazem melhor.

4. QUESTÕES ÉTICAS

É competência do enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica, desenvolver e criar projetos que deem resposta às necessidades e promovam a criação do valor saúde, no âmbito da saúde da mulher criança e família.

Garantindo a acessibilidade a esta intervenção em contexto domiciliário, podemos beneficiar uma franja de população excluída deste cuidado, apenas porque não teve igualdade de oportunidades/escolha, respeitamos os direitos humanos, o princípio da igualdade, o princípio orientador do papel social e a excelência do exercício profissional (OE, 2009). É responsabilidade do enfermeiro, prestar cuidados, atendendo ao respeito pelos direitos humanos (Artigo 78º, número 3, alínea b) e à acessibilidade aos cuidados, enquanto aspeto básico dos mesmos e na distribuição dos recursos de forma justa, que se reflita em equidade nos cuidados.

Responsabilidade social é aquela que se exerce mediante um compromisso assumido para com a sociedade, perante a missão de cuidar do outro, respeitando a sua dignidade e liberdade, que está inerente à profissão, como refere o Artigo 78º, número 3, alínea a), do Código Deontológico do Enfermeiro. Assim o enfermeiro “deverá empreender acções ainda não específicas que a função assumida implica” (Nunes et al., 2005, p. 68), sendo os enfermeiros responsáveis pelos seus atos, intervêm, mediante as necessidade identificadas, na população/individuo/família, no sentido da deteção precoce do risco e da resolução de problemas.

A excelência do exercício profissional, refere-se à “meta de qualidade no cuidado prestado numa perspetiva holística da pessoa” (Nunes et al., 2005, p. 71), é indispensável que a efetiva prestação de cuidados seja, capaz, dedicada e idónea ou seja, trata-se “da associação da competência técnica, científica e moral com vista à prestação de um cuidado de qualidade nas esferas física, emocional, espiritual, intelectual e social...o desenvolvimento de boas práticas, na sintonia dos saberes mais actuais.” (Nunes et al., 2005, p. 71)

Nas atividades deste projeto foi respeitado o princípio, do interesse dos envolvidos, colocamos sempre em primeiro lugar o interesse da puérpera/RN/família e o seu bem-estar. Cumprissem ou não os critérios para a realização da VD, esta

intervenção foi sempre assegurada, garantindo o direito à proteção contra o desconforto e prejuízo.

Respeitamos os aspetos culturais, que não coloquem em risco a segurança da puérpera e RN, numa população multicultural, como a desta área, cada puérpera/RN/família, foi “Tratado...no respeito pelas respetivas convicções culturais, filosóficas e religiosas; o direito a receber os cuidados apropriados ao respetivo estado de saúde”, tal como se refere Carta dos Direitos dos Doentes.

A questão do consentimento informado, nesta situação não necessita de documento próprio, pois ao agendar, informa-se a utente sobre o procedimento, e ao realizar uma VD, está automaticamente consentida a intervenção. Outros direitos como a confidencialidade, dignidade e intimidade foram sempre respeitados.

No 83º Artigo, alínea a), do Código Deontológico do Enfermeiro, pode ler-se sobre o direito ao cuidado e à saúde, em que o enfermeiro é corresponsável pelo atendimento em tempo útil, de forma a não ocorrer prejuízo para o utente.

Assim este projeto tende a proteger e defender a população abrangida, na perspetiva ética, da igualdade de acesso aos cuidados de enfermagem/saúde, no cumprimento do dever da procura de soluções, mediante as necessidades da população, assegurando a continuidade de cuidados, em tempo útil (OE, 2015). Garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem, no caminho da excelência dos mesmos, da satisfação de utentes e profissionais.

No entendimento de que a saúde individual, é incumbência do próprio e no cumprimento do objetivo comum, da saúde para todos, compete ao enfermeiro conhecer as necessidades da população/comunidade onde se insere, como é referido no Artigo 80º, alínea a), do Código Deontológico do Enfermeiro, atuando no sentido de prestar cuidados, que possam beneficiar a capacitação dos indivíduos para o “autocuidado e o autocontrolo em aspetos do bem-estar social e da saúde da vida diária” (Nunes et al., 2005, p.84).

Os enfermeiros no exercício da profissão, são responsáveis pelas decisões, atos e delegações, Artigo 79º, alínea b), do Código Deontológico do Enfermeiro. Ser responsável significa comprometer-se com o outro, e ser capaz de “prestar contas pelos seus actos e seus efeitos, aceitando as consequências” (Nunes et al., 2005, p. 67). Esta responsabilidade é cumulativa, e o exercício torna-se mais responsável,

quando é realizada uma prática do confronto entre conhecimento, ação desenvolvida e efeitos da mesma. Assim o ato resultante da tomada de decisão e as consequências do mesmo, para o bem e para o mal, revem-se na eficácia (alcançado/pretendido) e na imputação (Nunes et al., 2005). Como tal, a avaliação dos resultados da intervenção/ação, agiliza este confronto e a possibilidade de aumentar o conhecimento e melhorar o desempenho.

De acordo com Código Deontológico de Enfermagem, art.º88 alínea c) A necessidade da melhoria da qualidade dos cuidados é vinculativa ao exercício da profissão, quando refere a importância da excelência do exercício, presente em todo o ato profissional, assim como de *“manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humana”* (OE, 2009).

Atendendo a que um projeto de intervenção profissional visa a resolução de problemas e que o problema inicial consistia na necessidade de assegurar a acessibilidade aos cuidados de enfermagem à mulher/família no período pós-parto, facilitando uma transição saudável, pensamos existir neste trabalho uma adequação e pertinência para quem procura solucioná-lo e para o grupo a que se dirige. Embora outras questões se tenham colocado no decorrer da fase de elaboração deste projeto.

Assim, fica garantida a continuidade dos cuidados, assegurada a promoção da saúde, a capacitação da puérpera/família para transições saudáveis, num esforço para a excelência do exercício profissional.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A convergência entre as necessidades de uma população que vive uma fase de transição importante e a motivação individual/equipa foi fundamental para a persistência na realização deste percurso e para transformar limitações em situações vantajosas, obtendo bons resultados. As transições são uma constante na vida das pessoas/famílias. O comprometimento de conhecimento/aprendizagem, a adaptação ou recuperação, podem entender-se como oportunidade de intervenção.

A possibilidade de implementar e divulgar projetos de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, pode fazer a diferença, pelos benefícios para os utentes, pela reorganização dos cuidados, pela possibilidade de redução dos custos, pela visibilidade da profissão e pela motivação dos profissionais.

Neste caso em particular, a avaliação precoce no domicílio, da puérpera/RN/família, no que se refere à promoção da saúde, permite a identificação de situações de risco e planeamento de intervenção, no sentido da promoção de estilos de vida saudáveis, como AM, alimentação, higiene e exercício físico precoce e adaptado, sono e repouso, gestão das tarefas diárias, cuidados às mamas e ao RN, promovem a parentalidade.

No que se refere à prevenção de complicações, a identificação precoce de possíveis problemas, permite intervir no âmbito do mandato social/competências com o máximo rigor técnico-científico, no sentido de evitar ou minimizar os efeitos, referenciando as situações para outros profissionais de saúde, sempre que se justifique.

Assim, e a título de avaliação, consideramos este projeto uma boa prática clínica de enfermagem, pois permite avaliar e intervir, ajustadamente às necessidades das puérperas/RN/família, contribuindo para a promoção da saúde e transições saudáveis. Trata-se de um processo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, que tem em vista a satisfação e segurança dos utentes, pelos resultados positivos, no que se refere à acessibilidade, continuidade de cuidados e intervenção com a puérpera/família, no sentido de agilizar a resolução de problemas e o processo de transição.

Implementado o projeto, apesar das limitações já referidas, realizadas as VD a todas as puérperas e RN dos quais temos conhecimento, por receção de NN ou contato telefónico dos pais, na sua maioria em tempo útil, para que seja possível diagnosticar precocemente doenças metabólicas no RN e dificuldades na transição para a parentalidade, resta-nos melhorar um pouco todos os dias e saborear em equipa o resultado/recompensa, do esforço despendido. Esta parece ser uma forma de fortalecimento/coesão e motivação da equipa (Camara, et al., 2007).

Porque a inovação (aplicação de novas ideias/mudança), numa organização, implica o empenho de uma equipa, e não apenas de um colaborador, assim importa envolver e criar a necessidade de mudar e realizar algo de novo, cujos resultados sejam reconhecidos como um caminho para a melhoria da qualidade, neste caso dos cuidados de saúde/enfermagem. “A criação é sempre coletiva, pelo que o individuo isolado, por muito criativo que seja, estará sempre mais limitado do que se estiver inserido num grupo” (Sousa e Monteiro, 2015, p:101).

A criação consiste na geração de ideias e a sua implementação implica mudanças. A mudança trata-se de um processo de transição entre uma situação atual e uma visão de futuro (Camara et al., 2007), pelo que se trata de um procedimento que exige envolvimento de uma equipa, que acredita, se sente motivada e empenhada no mesmo. Em reuniões planeadas, foi explicado às equipas qual o problema identificado, a sua dimensão e quais os objetivos no sentido da sua resolução, ou seja, implementar a VD de modo que, independentemente da Unidade em que estejam inscritas puérperas/RN/família, tenham assegurado, idêntica acessibilidade, equidade e qualidade dos cuidados de saúde, atendendo às suas necessidades e limitações após a alta, garantindo a sua segurança, responsabilidade dos enfermeiros, na sua prática clínica.

Este processo de transição, como foi referido por Meleis (2010), necessita de acompanhamento para ter sucesso. Sendo que o seu insucesso se reflete no desenvolvimento do RN e pode interferir com o bem-estar materno, do RN e da família. O enfermeiro é o profissional de saúde que, podendo estabelecer uma relação de confiança e proximidade pode agilizar este processo de transição. O desenvolvimento profissional nesta área, habilita para a resolução de problemas detetados precocemente e como referem os autores, a presença do enfermeiro,

parece contribuir para aumentar a segurança e autoestima da puérpera, por estar mais acompanhada e esclarecida, capaz de tomar decisões e ter certezas sobre como cuidar-se e cuidar do seu filho (Mendes, 2015; Wilson, 2015; Kemp et al., 2012; Mazzo, 2012; Sousa et al., 2012).

Assim pode beneficiar-se também a relação familiar/casal e conseqüentemente como podemos verificar na revisão de literatura, beneficiar o desenvolvimento saudável do RN. Estabelecer uma relação terapêutica e afável, que proporcione segurança e confiança à puérpera para colocar todas as dúvidas e permitir todas as intervenções adequadas às suas necessidades. O agradecimento por parte das puérperas/família, por este cuidado, inesperado como referem, funciona como reforço positivo e recompensa, mesmo perante as dificuldades sentidas.

Promover reuniões de partilha entre as equipas das diferentes unidades de saúde, aferir procedimentos e dados informativos. Discutir intercorrências que coloquem em causa a intervenção, casos clínicos e diferentes práticas, pode funcionar como uma mais-valia, potenciar o desenvolvimento profissional das equipas e dos indivíduos nas equipas, melhorando o potencial de decisão clínica e a qualidade dos cuidados prestados.

Um dos indicadores contratualizados para a UCC, é a taxa de VD realizadas até ao 6º dia pós parto, com uma meta de 80%. Consideramos que se trata, de uma grande vitória, decorrente do desenvolvimento deste projeto, já que os indicadores, resultantes da contratualização da UCC, são na sua grande maioria da área do tratamento e reabilitação (cuidados continuados).

A visibilidade da profissão e da intervenção dos enfermeiros, assumidas as dificuldades relativas à escassez de recursos, revelada nas três entrevistas, uma num jornal diário, outra num canal televisivo e uma terceira no jornal da região, permitem dar a conhecer o trabalho e esforços dos enfermeiros, no sentido de prestar cuidados de excelência, na garantia da segurança dos utentes, apesar das limitações.

As dificuldades perante a reação de alguns colegas, quando se divulgou a notícia do resultado do concurso Missão Sorriso, versos, o sentimento de uma enorme motivação para continuar este projeto e quem sabe outros no sentido de melhorar a

qualidade dos cuidados aos utentes, foi vivenciado como um misto de sentimentos, tristeza/motivação, no sentido de demonstrar que, é sempre possível fazer melhor e todos temos a ganhar.

As dificuldades podem funcionar como fonte de motivação. O empenho e a confiança de que é possível, não pode desaparecer, sob pena de nos encontrarmos a fazer “mais do mesmo”, sem melhoria, sem espírito crítico e decerto com uma enorme frustração e tristeza quando outros fazem melhor.

Acreditar e não desistir, assertivamente demonstrar que os fins justificam os meios, mesmo que nos pareça quase impossível, cuidar dos outros como gostaríamos que cuidassem de nós.

Sugere-se no que se refere à prática clínica, a implementação de outros projetos de intervenção comunitária, aplicando o conhecimento teórico produzido pela investigação, é certamente um ganho em saúde para as populações e a motivação dos profissionais.

No âmbito da investigação, e na área de intervenção dos enfermeiros, no período pós-parto, seria importante a realização de estudos primários, no sentido de avaliar concretamente o resultado obtido com determinada ação, desenvolvida segundo passos definidos por procedimentos. Mais concretamente, clarificar, os ganhos quando se recomenda a utilização de discos vedantes para mamilos, por fissuras, quanto tempo demora a cicatrização, comparativamente com a utilização de lanolina? A extração manual de leite, permite regularizar a produção da glândula mamária, num período maior, menos ou de igual tempo, versos a utilização de bomba de extração de leite? A utilização da folha de cove, na mama turgida, concentrando o calor, atua com maior rapidez e eficácia do que outra aplicação de calor (água ou toalhas)?

A utilização de gelo no períneo/repouso ou ambos, diminui o tempo de cicatrização da ferida, ou o risco de infeção, ou de deiscência da sutura? A existência de que implicações no comportamento da puérpera, da interrupção continua do ciclo normal do sono, são semelhantes às do adulto, ou agravadas pelas alterações hormonais e pela necessidade acrescida de atenção a novas atividades? Na opinião das puérperas, o facto de estar presente em contexto familiar (domicílio) e fornecer um nº de contato para caso de necessidade, implica na puérpera a

sensação de segurança? Ainda consultando a puérpera, investigar a importância desta intervenção ser realizada pela enfermeira de referência para aquela família (enfermeiro de família), pela existência prévia de proximidade e cumplicidade, ou oferece mais segurança se for realizada por um enfermeiro perito na área (enfermeiro especialista)?

Perceber a satisfação das puerperas com esta intervenção, realizando este esquema de VD (primeira VD até ao sexto dia e realização de outra, apenas se os problemas identificados o exigirem) e comparar o grau de satisfação quando implementado o esquema completo das seis VD (início no período pré-natal e terminus aos cento e oitenta dias após o parto).

Relativamente à formação, Tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados, procurando a excelência no sentido de contribuir para a minimização dos riscos a que estão expostas as mulheres e famílias nesta fase da vida, que obriga a adaptações fisiológicas, psicológicas e sociais, seria benéfico transformar este projeto num programa que possa servir de modelo de boas práticas, assegurando desenvolvimento profissional, a enfermeiros que desempenhem funções nesta área.

Seria pertinente a avaliação deste projeto/programa, o seu reajuste assim como adequação destes procedimentos às necessidades de todas as unidades do ACES Sintra, no sentido de uniformizar procedimentos no âmbito da VD à puérpera/RN/família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, G; Pascoal, M J (2014) – Factores que interfeiren en el soeño del paciente en ambiente hospitalário. *Revista ROL Enferm.* 37 (9). 560-566.
- Andrade, R. D.; Santos, J. S.; Maia, M. A. C.; Mello, D. F. (2015). Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.* 19 (1).
- Afonso, E. (1998) – *Dificuldades Da Mulher No Puerpério: Subsídios Para A Enfermagem.* Universidade Católica Portuguesa - Faculdade de Ciências Humanas. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Lisboa.
- Alarcão, M. (2006). *(Des)equilíbrios familiares: uma visão sistémica.* 3nd ed. Lisboa. Quarteto Ed.
- Alarcão, Isabel. (2001). Formação reflexiva. *Referência.* Coimbra. I Série. (6), 53-59.
- Azevedo, C. A. M.; Azevedo, A. G. (2008). *Metodologia científica: contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos.* 9nd ed. Lisboa. Universidade Católica Editora.
- Batalha, L. M. C. (2000). Implementação das visitas domiciliárias materno-infantil. *Nursing.* (143), 20-23.
- Branco, A. & Ramos, V. (2001). Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública.* 2. 5-12. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa. Acedido em 20/12/2015. Disponível em: <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-01-2001.pdf>
- Benner, P.(2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem.* 2nded. Coimbra. Quarteto.
- Beck, D., Ganges, F., Goldman, S. & Long, P. (2004) - Saving Newborn Lives. Save the Children Federation. Acedido a 19 de Maio de 2015. Disponível em:

www.savethechildren.org/atf/cf/%7B9def2ebe-10ae-432c-9bd0-df91d2eba74a%7d/care-of-the-newborn-reference-manual-port.pdf

- Braden, S. Pennie. (2000). *Enfermagem Materno-Infantil*. 2nded. Rio de Janeiro. Reichmann & Affonso Editores.
- Branco, V. R. (2010). A gestão do conhecimento por meio da aprendizagem organizacional via universidade corporativa: um grande desafio empresarial contemporâneo [formato eletrônico]. Acedido em 04 de Agosto de 2015 de <http://www.artigonal.com/gestao-artigos/a-gestao-do-conhecimento-por-meio-daaprendizagem-organizacional-via-universidade-corporativa-um-grande-desafio-empresarial -contemporaneo-2865050.html>.
- Brazelton, T. B. (2000). *Tornar-se família: o crescimento da vinculação, antes e depois do nascimento*. Lisboa. Terramar.
- Brykczynski, K. (2004). *De Principiante a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. In Ann Tomey e Martha Alligood, Teóricas de enfermagem e sua obra. 5nded. Loures. Lusociência.
- Burroughs, A (2005) - *Enfermería Maternoinfantil de Bleier*. 8nded. México. Interamericana McGraw – Hill.
- Camara, P. B.; Guerra, P. B.; Rodrigues, J. V. (2016). *Humanator XXI Recursos Humanos e Sucesso Empresarial*. 7nded. Lisboa. D. Quixote.
- Camara, P. B.; Guerra, P. B.; Rodrigues, J. V. (2007). *Novo Humanator*. Nova Edição. Lisboa. D. Quixote.
- Canavarro, M. C., Pedrosa, A. (2005). *Transição para a parentalidade – compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas*. Lisboa. Fim de Século.
- Carter, B.; McGoldrick, M. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar*. 2nded. São Paulo. Artmed.
- Canavarro, M C. (2001). *Psicologia da gravidez e da Maternidade*. Coimbra. Quarteto Editora.

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. (2006). versão 2.0. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Coimbra. Quarteto Editora.

Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro (1993). Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. A regulamentação da Lei de Bases da Saúde Diário da República I Série, Nº 12, (15-01-1993), 129-134.

Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (1996). Diário da República. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Ordem dos Enfermeiros.

Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto (2007). Regime Jurídico da organização e do funcionamento das Unidades de Saúde Familiar Diário da República 1ª série, Nº161 (07-08-22) 5587-5596.

Despacho n.º 10143/2009 de 16 de Abril. (2009). Regulamento da Organização e Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade. Diário da República, 2.ª série, N.º 74, (16/04/2009),15438-15440.

Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro. Aprovação do Plano Nacional de Saúde 2014-2016. Diário da República, 2.ª série, N.º 28, (2015-02-10), 3882(2)-3882(10).

Direção Geral de Saúde (2014). *Manual de Acreditação de Unidades de Saúde*. 2ªed. In: <https://www.dgs.pt>

Direção Geral de Saúde (2012-2016). *Plano Nacional de Saúde*. In: <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>.

Direção Geral de Saúde. (1987). *Carta de Otava para a Promoção da Saúde*.

Dodge, K. A.; Goodman, W. B.; Murphy, R. A.; O'Donnell, K.; Sato, J.; Guptill, S. (2014). Implementation and Randomized Controlled Trial Evaluation of Universal Postnatal Nurse Home Visiting. *American Journal of Public Health*, V.1, (104), 51.

Donabedian, A. (2003). *Na Introduction to Quality assurance in Health Care*. Oxford.

- Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percurso*. nº15. In: http://web.ess.ips.pt/Percursores/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf.
- Filipe, Maia (2011). *Visitação Domiciliária. Contributos da enfermagem na manutenção da amamentação*. Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina. Tese de mestrado. Coimbra.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures. Lusodidacta.
- Fragata, J. (2006). *Risco clínico – Complexidade e Performance*. Lisboa. Almedina.
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos utentes – Uma Abordagem Prática*. Lisboa. Lidel.
- Freitas, F.; Martins-Costa, S.; Ramos, J.; Magalhães, J.(2006). *Rotinas em Obstetrícia*. 5nd ed. São Paulo. Artmed.
- Gaikwad, M. (2015). Infant Examination: Umbilicus Assessment. The Joanna Briggs Institute.
- Gaikwad, M. (2015). Perineal Care: Postnatal. The Joanna Briggs Institute
- Gonçalves, A. R. (2008). Aprender a ser mãe. Processos de aprendizagem de mães primíparas durante os primeiros dois meses pós-parto. *Sísifo. Revista de Ciências da Educação*, 5, 59-68.
- Graça, L. M. (2010). *Medicina Materno fetal*. 4nd ed. Lisboa. Lidel.
- Graça, Luís (2010). *Contributos da Intervenção de Enfermagem na Promoção da Transição para a Maternidade e do Aleitamento materno*. Universidade de Lisboa. Tese de doutoramento. Lisboa.
- Hanson, S.; May H. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação*. 2nd ed. Loures. Lusociência.
- Hockenberry, M., Wilson, D. (2014) WONG Enfermagem da Criança e do Adolescente. 9nd ed, Vol.1. Loures. Lusociência.

International Confederation of Midwives (2013). *Essential competencies for basic midwifery practice*. In:

<http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/coredocuments/cm%20essential%20competencies%20for%20basic%20midwifery%20practice%202010,%20revised%202013.pdf>

Jayasekara, R. (2014). Postnatal Parental Education. The Joanna Briggs Institute

Jayasekara, R. (2014). Neonate: Pain Management and Breastfeeding. The Joanna Briggs Institute

Kemp, L. ; Harris, E.; McMahon, C.; Matthey, S.; Vimpani, G.; Anderson, T.; Schmied, V.; Aslam, H.(2012). Benefits of psychosocial intervention and continuity of care by child and family health nurses in the pre- and postnatal period: process evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 1850-1862

Lapão, L. (2010). Gestão de Projetos e de Programas em Saúde – Contexto da Enfermagem. In: <http://comunitariabeja@gmail.com>

Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto (1990). *Diário da República I Série*, Nº 195, (24-08-1990), 3452-3459.

Lei nº111/2009 de 16 de Setembro (2009). *Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*, aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril. *Diário da República I Série*, Nº 180 (16-08-2009) 6528-6550.

Levy, L.; Bértolo, H. (2012) – *Manual De Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. UNICEF. In: http://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento_2012.pdf.

Lopes, K. D. C. L.; et al. (2015). Dificuldades Nos Cuidados Ao Recém-Nascido: Realidades de Puérperas Primíparas. *Revista de Saúde Pública*. Santa Cat., Florianópolis, V 8, N. 3, 19-33.

Lowdermilk, D., Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. (7nd ed), Camarate. Lusodidacta.

- Mandú, E., Gaíva, M. A., Silva, M. A. & Silva, A. M. (2008). Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa Saúde da família. In: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000100015
- Mazzo, M. H. S. N.; Brito, R. S.; Souza, N. L.; Gama, A. P. (2012). Taking Care of The Puerpera After Hospital Discharge: A Literature Review. *Jornal Nurse UFPE*, 6 (11), 2823-2829.
- Mendes, Alda. (2015). Intervenção do enfermeiro na prevenção das perturbações emocionais no primeiro mês pós-parto. Universidade de Lisboa. Tese de Doutoramento. Lisboa.
- Mendes, A (2011). *A intervenção do enfermeiro junto da puérpera na prevenção das perturbações emocionais no primeiro mês pós-parto: revisão sistemática de literatura*. Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. In: https://www.esenfc.pt/event/event/abstracts/exportAbstractPDF.php?id_abstract=1876&id_event=64
- Mendes, Isabel. (2007). Ajustamento Materno e Paterno: Experiências Vivenciadas pelos Pais no Pós-Parto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Tese de Doutoramento. Universidade do Porto.
- Miguel, L S; Sá, A B. (2010). Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir. Alto Comissariado da Saúde. Ministério da Saúde. In: <http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/CSP1.pdf>.
- Martins, C., Abreu, W. (2014). Tornar-se pai e mãe: um papel socialmente construído. In: *Referência*. IV, 2.
- Martins, Cristina (2013). A Transição no Exercício da Parentalidade Durante o Primeiro Ano de Vida da Criança: Uma Teoria Explicativa de Enfermagem. Universidade de Lisboa. Tese de doutoramento. Lisboa.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company. NY.

- Minayo, M. C. (2009) - Construção de Indicadores Qualitativos para Avaliação de Mudanças. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 33nd ed, Supl. I. 83-91. In: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33s1/a09v33s1.pdf>.
- Ministério da Saúde (2012). *Quadro de Orientação Estratégica para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*. In: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/1-quadrodeorientaoestratgicaparaodesenvolvimentodoscsp_2012.09.30_2.pdf.
- Morrow, A. L. (1999). Efficacy of Home-Based Peer Counselling to Promote Exclusive Breastfeeding: A Randomised Controlled Trial. *The Lancet*, 353, 1226-1231.
- Nakano, A. M., Reis, M. C., Pereira, M. J. & Gomes, F. A (2007). O Espaço Social das Mulheres e a Referência Para o Cuidado na Prática da Amamentação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. In: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a07.pdf.
- Nelson, K; Jaffe, M S; Kenner, C; Amlung, S (2002). *Enfermagem Materno-Infantil: planos de cuidados*. 3nd ed. Rio de Janeiro. Reichmann & Afonso Editores.
- Neves, Ângela (2013). *Visitação Domiciliária no Pós-Parto: Expectativas e necessidades de ambos os pais na transição para a parentalidade*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Tese de Mestrado. Coimbra.
- Nichiata et al. (2008). A utilização do conceito vulnerabilidade pela enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16,5.
- Nunes, L.; Amaral, M; Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de casos*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros
- Olds et al. (2004). Effects of Nurse Home Visiting on Maternal and Child Functioning: Age-9 Follow-up of a Randomized Trial. *Evidence Based Nurse*, V 11. In: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2839449/>

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Enquadramento Concetual Enunciados Descritivos*. Concelho de Enfermagem. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para Repositório Central de Dados em Saúde*. In: www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/rmde_indicadores-vfout2007.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Parecer sobre Competências dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Familiar, Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica, Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, para o exercício da visitação domiciliária à puérpera e ao recém-nascido. Concelho de Enfermagem. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guião para Elaboração de Projetos de Melhoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2013). Parecer sobre o Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica nos Cuidados de Saúde Primários. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Potter, P. (2008). *Fundamentos de Enfermagem*. 5nded. Lisboa. Lusociência.

Ramos, M., Canavarro, M. (2007). Adaptação parental ao nascimento de um filho: comparação da reatividade emocional e psicossintomatologia entre pais e mães nos primeiros dias após o parto e oito meses após o parto. *Análise Psicológica*. In: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v25n3/v25n3a07.pdf>

Regulamento n.º 127 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica Diário da República. 2.^a série, N.º 35, (18-02-2011), 8662-8666.

- Regulamento nº 533 de 02 de Dezembro (2014). Norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Diário da República, 2ª Serie, (02-12-2014), 30247-30254.
- Relvas, A P. (2004). O Ciclo Vital da Família: Perspectiva Sistémica. 3nd ed. Porto. Edições Afrontamento.
- Ribeiro, I.; Nunes, C.; Valido, S. (2006). Visitação domiciliária à puérpera e ao recém-nascido: concepções e percepções. *Revista Enfermagem. Lisboa*, 41 35-46.
- Rice, R. (2004). *Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários: conceitos e aplicação*. 3nd ed. Loures. Lusociência.
- Rodrigues, D.; Fernandes, A.; Carvalho, F.; Silva, Raimunda; Rodrigues, M. (2006). O Domicílio como Espaço Educativo para o Autocuidado de Puérperas: Binômio Mãe-Filho. *Texto Contexto Enfermagem*. V15, N.2. Florianópolis. In: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a11v15n2.pdf>.
- Ruivo, A., Ferrito, C. et al. (2010) - *Revista Percursos*. 17. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal.
- Sá, J. & Preto, L. (2002). *Sexualidade dos Portugueses*. O estado de opinião em Portugal (1997-2001). Lisboa. Bertrand.
- Sayakkara, S.M.L. (2014) Neonate: Pain Management: Sucrose. The Joanna Briggs Institute.
- Sousa, F. C.; Monteiro, I. P. (2015). *A Inovação Organizacional e Social como resultado do processo de decisão*. Lisboa. Sílabo.
- Souza, K. V. et al. (2012). Puerperium consulting: needs of women from the nursing perspective. *Brazilian Journal of Nursing*, 11 (1), 124-136.
- Stanhope. L. (1999). *Enfermagem Comunitária – Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. Lisboa. Lusociência
- Vieira, A. R., et al. (2008). Necessidades de Aprendizagem dos Pais na Transição para a Parentalidade: Uma Revisão da Literatura. *Servir*. Lisboa. 56, 146-154.

World Health Organization (2008). *The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever*. Geneva.

World Health Organization (2003). *Global Strategy for Infant and young Child Feeding*, Geneva.

Wong et al. (2012). *The effectiveness of cabbage leaf application (treatment) on pain and hardness in breast engorgement and its effect on the duration of breastfeeding*. Joanna Briggs Institute

ANEXO I – Autorização para candidatura do projeto ao concurso “Missão Sorriso”, Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Instituto Público

DECLARAÇÃO

A Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P., pessoa coletiva de direito público n.º 503 148 776, com sede na Avenida dos Estados Unidos da América, n.º 77, 1749-096, em Lisboa, representada por Luís Manuel Paiva Cunha Ribeiro, na qualidade de Presidente do Conselho Diretivo, vem pela presente declarar que autoriza a apresentação da candidatura “Criar Crescer e Cuidar”, da Unidade de Cuidados na Comunidade Cacém Care, cuja responsável é a Senhora Enfermeira Maria João Pascoal do Agrupamento de Centros de Saúde de Sintra, à Missão Sorriso 2015.

Lisboa, 14 de janeiro de 2015


O Presidente do Conselho Diretivo

(Luís Cunha Ribeiro)

ANEXO I I – Validação do projeto pela Coordenadora da Unidade de Cuidados
na Comunidade

VALIDAÇÃO DO PROJETO "CRIAR CRESCER e CUIDAR" PELO COORDENADOR DA UNIDADE
FUNCIONAL UCC CACÉM CARE

Ana Paula Duarte, Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, enquanto coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade Cacém Care, venho por este meio pronunciar-me sobre a importância deste projecto para a população abrangida por esta Unidade funcional.

Atendendo às características da população em causa, puérperas/RN/famílias, e ao apoio que necessitam para a manutenção do seu bem-estar, parece-me importante o desenvolvimento do projeto, "Criar Crescer e Cuidar" – Implementação da visita domiciliária à família no período pós-parto, assim como a sua aplicação a todas as famílias a vivenciar esta fase tão importante das suas vidas, embora dentro das limitações existentes no ACES Sintra, como a falta de veículos para assegurar a deslocação dos profissionais de saúde aos domicílios dos utentes.

Cacém, 14 de Outubro de 2015

A coordenadora da UCC Cacém Care

ACES
UCC CACÉM CARE
Enf.ª Coordenadora da Equipa
Ana Paula Duarte
Telef: 21 918 88 88

Ana Paula Duarte

P1 Enfermeira
Ana Duarte

APENDICE I – Resultados da 2ª pesquisa nas bases de dados

Resultados da 2ª pesquisa nas bases de dados (motor de busca EBSCO)

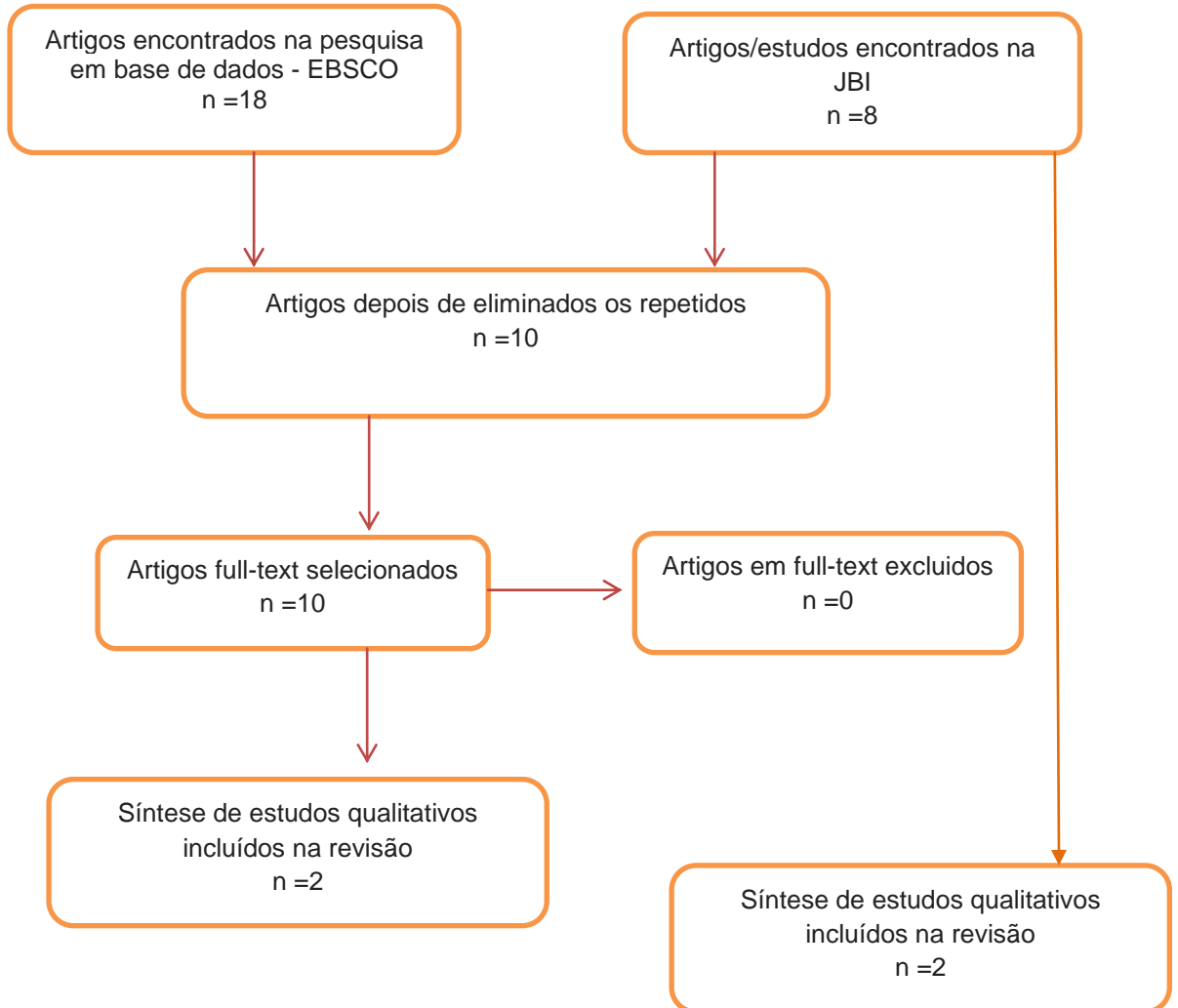
Base de dados	Palavras-chaves	Resultados de artigos	Limitadores Pesquisa Introduzidos
MEDLINE with Full Text	S1 – postpartum period or postnatal care or women or female (termo natural) or mothers		
	S2 – nurses midwives or nurse community health or family nurses practioners or nursing care or obstetric nursing or nursing or home care services or public health nursing or home health nursing or house calls		
	S3 Breast feeding or health promotion or Durability (termo natural) or promotion (termo natural) or effectiveness (t. natural)		
	<u>Cruzamento final:</u>		
	S1 AND S2 AND S3	483	144
CINAHL Plus with Full Text	S1 – postnatal period or postnatal care or women or female or mothers		
	S2 - nurse midwives or community health workers or family nurses pactioners or nursing care or obstetric nursing or home health care or home visits or midwives or midwives attitudes or midwifery or nurse midwifery services		
	S3 – Breast feeding or health promotion or breast feeding promotion or effectiveness or durability (termo natural)		
	Cruzamento final		
	S1 AND S2 AND S3	145	74
TOTAL		628	218

ESTUDOS SELECIONADOS E A SUA TIPOLOGIA

<u>Título do Artigo</u>	Cód. Artigo	Tipo de estudo
“Can early postpartum home visits by trained community health workers improve breastfeeding of newborns”	M58	Quantitativo Randomizado
“The effect of postnatal breastfeeding education/support offered at home 3 days after delivery on breastfeeding duration on knowledge: a randomized trial”	M32	Quantitativo Randomizado
“Contributions of nursing intervention in primary healthcare promotion of breastfeeding”	M31	Quantitativo/ Descritivo/Quasi- experimental.
“Examining the breastfeeding support resources of the public health nursing services in Ireland”	M19	Quantitativo/ Descritivo/ Transversal
“The effect of early postpartum home visits by health visitors: a natural experiment”	M16/C7	Quantitativo/ Descritivo/ Observacional/ Transversal
“Breastfeeding and midwifery support (windows of opportunity) – day 3-5 and week 3-5”	C10	Artigo de opinião baseado em evidência
“Effectiveness of an early intervention on infant feeding practices and “tummy time”: a randomized controlled trial”	M63	Quantitativo/ Randomizado controlado
“Breastfeeding initiation in the context of a home intervention to promote better birth outcomes”	M24	Quantitativo/ Ensaio Clínico Randomizado
“Nursing consultation in homecare for the milk bank of Antonio Pedro College Hospital: a space for educative actions”	C17	Quantitativo/Descr itivo

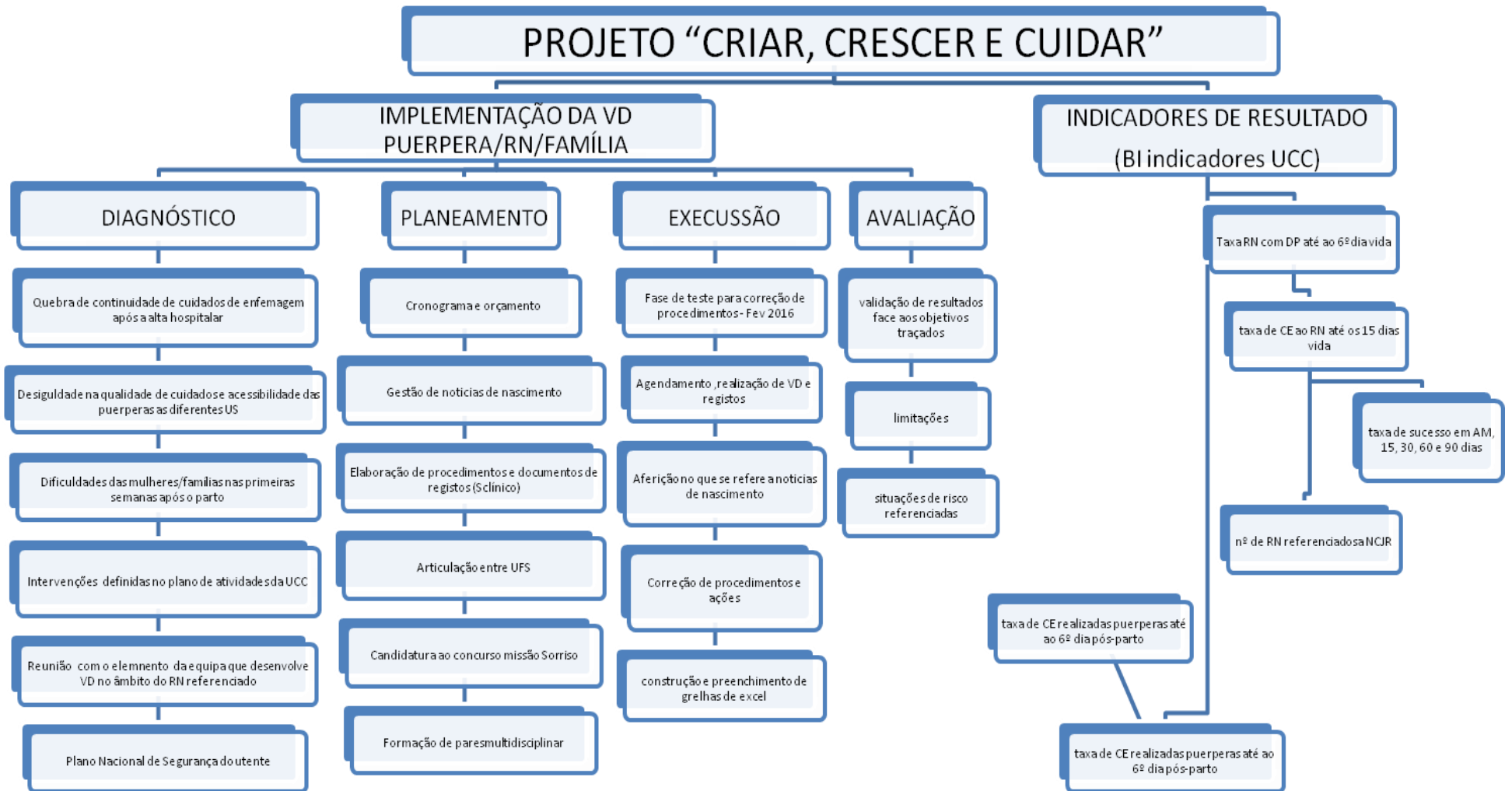
APENDICE II - Fluxograma da pesquisa

FLUXOGRAMA DA ESTRATÉGIA DA PESQUISA – Julho 2016
(Excluída a palavra chave aleitamento materno)



APENDICE III - Desenho da estrutura do projeto

Estrutura analítica do projeto (WBS) “CRIAR, CRESCER E CUIDAR”



APENDICE IV - Cronograma

CRIAR CRESCER E CUIDAR - GRÁFICO DE GANTT

ANO	2015												2016					
MÊS	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL
Escolha do Tema		■																
Referencial teórico		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Justificação do Tema		■	■	■														
Definição de Objetivos		■	■	■														
Identificação de recursos e barreiras			■	■	■	■												
Definição de atividades e processos de trabalho			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
Preparação das formações e atividades de negociação					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
Preparação do trabalho de campo (reunir com peritos e diferentes parceiros)						■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
Apresentar (tema, problemática, justificação e palavras chave)			26															
Apresentar componente científica				7														
Desenho do Projeto (procedimentos metodológicos)				28														
Reformulação do Projeto para candidatura à Missão Sorriso Continente									■									
Resultado do concurso para entrega de viatura												■	■	■	■	■		
Entrega do Projeto						24		18										
Registo do Projeto													22					
Elaboração de normas, procedimentos e documentos de registos								■	■	■	■	■	■	■	■			
Trabalho de campo em contexto (realização das VD)													■	■	■	■	■	■
Elaboração do Relatório de Projeto													■	■	■	■	■	■

APENDICE V – Planeamento estratégico

Objetivo: Garantir a continuidade de cuidados à puérpera/RN/família

Atividades

Identificação de mulheres grávidas inscritas na área de abrangência da UCC, Unidades do ACES onde estão inscritas e respetiva IG;

Identificação da franja da população não abrangida pela intervenção de enfermagem VD;

Identificação das mulheres que cumprem critérios de inclusão no programa de VD (inscritas em USF sem programa de VD, inscritas em UCSP, vigiadas ou não nas respetivas Unidades);

Identificação de notícias de nascimento recebidas;

Planeamento de VD segundo as necessidades da população e os recursos disponíveis;

Identificação meios disponíveis (viaturas) dificuldades e/ou barreiras existentes;

Identificação necessidades mantidas após VD;

Referenciação para outros TSS;

Estratégias (processo de trabalho)

Identificar a dimensão da população a abranger pelo projeto

Responder às necessidades de acessibilidade das puérperas da área de abrangência desta UCC;

Centralizar notícias de nascimento no Email: ucc.cacemcare@cscacem.min-saude.pt;

Assegurar a acessibilidade e equidade de cuidados às puérperas/RN/família;

Indicador de estrutura:

Nº total de puérperas até ao 6º dia pós-parto com critério para VD;

Nº total de RN até ao 6º dia de vida com critério para VD;

Nº total de NN rececionadas até ao 3º dia após o nascimento;

Taxa de 1ª VD realizadas à puérpera até ao 6º dia pós parto;

Taxa de 1ª VD realizadas ao RN até ao 6º dia pós parto.

Objetivo: Envolver a equipa de enfermeiros da UCC

Atividades

Demonstração da importância do projeto, criando na equipa a necessidade da sua implementação;

Negociação com a equipa e com base no contexto das visitas domiciliárias realizadas, previamente ao projeto, a necessidade de complementar essa intervenção;

Identificação da motivação dos colegas para esta questão;

Identificação das necessidades sentidas pela equipa de enfermagem da UCC relativamente a esta questão (registos, documentos de registos, Técnica de Aleitamento materno, DP, cuidados à ferida cirúrgica, autocuidado, cuidados ao RN, diminuição da dor no DP).

Estratégias (processo de trabalho)

Promover reuniões com os enfermeiros e coordenadores das várias unidades funcionais de saúde;

Indicador de estrutura:

Nº total de reuniões realizadas;

Nº total de enfermeiros presentes nas reuniões;

Nº total de enfermeiros que aderiram ao projeto.

Objetivo: Facilitar o desenvolvimento de competências dos elementos da equipa de enfermagem, no âmbito da VD à puérpera/RN/família

Atividades

Planeamento de formação sobre VD à mulher puérpera/família, segundo necessidades identificadas;

Realização de ações de formação;

Desenvolvimento da capacidade de tomada de decisão e pensamento crítico nesta área de intervenção da enfermagem;

Elaboração de documentos com fundamentação científica sobre como proceder em cada visita, segundo os resultados pretendidos;

Discussão dos procedimentos no decorrer da sua construção;

Partilha da informação dos procedimentos, no decorrer da sua elaboração e quando concluídos (envolvendo a equipa);

Estratégias (processo de trabalho)

Potenciar o conhecimento através da troca de experiências;

Indicador de estrutura:

Taxa de adesão à formação: N° de Enfermeiros por formação/ N° total de Enfermeiros*100

N° de documentos implementados/ N° de documentos elaborados

Objetivo: Promover articulação entre Unidades de Saúde.

Atividades

Identificação todas as Unidades de cuidados de saúde da área de abrangência da UCC Cacém Care;

Reunião com a Enfermeira Chefe da Unidade de Internamento de Puerpério do HFF e chefes de equipas de enfermagem, apresentação do projeto;

Reunião com a equipa de enfermeiros das diferentes Unidades da área de abrangência da UCC e apresentação o projeto;

Definição dos meios de articulação, entre UCC e hospital de referência (mail, números e nomes de contato diretos);

Definição em parceria com o HFF do procedimento de encaminhamento das NN;

Centralização do envio de NN para o Email: ucc.cacemcare@cscacem.min-saude.pt

Estratégias (processo de trabalho)

Articular efectivamente, com as diferentes unidades e respetivos profissionais de saúde, do ACES Sintra, na área de abrangência da UCC Cacém Care e Hospital de referência (HFF).

Melhorar a comunicação e a partilha de informação sobre as mulheres/RN/família;

Melhorar o circuito das notícias de nascimento (eletrónica/fax);

Indicador de estrutura:

Nº total de reuniões realizadas;

Nº total de enfermeiros das diferentes UFS/Nº de enfermeiros presentes nas reuniões;

Nº total de unidades funcionais de saúde da área de abrangência da UCC/ Nº de unidades funcionais de saúde da área de abrangência da UCC presentes nas reuniões*100;

Nº total de notícias de nascimento rececionadas/Nº total de nascimentos (RN abrangidos pela UCC)*100.

Objetivo: Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (no âmbito da segurança do utente).

Atividades

Pesquisa sobre construção de procedimento e temas relacionados com a VD à puérpera/RN/família;

Descrição das ações a desenvolver, perante determinados diagnósticos de enfermagem, segundo o conhecimento científico e os resultados negociados com a mulher;

Redação de procedimentos adequados à realidade da UCC e da população abrangida pela mesma;

Discussão sobre o conteúdo dos procedimentos;

Aprovação pela equipa e Direção do ACES Sintra;

Uniformização de procedimentos no ACES Sintra;

Elaborar documentos de registos (diagnósticos de enfermagem, responsabilização de identificação do RN não registado para inscrição esporádica, grelha de Excel);

Inclusão de indicador relativo a VD na contratualização da carteira de serviços da UCC.

Estratégias (processo de trabalho)

Promover a prática baseada na evidência;

Uniformizar procedimentos nos cuidados prestados à puérpera/RN/família no decorrer da intervenção VD;

Disponibilizar procedimentos para consulta de vigilância da puérpera e RN;

Uniformizar registos

Desenvolver indicadores de estrutura, processo e resultado.

Indicador de estrutura:

Nº total de documentos elaborados;

Nº total de procedimentos discutidos;

Nº total de normas aprovadas pela equipa;

Nº total de normas aprovadas pela Direção do ACES Sintra.

Objetivo: Implementar VD

Atividades

Identificação da puérpera e respetivo RN, por via da NN rececionada ou contato telefónico dos pais;
Agendamento telefónico da VD;
Pedido de transporte;
Preparação do material necessário segundo informação recolhida;
Realização da VD e respetivos registos nas plataformas eletrónicas;
Planeamento de VD por enfermeiro, segundo áreas e características da situação;
Referenciação dos puérperas em situações de risco para enfermeiros da respetiva UFS;
Referenciação das RN em situações de risco para enfermeiros d
Candidatura ao concurso Missão Sorriso Continente (viatura);
Construção de folheto de divulgação;
Entrevistas (Jornal Correio da Manhã, Jornal da região e RTP 1).

Estratégias (processo de trabalho)

Intervir de forma planeada, prestando cuidados de excelência,

Adequar recursos;
Identificar precocemente situações de risco (físico, psicológico ou social);
Divulgar o projeto e a VD na comunidade;
Tornar visível o desempenho dos enfermeiros.

Indicador de processo e resultado:

Nº total de VD realizadas a puérperas com critérios/Nº total de puérperas com critério para VD * 100
Nº total de DP realizados a RN com critérios/Nº total de RN com critério para VD * 100

Objetivo: Promover a atribuição dos recursos necessários ao projeto

Atividades

Identificar necessidades de recursos humanos;

Identificar necessidades de recursos materiais;

Atribuir uma viatura ao projeto.

Estratégias (processo de trabalho)

Alocar ao projeto os recursos necessários à sua implementação e manutenção;

Candidatura ao Concurso Missão Sorriso.

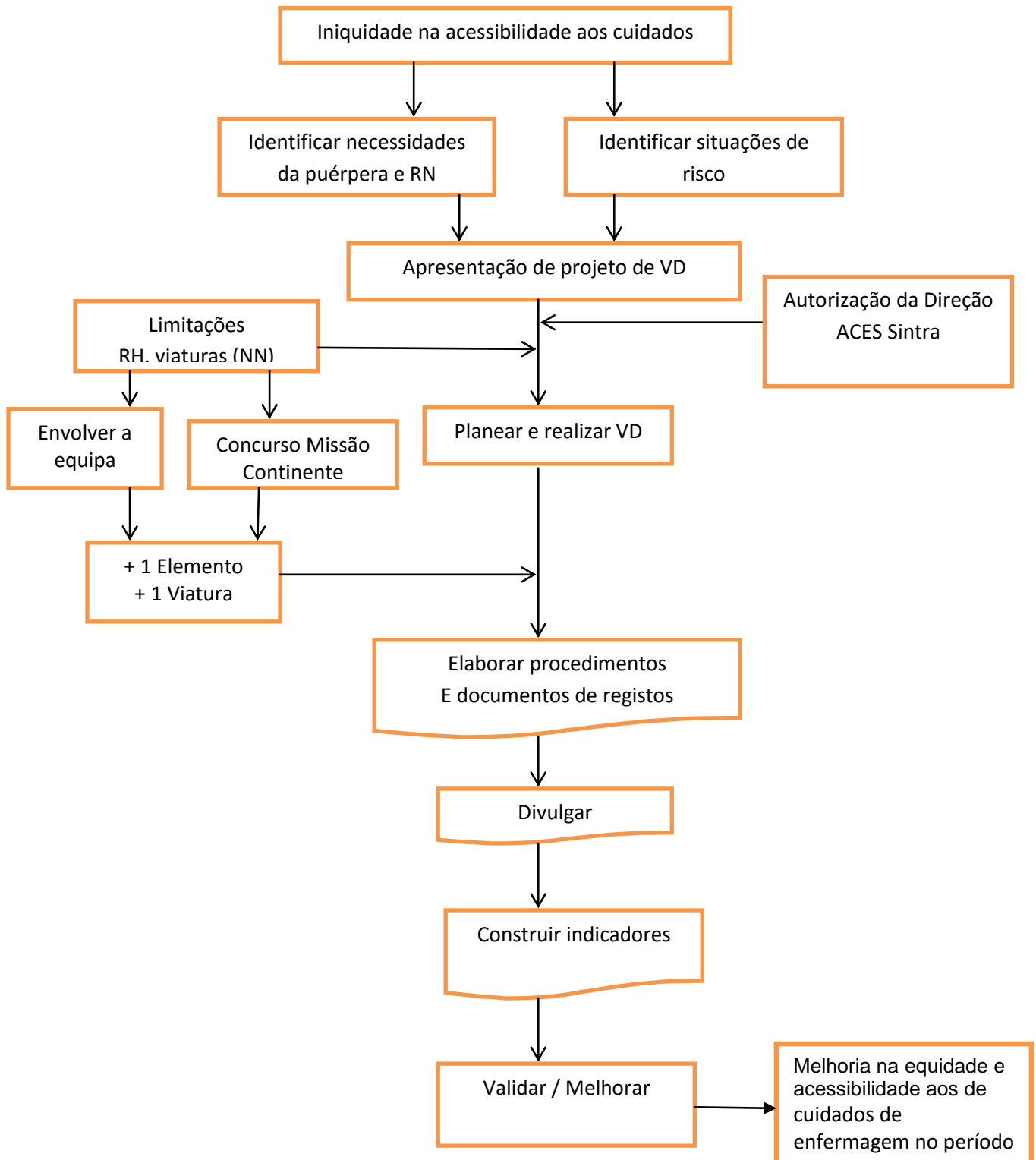
Indicador de estrutura:

Nº total de viaturas atribuídas ao projeto

Nº total de computadores portáteis atribuídos ao projeto

APENDICE VI – Mapeamento do problema

MAPEAMENTO DO PROBLEMA



APENDICE VII - Indicadores e metas

INDICADORES E METAS



ACES		ACES Sintra			
UCC		UCC Cacém Care			
INDICADORES CUIDADOS NA COMUNIDADE				Meta 2016	Meta 2017
INDICADORES					
Projeto		Indicador			
CRIAR CRESCER E CUIDAR	Acesso/Estrutura	Nº total de puérperas, com NN rececionada, até ao 6º dia pós-parto e com critério para VD	80,0%	99,0%	
	Acesso/Estrutura	Nº total de RN, com NN rececionada, até ao 6º dia de vida e com critério para VD	80,0%	99,0%	
	Acesso/Estrutura	Nº total de NN rececionadas			
	Acesso/Estrutura	Nº total de enfermeiros, das unidades abrangidas pela UCC, presentes nas reuniões			
	Acesso/Estrutura	Nº total de enfermeiros, das unidades abrangidas pela UCC, que aderiram ao projecto			
	Acesso/Estrutura	Nº total de reuniões realizadas			
	Acesso/Estrutura	Nº total de documentos elaborados			
	Acesso/Estrutura	Nº total de procedimentos discutidos			
	Acesso/Estrutura	Nº total de normas aprovadas pela equipa			
	Acesso/Estrutura	Nº total de normas aprovadas pela Direção do ACES Sintra			
	Desempenho Assistencial/ Processo	Taxa de 1ª VD realizadas a RN com critérios e NN rececionadas até ao 6º diade vida	60,0%	90,0%	
	Desempenho Assistencial/ Processo	Taxa de 1ª VD realizadas a puérperas com critérios e NN rececionada até ao 6º dia pós parto	60,0%	90,0%	
	Eficiência/Resultado	Taxa de efetividade de diagnóstico de Risco de Ingurgitamento Mamário	60,0%	90,0%	
	Eficiência/Resultado	Taxa de efetividade de resolução de problemas de ingurgitamento mamário	60,0%	90,0%	
	Eficiência/Resultado	Taxa de efetividade de prevenção de complicações por Mastite	60,0%	90,0%	
	Eficiência/Resultado	Taxa de efetividade de diagnóstico de risco de problemas de fissuras de mamilos	60,0%	90,0%	
	Eficiência/Resultado	Taxa de efetividade de resolução de problemas de Fissura dos Mamilos	60,0%	80,0%	

APENDICE VIII – Instrumento de registros

● Nome (puérpera) _____

Mail: _____ telef: _____

Médico de família _____ Nº Utente _____ Processo nº _____

Gravidez vigiada UCSP/USF _____ Hospital Nº Consultas: _____ Risco

Vigilância de Puerpério em: UCSP/ USF: Privada: Nº sem de gestação _____

IO atualizado: _____ Tipo e parto: _____ Epidural Episiorrafia

Sutura de CST Td _____ Serologias: _____ Estreptococo B: _____

VD Cerazete® Consulta de enfermagem pós parto ___/___/___

● Nome do RN _____ NOP _____ Nº Utente _____

Local de Nascimento _____ Hora: _____ Sexo: M F IA: _____ Peso: _____

PC: _____ cm Comp: _____ cm VHB: _____ Lot: _____ Contato pele a pele

Adaptado mama 1ª hora LA p/ copo LA p/ tetina Rastreo auditivo: _____

Coto umbilical Queda ___/___/___ Aspeto _____

Consulta até aos 15 dias: _____ DP Realizado por: _____

Focos de atenção - Puérpera

Hipotensão	Ingurgit mamário	Medo	Autovigilância	Conflito gerações
Hipertensão	Mastite	Insegurança	Adesão vacinação	Agressão
Hemorragia (vaginal)	Sono	Tomada decisão	Fazer compras	Papel de maternal
Hematoma (períneo)	Repouso	Adaptação	Cozinhar	Papel de paternal
Febre	Fadiga	S. Burnout	Limpar	Relação Sexual
Obesidade	Exaustão	Crenças Saúde	Tratar da roupa	Promiscuidade
Mal nutrição	Dor por Ferida	Autoestima	Manutenção casa	Chorar
Obstipação	Tontura	Imagem corporal	Uso Tabaco	Satisfação Conjugal
Eliminação Urinária	Prurido	Auto higiene	Uso de Álcool	Prevenção gravidez
Fissuras do mamilo	Frustração	Auto vestuário	Uso de Drogas	Vinculação
Maceração mamilos	Desamparo	Auto lazer	Suporte	Ligação mãe-filho
Ferida Cirúrgica	Ansiedade	Auto Ativi Física	Envolvimento	Amamentar
Laceração		AutoAlimentar-se	Socialização	Educação criança

Focos de atenção - RN

Hematoma	Flato (flatulência)	Eritema do calor	Ferida traumática	Risco infeção
Ictericia	Elimi Urinária	Exantema	Sono	Mamar
Mal nutrição	Pele Seca	Fissuras da pele	Pé Equino	Obstipação
Febre	Eritema fraldas	Maceração pele	Cólica	

DECLARAÇÃO

Eu _____ mãe do(a) _____

_____ nascido(a) em ___/___/___

declaro que me responsabilizo em entregar na UCSP , o documento de identificação oficial do meu/minha filho(a) no prazo de 30 dias.

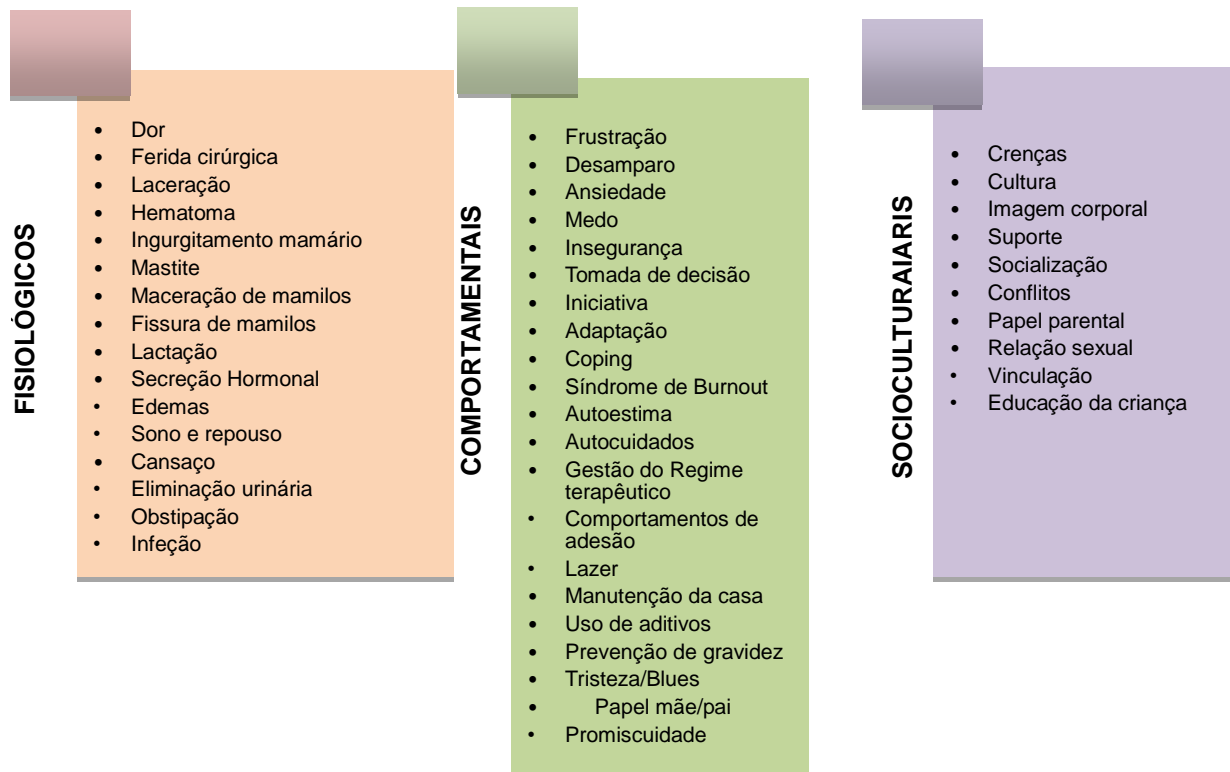
Caso a entrega não seja efetuada no prazo indicado, a criança não poderá continuar a ser seguida nesta unidade.

Data, ___/___/_____

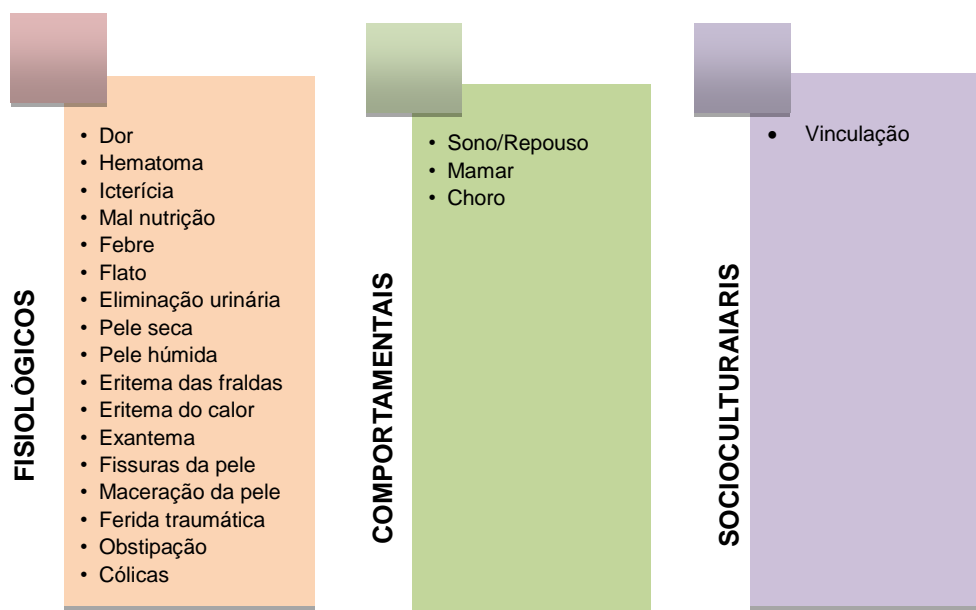
Assinatura da Mãe

APENDICE IX – Esquema dos focos de atenção (CIPE) à puérpera e recém-nascido

Lista dos focos de atenção (CIPE) relativamente à puérpera e recém-nascido

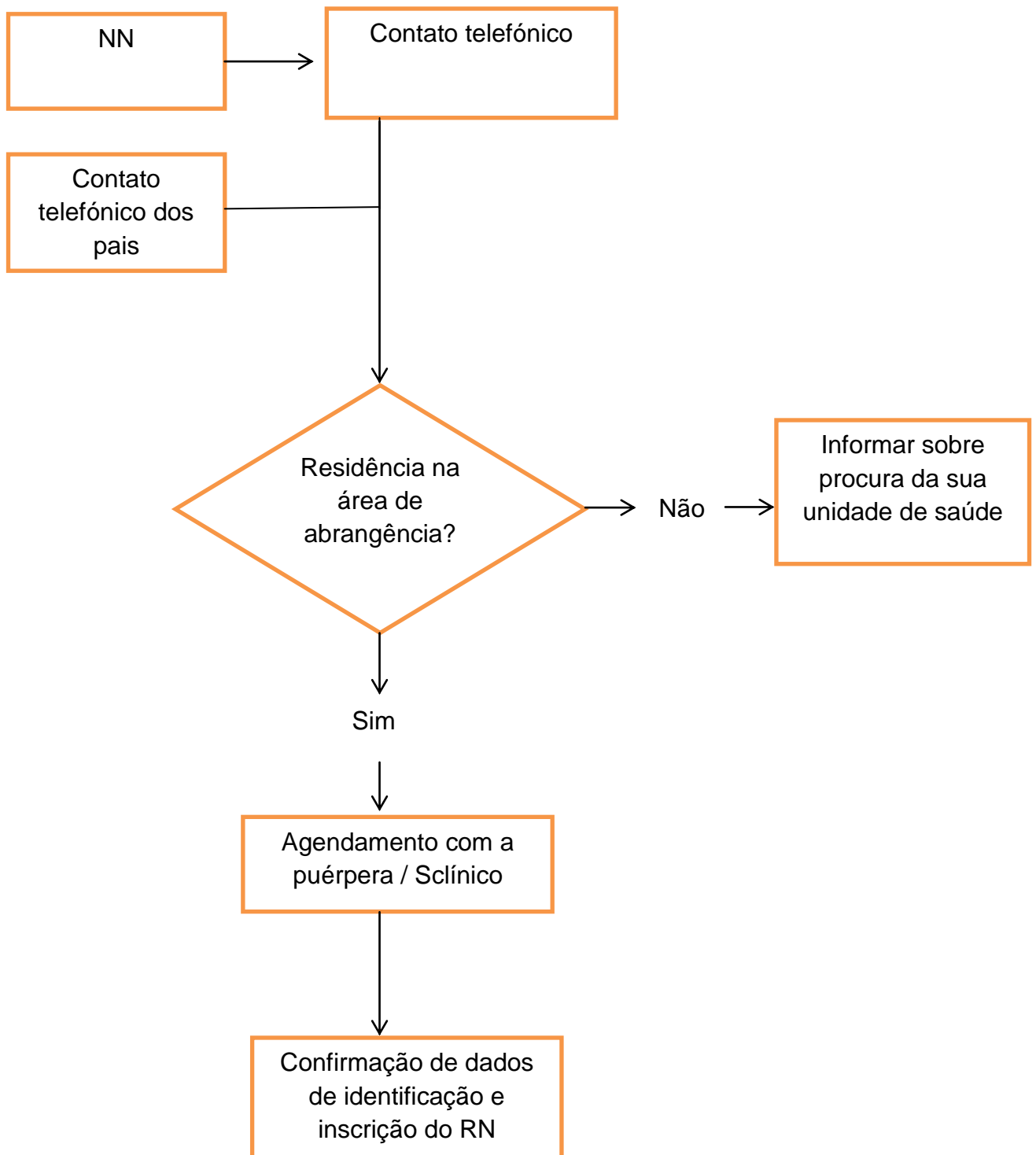


1. Quadro de focos de atenção para a enfermagem, na puérpera (CIPE, 2006)

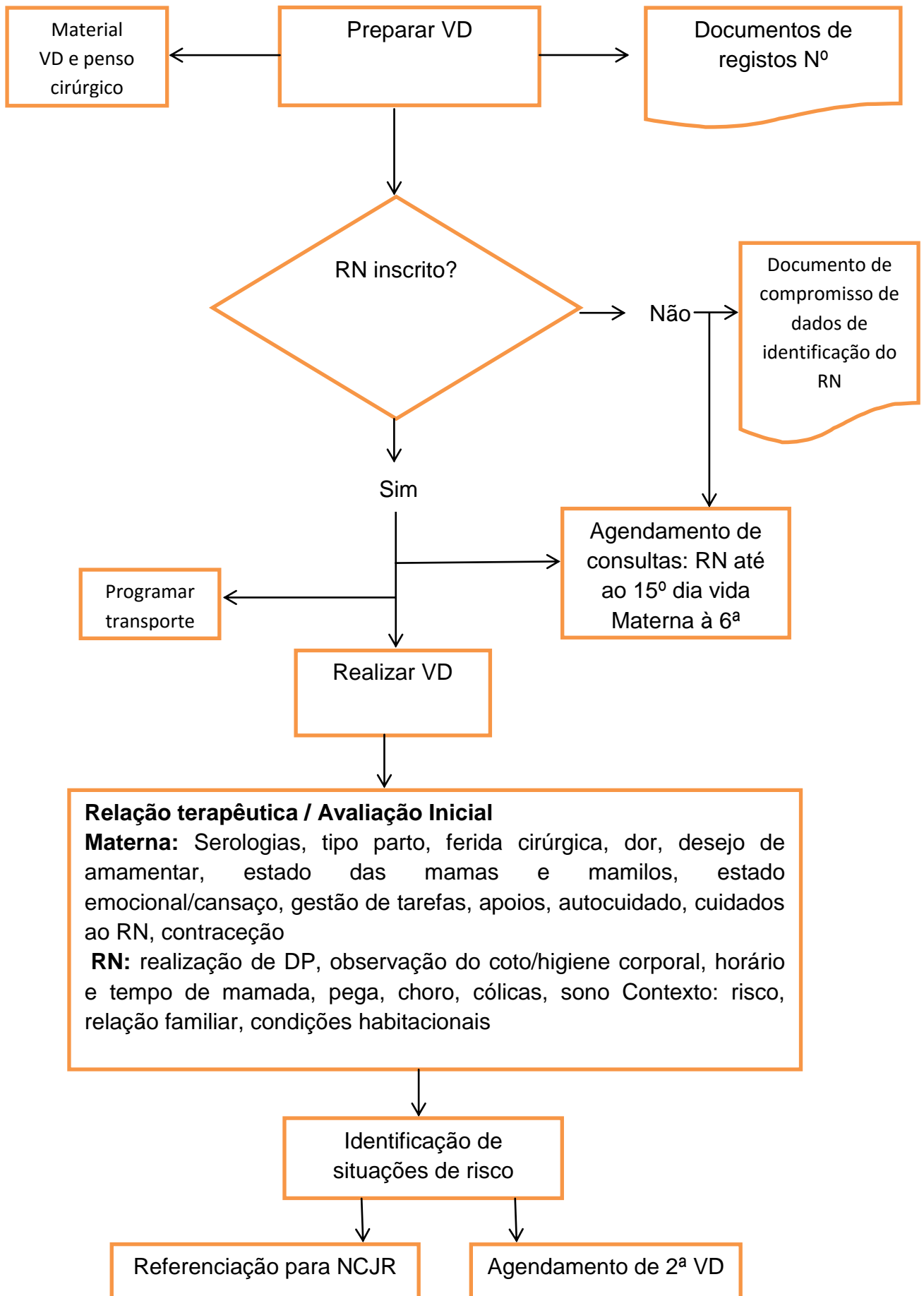


APENDICE X - Fluxograma de agendamento e realização de Visita domiciliária

Agendamento de VD




Realização de VD



APENDICE XI - Projeto de candidatura à “Missão Sorriso”

PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Título do Projeto: Criar Crescer e Cuidar	Imagem do Projeto: 
Unidade Funcional de Saúde: UCC ...	Instituição: ACES ...
Responsável pelo Projeto: M ^a João Monteiro Pascoal, (Enf ^a ESMO)	
Competências associadas: O ESMO, “Cuida a Mulher inserida na Família e na Comunidade durante o período pós-natal....Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal” até aos 28 dias após o parto (OE, 2010). O EESIP, “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade...”. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem”. O Enfermeiro, “... no domínio da prestação e gestão de cuidados ... Actua de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados; Contribui para a promoção da saúde; Estabelece comunicação e relações interpessoais eficazes; e) Promove um ambiente seguro...”	
Objectivo Geral: Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem Objectivos Específicos: Garantir a continuidade de cuidados de saúde à puérpera/RN/família; Formar uma equipa queza e motivada para esta problemática e tipo de intervenção comunitária – visitação domiciliária; Promover articulação entre unidades de cuidados de saúde e outras instituições ou projetos (Missão Sorriso, HFF, HPP Cascais, MAC, HSFX, HSM ... Uniformizar procedimentos de intervenção (ações e registos); Implementar a VD à puérpera/RN/família; Desenvolver indicadores; Contribuir para a motivação da equipa relativamente à construção e implementação de projetos.	

Enquadramento: Objetivamente pretende-se neste projeto planear a implementação sistematizada da intervenção de enfermagem, que consiste na visitação domiciliária, à puérpera/RN/família, garantindo a continuidade de cuidados após a alta hospitalar, assegurando a acessibilidade e equidade dos cuidados, de modo a promover a saúde e fazer despiste precoce de situações de risco.

Neste caso para que se consiga a implementação deste tipo de intervenção da inteira responsabilidade dos enfermeiros, intervenção autónoma (REPE, 1998; OE, 2012) facilitadora de processos de adaptação nesta fase de transição, é fundamental envolver a equipa de enfermagem incluindo a Enfermeira Coordenadora da UCC, Assistentes Operacionais, outros técnicos superiores de saúde, a direção do ACES representada pela vogal de enfermagem no CC.

A prática clínica dos enfermeiros, fundamenta-se na teoria cujo conhecimento provem da evidência científica, a sua intervenção deve ter por base uma estrutura de projecto por problema ou problemas identificados em determinada população, assim pode ser possível a visibilidade e quantificação do trabalho dos enfermeiros.

A privação de atenção e cuidado a que está frequentemente sujeita a mulher puérpera, com base na justificação (Modelo Biomédico/Cuidados de Enfermagem) de que o puerpério não se trata de uma situação patológica (regularmente não existe doença associada), mas sim de uma fase de transição, quebra o direito à continuidade de cuidados explícito na alínea d) do Artigo 83º do Código Deontológico do Enfermeiro.

A mulher/RN/família pode não necessitar de cuidados médicos (por não existir uma patologia associada à situação), mas necessita certamente de cuidados de enfermagem, no âmbito do processo de adaptação a uma nova fase de vida, em que ocorrem alterações na dinâmica familiar, no estado físico e emocional da puérpera que podem interferir com a gestão do regime terapêutico (alimentação e exercício), o auto cuidado e cuidados ao RN (alimentação, higiene, sono, cólicas, segurança), por inadequação ou conhecimento ausente e conseqüentemente colocar em risco a saúde e bem-estar individual e familiar, assim como a assunção de comportamentos/papeis.

A questão do aleitamento materno, preconizado pela OMS/UNICEF (2012) como alimentação exclusiva para a criança até aos 6 meses de idade pelos seus benefícios para a saúde dos indivíduos. Apesar de ser um processo natural, é muitas vezes solicitado o apoio/acompanhamento, no sentido da resolução de problemas relacionados com a mulher e/ou RN, as mulheres necessitam de ajuda para a sua implementação e manutenção.

O estado da arte (Miguel, 2010) revela que, a reestruturação dos CSP em curso desde 2007, implementou mudanças

cujos resultados melhoraram a acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde, e a satisfação quer de profissionais, quer de utentes, embora o caminho ainda se esteja a realizar e no início, Por esse facto constatam-se evidentes discrepâncias, no que se refere à acessibilidade, equidade e qualidade de cuidados.

Mais concretamente, pessoas de nacionalidade portuguesa, utentes do SNS português, inscritos em diferentes unidades funcionais de saúde, no mesmo ACES e numa mesma área geográfica, têm critérios de ACESsibilidade cuidados de saúde, nomeadamente de enfermagem, completamente diferentes, porque as regras definidas são diferente, nas diferentes unidades funcionais, assim como os recursos, nomeadamente humanos.

Revela também que, quando realizada por enfermeiros competentes na área, a VD pode influenciar positivamente na resolução de problemas/necessidades da puérpera/RN/família. Refere a OE (2011) que a VD facilita o ACESo e a proximidade, garante os cuidados permite implementar o processo de enfermagem prestando os cuidados mais adequados a cada puérpera/RN/família. Pela proximidade e a contextualização, facilita a colheita de dados reais assim como observação das condições habitacionais e familiares. Segundo a mesma entidade (OE, 2013), este tipo de ação/intervenção exige um planeamento, ao qual se segue a intervenção, avaliação e registos facilitadores da continuidade de cuidados.

Assim e segundo uma prática baseada em evidências, surgem as seguintes questões relativas ao período pós-parto: Quem garante acessibilidade e equidade nos cuidados após a alta hospitalar? Quem apoia, acompanha, ajuda, vigia, a mulher/mãe atendendo às suas necessidades neste período da sua vida? Que contributo é proporcionado pelos enfermeiros neste processo de adaptação/ transição? Quem intervém na gestão do regime terapêutico? Quem ajuda a desenvolver habilidades no âmbito do autocuidado e cuidados ao RN? Quem esclarece as dúvidas que surgem no que se refere ao Aleitamento materno? Quem apoia a mulher puérpera nos momentos de ansiedade e gestão das atividades do quotidiano? Quem deteta situações de risco no que se refere ao estado físico e emocional/psicológico da puérpera? Quem identifica riscos na relação familiar e desempenho do papel parental? Resumidamente, que continuidade de cuidados existe após a alta hospitalar? Parece evidente, existirem neste contexto diversos focos de atenção para os enfermeiros.

Os enfermeiros pela sua formação e proximidade com os utentes, são profissionais de saúde aptos a prestar cuidados holísticos, identificando problemas, avaliando as necessidades da utente/família, e intervindo de forma a capacitar a mulher, proporcionando conhecimentos e capacidades, para a tomada de decisão e a construção do seu projecto de saúde.

Neste sentido e na procura da excelência de cuidados de enfermagem, como preconizado no 88º artigo do Código Deontológico do Enfermeiro, parece pertinente a implementação de um programa de VD à mulher puérpera/família, na Unidade Cuidados na Comunidade onde desempenha funções, visando a segurança da puérpera/RN/família no período pós-parto.

Por outro lado, a Missão das UCC também é, contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua responsabilidade, garantindo a continuidade de cuidados, e cuidar no domicílio indivíduos/famílias, promover a educação para a saúde. Nesta área específica do âmbito da Saúde Materna, interessa garantir a continuidade de cuidados de enfermagem perinatais no sentido de resolver problemas de adaptação, promovendo transições saudáveis contribuir para o diagnóstico precoce de situações de risco, garantir a segurança da puérpera/RN/família.

No sentido de realizar uma revisão integrativa da literatura, utilizaram-se as seguintes palavras-chave: Puérpera, visita domiciliária, recém-nascido, promoção da saúde, Enfermeira especialista de Saúde Materna e Obstétrica, Continuidade de Cuidados. Os achados foram os seguintes, segundo os autores referidos.

Rodrigues, et al., (2006), realizou um estudo cujo objetivo foi analisar as representações das puérperas sobre o cuidado de enfermagem e o resultado encontrado foi a consideração do aconselhamento recebido na VD como um suporte importante. Segundo Wilson (2014), a visita domiciliária efetuada por enfermeiros competentes par tal, pode aumentar a satisfação dos utentes e diminuir os tempos de internamento hospitalar.

Olds et al. (2004) realizou um estudo comparativo, no sentido de analisar os efeitos da visita domiciliária realizada no período pré-natal e infância, os resultados revelam que as VD realizadas por enfermeiros, promovem comportamentos mais positivos nas mães, benefícios na alteração dos comportamentos parentais, desenvolvimento de competências pessoais e sociais, mostra a importância do contexto domiciliário na proximidade estabelecida e uma maior compreensão das dinâmicas familiares e das vivências e ainda que as VD devem ser realizadas por enfermeiros porque as mães confiam nos mesmos, sobretudo nos conhecimentos que têm sobre a gravidez e os cuidados aos bebés.

Mendes (2011) Descreve e compara estudos empíricos sobre a eficácia da intervenção do enfermeiro no domicílio, no decorrer do 1º mês pós parto e o seu efeito na prevenção das perturbações emocionais, e percebe que o apoio domiciliário, frequente, no 1º mês pós parto tem efeito significativo na prevenção da depressão

Atividades/estratégias a desenvolver:

Identificar grávidas inscritas na área de abrangência da UCC, Unidades do ACES onde estão inscritas e respetiva IG;
Identificar franja da população não abrangida pela intervenção de enfermagem VD;
Identificar quais as mulheres que cumprem critérios de inclusão no programa de VD (inscritas em USF sem programa de VD, inscritas em UCSP, vigiadas ou não nas respetivas Unidades);
Identificar puérperas e RN até ao 6º dia de vida até ao 6º dia pós-parto;
Identificar notícias de nascimento recebidas;
Melhorar o acesso a notícias de nascimento (eletrónica/fax);
Identificar meios disponíveis (viaturas) dificuldades ou e barreiras existentes;
Planear formação sobre VD à puérpera/família, segundo necessidades identificadas;
Realizar ações de formação em contexto de trabalho, sempre que necessário;
Promover a tomada de decisão e o pensamento critico;
Elaborar documentos com fundamentação científica sobre como proceder, segundo os resultados pretendidos;
Partilhar a informação dos procedimentos, no decorrer da sua elaboração e quando concluídos (envolvendo a equipa);
Uniformização de procedimentos no ACES Sintra;
Identificar todas as Unidades de cuidados de saúde da área de abrangência da UCC Cacém Care;
Apresentar o projeto nas diferentes unidades de saúde;
Melhorar a comunicação e a partilha de informação sobre as puérperas/RN/família;
Definir meios de articulação, entre UCC e hospital de referência (mail, números e nomes de contato diretos);
Divulgar o projeto à população a que se destina;
Agendar telefonicamente a VD;
Programar transporte se necessário;
Acondicionar material necessário assim como documentos de registo;
Realizar a VD;
Identificar necessidades mantidas após VD;
Referenciar para outros TSS, sempre a situação o justifique;
Assegurar inscrição dos RN na respetiva unidade de saúde e processo clínico da família;
Registar na plataforma Sclinico/SAPE.

Indicadores de Avaliação do Projeto:

Identificar nº mulheres grávidas inscritas na área de abrangência da UCC, Unidades do ACES onde estão inscritas e respetiva IG;

Identificar puérperas até ao 6º dia pós-parto;

Identificar nº de notícias de nascimento recebidas em tempo útil;

Nº de Enfermeiros entrevistados/Nº total de Enfermeiros

Número de Enfermeiros que aderiram ao projeto/Nº de Enfermeiros Entrevistados

Taxa de adesão à formação: Nº de Enfermeiros por formação/Nº total de Enfermeiros*100

Nº de documentos implementados/Nº de documentos elaborados

Taxa de adesão à discussão: nº de enfermeiros que participaram na discussão/nº total de enfermeiros presentes na formação

Nº de reuniões realizadas;

Número de normas aprovadas pela Direção do ACES Sintra.

Número de VD realizadas/Número de agendamentos;

Nº de RN em processo de amamentação exclusiva ao 15º dia após o parto/Nº total de RN em programa de VD*100

Nº de RN em processo de amamentação exclusiva ao 90º dia após o parto/Nº total de RN em programa de VD*100

Nº de RN em processo de amamentação exclusiva ao 180º dia após o parto/Nº total de RN em programa de VD*100

Número de problemas resolvidos sem necessidade de recurso aos cuidados hospitalares/Número de situações de risco identificadas;

Proposta de Indicadores da UCC:

Nº de RN com DP realizado até ao 6º dia em VD no ano/Nº de RN inscritos nas UCSP da área de abrangência da UCC nesse ano*100

Nº de consultas de enfermagem em VD realizadas ao RN até ao 15º dia de vida inscritos nas UCSP da área de abrangência da UCC nesse ano no ano/Nº de RN inscritos nas UCSP da área de abrangência da UCC nesse ano*100

Nº de puérperas inscritas nas UCSP da área de abrangência da UCC nesse ano com VD realizada até aos 15 dias após o parto no ano/Nº de grávidas com compromisso de vigilância de SM que completaram puerpério no período em análise*100

Nº de crianças inscritas nas UCSP da área de abrangência da UCC que completam 6 meses com aleitamento materno exclusivo até aos 3 meses no ano/Nº total de crianças inscritas nas UCSP da área de abrangência da UCC que completam 6 meses no ano*100

Nº de 1ª VD realizadas ao grupo alvo (puérperas) no ano/Nº total de utentes pertencentes ao grupo alvo (puérperas) inscritos nas UCSP da área de abrangência da UCC*100

Nº de 1ª VD realizadas ao grupo alvo (RN) no ano/Nº total de utentes pertencentes ao grupo alvo (RN) inscritos nas UCSP da área de abrangência da UCC*100

APENDICE XII – Proposta de normas de procedimientos

Norma de Procedimentos Aleitamento Materno

1. ÂMBITO: ALEITAMENTO MATERNO.

**2. OBJECTIVOS: EXPOR PROCEDIMENTO
UNIFORMIZAR CUIDADOS/ENSINOS À PUERPERA**

3. PESSOAL ABRANGIDO: ENFERMEIROS DA UCC CACÉM CARE

**4. DEFINIÇÃO: ALEITAMENTO MATERNO
ALIMENTAÇÃO ATRAVÉS DE FORNECIMENTO DE LEITE MATERNO.**

5. SUPORTE TEÓRICO:

O leite materno é o melhor alimento para o RN e crianças até aos 2 anos de idade, salvo raras exceções como mães com doenças graves, infetadas pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH), que estejam a ser submetidas a tratamentos cujo medicamento seja nocivo para os bebés e/ou bebés com doenças metabólicas raras (fenilcetonúria e a galactosemia). Em, <http://www.e-lactancia.org/>, encontra-se informação sobre fármacos nocivos.

Recomenda-se que o leite materno deve ser fornecido em exclusividade (não oferecer qualquer outro líquido) até aos 6 meses de vida da criança, quando se verifique um aumento de peso entre 70 a 100 grs por semana e bom desenvolvimento psicomotor. O leite materno é um alimento completo e natural, de fácil utilização, económico, evita a poluição do ambiente, protege a criança de alergias nomeadamente as específicas para as proteínas do leite de vaca, melhora a adaptação a novos alimentos, previne infeções respiratórias, gastrintestinais e urinárias; na idade adulta parece influenciar a incidência de diabetes e de linfomas. Relativamente à mãe, facilita a involução uterina, e parece estar relacionado com a diminuição da probabilidade de cancro da mama. Facilita uma boa interação mãe/bebé, "como se de uma "valsa" se tratasse, na qual cada um dos interlocutores, mãe e bebé, emite sinais ao outro, sinais esses que são

Versão nº	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
001	Mª João Monteiro Pascoal, Enfª ESMO Data: 26/10/2015	Data: __/__/__	Data: __/__/__

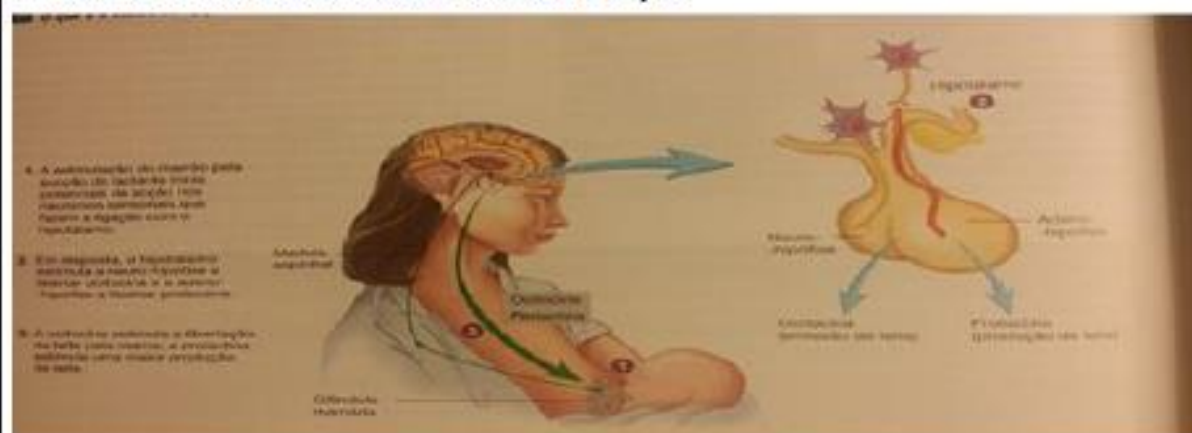
Norma de Procedimentos Aleitamento Materno

descodificados, dando origem a comportamentos de resposta contingentes e adequados, conduzindo a uma adaptação mútua de mãe e bebé, cada vez mais rica e complexa" (Levy e Bértolo, 2012, p:9)

O sucesso da amamentação parece estar dependente de 3 fatores essenciais, a decisão da mulher de amamentar, o estabelecimento da lactação e o suporte que lhe é oferecido no decorrer da amamentação.

O papel do enfermeiro é importante na informação fornecida para a decisão informada, na avaliação e estimulação do processo de lactação, mas também no suporte ao longo dos 6 meses e das várias fases, neste percurso. Os primeiros quinze, até que a lactação esteja bem estabelecida, são muito importantes. Durante este período de tempo, a mãe deverá poder dedicar-se plenamente ao seu bebé e "ter o apoio de profissionais de saúde competentes e disponíveis no centro de saúde, através de consulta telefónica ou mesmo visita domiciliária, se necessário" (Levy e Bértolo, 2012, p:13-14). Este apoio deve acentuar-se de novo perto do mês de vida e novamente aos 3 e 6 meses de vida.

O ambiente envolvente deve ser calmo e afetuoso, a alimentação variada e regras simples sobre a prática do aleitamento materno, podem tornar-se numa excelente ajuda para o seu sucesso. A evolução da produção do leite materno tem 3 fases, produção de colostro que pode acontecer antes do parto, é esbranquiçado; Leite de transição, amarelado e mais espesso que o colostro e Leite, branco. Uma vida calma sem stress é importante para manter a produção de leite e o aleitamento materno. Imagem retirada do livro de Anatomia de Seeley 6ª edição.



Versão nº	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
001	M ^o João Monteiro Pascoal, Enf ^o ESMO Data: 26/10/2015	Data: __/__/__	Data: __/__/__

Norma de Procedimentos Aleitamento Materno

6. SEQUÊNCIA DOS PROCEDIMENTOS:

A proximidade mãe-filho e a interação estabelecida, são importantes para o processo de amamentação. A adoção de um posicionamento correto, a boa pega, a produção adequada de leite e os cuidados às mamas, são temas que as mulheres que amamentam, devem dominar.

O enfermeiro no sentido de promover o AM, informa, esclarece e treina com as mulheres/família os seguintes procedimentos:

6.1. Posição adequada para amamentar:

Deitada ou sentada confortavelmente, a mulher coloca o bebé junto a si, encostando o abdomen do bebé ao seu;

Se sentada, os pés devem ficar sobre uma base e pode colocar uma almofada no colo, onde apoia o bebé, que fica perpendicular relativamente à mãe;

O nariz do bebé deve tocar o mamilo; A mulher faz uma prega entre o polegar e o indicador aproximando da boca do bebé, de modo a que o bebé possa abocanhar bem a aureola mamária, de maneira que o mamilo toque o palato do bebé e estimule o reflexo de sucção;

Quando necessitar de interromper a sucção introduz o quinto dedo no centro da boca do bebé, para que ele abra a boca antes de o afastar da mama;

No final da mamada deve extrair um pouco de leite e aplicar nos mamilos, ou aplicar lanolina.

6.2. Boa pega:

Lábio superior virado para cima, lábio inferior virado para baixo, ambos em redor da aureola mamária. Nariz e queixo encostados à mama materna. O bebé mama lentamente e deglute.

6.3. Registos no Sclinico/SAPE

Seleccionar o foco de atenção amamentar, juízo comprometido. Intervenções: Avaliar mamada

Versão nº	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
001	M ^º João Monteiro Pascoal, En ^º ESMO Data: 26/10/2015	Data: __/__/__	Data: __/__/__

Norma de Procedimentos Aleitamento Materno

7. SIGLAS:

AM – Aleitamento Materno

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

WHO e UNICEF (2007). Aconselhamento em Amaentação: um curso de treino - Manual do participante. São Paulo: OMS e UNICEF;

WHO e UNICEF (2011). Breastfeeding Promotion and Support in a Baby-Friendly Hospital . Genebra: OMS [on-line]. Disponível: www.who.int/nutrition.

UNICEF (2012). Manual de Aleitamento Materno. Disponível em: http://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento_2012.pdf

Versão nº	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
001	M ^o João Monteiro Pascoal, Enf ^o ESMO Data: 26/10/2015	Data: __/__/__	Data: __/__/__

Norma de Procedimentos Cuidados às mamas (AM)

1. ÂMBITO: CUIDADOS ÀS MAMAS PARA SUA MANUTENÇÃO ENQUANTO A MULHER AMAMENTA.

2. OBJECTIVOS: EXPOR PROCEDIMENTO

UNIFORMIZAR CUIDADOS/ENSINOS À PUERPERA

UNIFORMIZAR REGISTOS

3. PESSOAL ABRANGIDO: ENFERMEIROS DA UCC CACÉM CARE; OUTROS ENFERMEIROS DO ACES SINTRA

4. DEFINIÇÃO: MAMA

ORGÃO SEXUAL FEMININO, ONDE RESIDE UMA GLÂNDULA SECRETORA, QUE QUANDO ESTIMULADA PRODUZ COLOSTRO, LEITE DE TRANSIÇÃO OU LEITE.

5. SUPORTE TEÓRICO:

ANATOMIA DA MAMA

Mamilo, zona muito enervada e erétil quando estimulado; aréola mamária pele mais escurecida que rodeia o mamilo. Na aréola as glândulas de Montgomery segregam um fluido oleoso para manter a pele da auréola e do mamilo integras. Dentro da mama encontra-se a glândula mamária, milhões de alvéolos pequenos sacos de células secretoras de leite, vasos sanguíneos, células musculares Ductos Mamilo Aréola Tubérculos de Montgomery e Tecido de suporte. A prolactina é a hormona responsável pela produção de leite. Em torno dos alvéolos existem células musculares mioepiteliais, que sob o efeito da hormona oxitocina se contraem e expulsam o leite para fora dos alvéolos. Pequenos tubos, ou ductos, levam o leite dos alvéolos para o exterior, em resposta à sucção do bebé. A gordura e o tecido de sustentação dão a forma à mama e fazem a maior parte da diferença entre uma mama grande e uma pequena. Tanto as mamas grandes como as pequenas contêm a mesma quantidade de tecido glandular e podem produzir uma grande quantidade de leite.

Versão nº	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
001	M ^o João Monteiro Pascoal, EnFESMO Data: 14/08/2015	Data: __/__/__	Data: __/__/__

Norma de Procedimentos Cuidados às mamas (AM)

6. SEQUÊNCIA DOS PROCEDIMENTOS:

6.1. Necessidade de cuidados de higiene diários:

Lavar as mamas apenas no banho diário;

Manter os mamilos secos, aplicar leite materno na aréola e no mamilo após as mamadas; Aplicar Lanolina ou discos vedantes (hidrogel) para mamilos frios, caso apresentem pele masserada;

Utilizar conchas, se os mamilos verterem leite, nunca discos de algodão;

6.2. A subida de leite

verifica-se ao 2º/3º dia, pode ocorrer de instalação subita. Caracteriza-se por tensão mamária, sensação de peso nas mamas, calor, dor, desconforto e mau estar geral, havendo nalgumas situações um ligeiro aumento da temperatura corporal;

6.3. Regras:

- Amamentar em horário livre;
- Sempre que possível, na fase inicial, não aplicar bomba para extração de leite, para não aumentar a estimulação da produção de leite pelo organismo;
- Oferecer uma mama alternadamente para cada mamada;
- Proceder ao esvaziamento mamário manual de forma a sentir algum alívio se persistir a tensão mamária após o recém-nascido acabar de mamar;
 - Aplicar rodelas de gel aquecidas, toalhas ou água quente (vasodilatação), sobre a mama massajar em movimentos circulares sobretudo as zonas mais tensas
 - Fazer a expressão no sentido do mamilo
 - Agitar a mama e voltar a fazer expressão
 - Aplicar rodelas de gel, toalhas ou água fria (vasoconstrição), ou uma folha de cove, sobre a mama quando esta se encontrar confortável
 - Caso a saída do leite seja difícil, promover o reflexo da Oxitocina, estimulando o mamilo (pentear a mama), fazer uma ligeira massagem cervical para relaxamento, colocar o RN junto da mãe, ou alicar folha de cove portuguesa sobre a mama.

Versão nº	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
001	Mª João Monteiro Pascoal, EnFESMO Data: 14/08/2015	Data: __/__/__	Data: __/__/__

Norma de Procedimentos Cuidados às mamas (AM)

Caso seja necessário administrar LA , sempre por copo ou seringa, não utilizar tetinas ou chuchas até aos 15 dias de vida do RN - confunde os movimentos da pega.

6.4. Registos no Sclinico/SAPE

- Seleccionar o foco ingurgitamento mamário, juízo presente e bilateral. Intervenções: registar intervenções associadas

7. SIGLAS:

AM – Aleitamento Materno

LA – Leite adaptado

LM – Leite Materno

RN – Recém-nascido

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

WHO e UNICEF (2007). Aconselhamento em Amaentação: um curso de treino - Manual do participante. São Paulo: OMS e UNICEF;

WHO e UNICEF (2011). Breastfeeding Promotion and Support in a Baby-Friendly Hospital . Genebra: OMS [on-line]. Disponível: www.who.int/nutrition,

UNICEF (2012). Manual de Aleitamento Materno. Disponível em: http://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento_2012.pdf

Versão nº	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
001	M ^o João Monteiro Pascoal, EnFESMO Data: 14/08/2015	Data: __/__/__	Data: __/__/__

Norma de Procedimentos para Diagnóstico Precoce (DP) e Vigilância do RN

1. ÂMBITO: REALIZAÇÃO DE DIAGNÓSTICO PRECOCE A RN

2. OBJECTIVOS: UNIFORMIZAR PROCEDIMENTO E REGISTOS.

3. PESSOAL ABRANGIDO: ENFERMEIROS DA UCC CACÉM CARE; OUTROS ENFERMEIROS DO ACES

4. DEFINIÇÃO: Diagnóstico Precoce, programa nacional de prevenção secundária, que tem por objetivo diagnosticar, nos primeiros dias de vida, doenças metabólicas, de modo a que a implementação do tratamento precocemente evite a ocorrência de atraso mental, doença grave irreversível ou a morte da criança.

5. SUPORTE TEÓRICO:

O Programa Nacional de Diagnóstico Precoce (PNDP) é um Programa Nacional de Saúde Pública, gratuito, recomendado no PNS, mas que depende sempre da vontade dos pais. É composto por componente clínica e laboratorial, cuja componente laboratorial está centralizada num único laboratório nacional: a Unidade de Rastreio Neonatal. Está sediado no Centro de Genética Médica Jacinto de Magalhães (CGMJM) no Porto e depende hierarquicamente do presidente do Conselho Diretivo do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, I. P. (INSA). Aplica-se a todas as crianças nascidas em Portugal, sejam ou não de nacionalidade portuguesa (Despacho N°752 de 12 de Janeiro).

O programa pretende rastrear e diagnosticar precocemente, na criança, doenças hereditárias ou não, cujo tratamento evite atraso mental, doença física irreversível ou a morte. O Diagnóstico Precoce, vulgarmente conhecido por "Teste do Pezinho", é uma análise que obriga a uma colheita de sangue efetuada entre o 3º e o 6º dia de vida do Recém-Nascido, através de uma picada no seu calcanhar.

Quando se pede que a colheita de sangue seja feita de preferência ao 3º dia e se possível até ao 6º dia, os motivos são os seguintes:

Versão n°	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
001	Mª João Monteiro Pascoal, EnPESMO Data: 30/01/2016	Data: __/__/__	Data: __/__/__

Norma de Procedimentos para Diagnóstico Precoce (DP) e Vigilância do RN

- Antes do 3º dia os valores de Fenilalanina e de TSH do sangue do bebé podem não ter valor diagnóstico.
- Após o 6º dia vai atrasar o início de um eventual tratamento. No entanto deverá sempre ser executada, mesmo que tardiamente.

É efetuado em ficha própria, com tira de papel de filtro, enviada pelo Instituto de Genética Médica Jacinto de Magalhães. Os dados da ficha devem ser corretamente preenchidos e os contactos actualizados. Colhida amostra de sangue, depois de seco é enviado para o laboratório de rastreio, devendo chegar num prazo de 48 horas após colheita. Caso a colheita se realize à 6ª feira, pode guardar-se na porta de um frigorífico até 2ª feira e enviar. Após a colheita para o papel de filtro, deve-se deixar secar o sangue naturalmente, 3 a 4 horas, sem exposição solar ou a um aquecedor, devendo a ficha ser enviada só depois de bem seca. **Para a colheita não usar pomadas analgésicas ou anticoagulantes**

Os pais só serão contactados se o resultado analítico for positivo ou se houver necessidade de qualquer confirmação laboratorial. O contacto ocorrerá 10 a 15 dias após o nascimento do bebé via telefone ou através da Unidade de Saúde mais próxima. Os resultados negativos são publicados no site www.diagnosticoprecoce.org, normalmente a partir da 4ª semana a seguir à colheita (sendo necessário a inserção do nº do código de barras correspondente à ficha de colheita).

A amamentação poderá diminuir a dor devido ao contacto e conforto que pode proporcionar, bem como as propriedades do leite materno para aumentar a concentração de endorfina beta, que pode ter um efeito analgésico. Assim recomenda-se, o aleitamento materno para aliviar a dor provocada num procedimento. Caso não seja possível a amamentação pode utilizar-se sacarose / glucose pois parece ter eficácia semelhante na redução da dor processual em recém-nascidos (Jayasekara, 2014).

A administração de sacarose oral funciona como calmante e alivia a dor provocada por procedimentos invasivos em recém-nascidos. A administração de sacarose com e sem sucção não nutritiva (Xuxa), tem sido uma intervenção não farmacológica, utilizada no alívio da dor em recém-nascidos. Assim recomenda-se a administração de sacarose a latentes no decorrer de procedimentos curtos e dolorosos (punção do calcanhar, punção venosa). Não existem estudos que revelem a dose a administrar, sabe-se que administração de sacarose por via oral, e EMLA creme pode ser benéfico no controle da dor durante a punção venosa

Versão nº	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
001	Mª João Monteiro Pascoal, EnfªESMO Data: 30/01/2016	Data: __/__/__	Data: __/__/__

Norma de Procedimentos para Diagnóstico Precoce (DP) e Vigilância do RN

(Sayakkara, 2014).

6. SEQUÊNCIA DOS PROCEDIMENTOS:

Atendendo à Notícia de Nascimento (NN), ou contato dos pais, estabelece contato telefónico, confirma-se a morada (área de abrangência da UCC), solicita-se a inscrição do RN na unidade de saúde, agenda-se a VD com a puérpera e no Sclínico e posteriormente solicita-se à enfermeira da respectiva UCSP o agendamento das consultas para o RN e puérpera.

6.1. A Enfermeira identifica-se quando se encontra com a família:

6.2. Estabelece relação terapêutica;

6.3. Observa a relação da díade/tríade;

6.4. Valida e reforça conhecimentos dos pais sobre direitos / legislação;

6.5. Informa sobre os benefícios do teste a realizar;

6.6. Estimula o AM antes da realização da colheita de sangue (diminuição da dor);

6.7. Efetua procedimento de colheita de sangue para DP:

6.7.1. Colhe dados para o preenchimento de registos (cartão de recolha de sangue e folha de DP),

6.7.2. Desinfeta com álcool e deixa secar antes de picar,

6.7.3. Pica com uma lanceta descartável o calcanhar. Se necessário aquecer o pé levemente, antes da picada para facilitar a saída de sangue,

6.7.4. Deixa formar uma gota de sangue e se possível preencher cada círculo de uma só vez,

6.7.5. Preenche completamente pelo menos 3 das 4 marcas existentes no cartão para absorver amostra de sangue do RN,

6.7.6. Deixa secar à temperatura ambiente e evitar exposição direta dos raios solares ou de aquecedores, durante 4 horas

6.8. Efetua o registo do dia da colheita e assina no Boletim Individual de Saúde do Recém-Nascido;

Na UCC

6.9. Providência acondicionamento em envelope após secagem do produto (3/4horas),

6.10. Assegura transporte para o Instituto Genética Médica Jacinto de Magalhães (folha de protocolo),

Versão nº	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
001	M ^o João Monteiro Pascoal, EnfESMO Data: 30/01/2016	Data: __/__/__	Data: __/__/__

Norma de Procedimentos para Diagnóstico Precoce (DP) e Vigilância do RN

Efetua registos:

6.10.1. No SINUS as vacinas administradas na maternidade;

6.10.2. No Sclínico, PNSI e avaliação inicial (desenvolvimento infantil);

7. SIGLAS:

DP – Diagnóstico Precoce

PNDP – Plano Nacional de Diagnóstico Precoce

PNSI – Plano Nacional de Saúde Infantil

SINUS - Sistema de Informação de Unidade de Saúde

RN – Recém-nascido

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Despacho n.º 752 de 12 de Janeiro (2010). Diário da Republica 2ª Serie. p.1434-1437.

Jayasekara, R. (2014). Neonate: Pain Management and Breastfeeding. The Joanna Briggs Institute

Sayakkara, S.M.L. (2014) Neonate: Pain Management: Sucrose. The Joanna Briggs Institute.

Vilarinho, L.; Pinho e Costa, P.; Diogo, L. (2013). Relatório do Plano Nacional de Diagnóstico Precoce.

Consultado em 24 de Agosto 2015. <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/2450>.

www.diagnosticoprecoce.org

Versão n°	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
001	Mª João Monteiro Pascoal, Enf ^{ESMO} Data: 30/01/2016	Data: __/__/__	Data: __/__/__

Norma de Procedimentos para Visitação Domiciliária (VD) Período de Puerpério

1. ÂMBITO: VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA À PUERPERA/RN/FAMÍLIA.

2. OBJECTIVOS: EXPOR PROCEDIMENTO
UNIFORMIZAR PROCEDIMENTOS E REGISTOS.

3. PESSOAL ABRANGIDO: ENFERMEIROS DA UCC CACÉM CARE, UCSP OLIVAL, UCSP AGUALVA, OUTROS DO ACES SINTRA

4. DEFINIÇÃO: Visita Domiciliária, intervenção autónoma de enfermagem que segundo a Classificação para a Prática de Enfermagem, refere-se a um recurso de instituições/pessoas peritas em determinada área, capazes de assumir o papel de prevenir e tratar a doença, promover e manter a saúde junto das populações (CIPE 2)
Puerpério, período de tempo que vai do pós-parto imediato até 6 semanas.

5. SUPORTE TEÓRICO:

É consensual que a visitação domiciliária enquanto intervenção autónoma de enfermagem, oferece benefícios pessoais, institucionais e económicos. Pode ser um instrumento facilitador da melhoria dos estilos de vida das pessoas/famílias/comunidades, através da capacitação dos individuo para que possam decidir, planear e programar o seu projeto de saúde, assegurando um cuidar personalizado, em contexto familiar de grupo/comunidade, no domicílio. Reforçando e segundo Rice (2004), no decorrer da VD o enfermeiro consegue conhecer melhor as famílias e captar o ambiente social e familiar, intervindo com a colaboração de todos os seus membros e prestando assim melhores cuidados.

Refere a OE (2011) que a VD facilita o aceso e a proximidade, garante os cuidados permite implementar o processo de enfermagem prestando os cuidados mais adequados a cada puérpera/RN/família. Pela proximidade e contextualização, facilita a colheita de dados reais assim como observação das condições

Versão n°	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
001	M ^o João Monteiro Pascoal, En ^o ESMO Data: 20/01/2016	Data: __/__/__	Data: __/__/__

Norma de Procedimentos para Visitação Domiciliária (VD) Período de Puerpério

habitacionais e familiares. Segundo a mesma entidade (OE, 2013), este tipo de a o/interven o exige um planeamento, ao qual se segue a interven o, avalia o e registos facilitadores da continuidade de cuidados.

6. SEQUÊNCIA DOS PROCEDIMENTOS:

- 6.1. Identificar notícia de nascimento (mail)
- 6.2. Realizar agendamento de VD (com intervalos de 60 minutos), por telefone, no Sclnico (registar contato telefónico)
- 6.3. Agendar transporte se necessário
- 6.4. Planear VD - avalia o inicial ou reavalia o (Anexo)
- 6.5. Preparar material necessário (Anexo)
- 6.6. Realizar VD
 - A oes a desenvolver junto da puérpera/RN/família
 - Apresenta o da/o enfermeira/o
 - Observa o do estado geral da puérpera (ver procedimento)
 - Observa o do RN (ver procedimento)
 - Realiza DP - entre o 3  e o 6  dias após o nascimento (ver procedimento)
 - 6.7. Registos
 - Boletins de saúde
 - Sclnico, SINUS,
 -
 - 6.8. Assegurar marca o de consultas

Ao RN { Médica e enfermagem ao \pm 15  dia

  Puérpera { De Enfermagem, pós parto: entre o 12  e 14  dia

Medica, de revisão pós parto: entre a 6  e a 8  semana pós parto.

Versão n�	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
001	M� João Monteiro Pascoal, Enf�SMO Data: 20/01/2016	Data: __/__/__	Data: __/__/__

Norma de Procedimentos para Visitação Domiciliária (VD) Período de Puerpério

7. SIGLAS:

DP – Diagnóstico Precoce

RN – Recém-nascido

VD – Visita domiciliária

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Filipe, Maia (2011). *Visitação Domiciliária. Contributos da enfermagem na manutenção da amamentação*. Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina. Tese de mestrado. Coimbra.

Graça, Luís (2010). *Contributos da Intervenção de Enfermagem na Promoção da Transição para a Maternidade e do Aleitamento materno*. Universidade de Lisboa. Tese de doutoramento. Lisboa.

Lowdermilk, D., Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. (7nd ed), Lusodidacta. Camarate.

Mandú, E., Gaíva, M. A., Silva, M. A. & Silva, A. M. (2008). *Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa Saúde da família*. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000100015

Versão n°	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
001	M ^o João Monteiro Pascoal, EnFESMO Data: 20/01/2016	Data: __/__/__	Data: __/__/__

Norma de Procedimentos para Visitação Domiciliária (VD) Período de Puerpério

ANEXOS:

Material:

- Aparelho de avalia o de TA,
- Aparelho de medi o de valores de glicémia,
- Term metro,
- Soro fisiológico,
- Betadine,
- Compressas esterilizadas 10*10 e pacote grande de 5*5,
- Luvas,
- Lâmina de bisturi,
- Pensos de sutura operatória,
- Lancetas,
- Tira agrafos,
- Material de penso,
- Cartão de recolha de amostra de sangue para DP,
- Folha de registos,
- Documento de comprometimento materno para inscri o esporádica,
- Cerazette

Versão n�	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
001	M� João Monteiro Pascoal, En�ESMO Data: 20/01/2016	Data: __/__/__	Data: __/__/__

Norma de Procedimentos para Visitação Domiciliária (VD) Período de Puerpério

Documento de comprometimento materno para inscrição esporádica:



UCC Cacém Care

DECLARAÇÃO

Eu _____ mãe do(a) _____

_____ nascido(a) em _____ declaro que me responsabilizo

em entregar na UCSP, o documento de identificação oficial do meu/minha filho(a) no prazo de 30 dias.

Caso a entrega não seja efetuada no prazo indicado, a criança não poderá continuar a ser seguida nesta unidade.

Cacém, _____

Assinatura da Mãe

Versão nº	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
001	M ^o João Monteiro Pascoal, EnFESMO Data: 20/01/2016	Data: __/__/__	Data: __/__/__

Norma de Procedimentos para Visitação Domiciliária (VD) Período de Puerpério



DN: ____/____/____
 D DP: ____/____/____
 NN: ____/____/____
 D VD: ____/____/____

Nome da puérpera _____
 Mail: _____ telef: _____
 Médico de família _____ Nº Utente _____ Nº de Processo _____
 Gravidez vigiada UCSP/USF _____ Hospital Nº Consultas: ____ Risco
 Vigilância de Puerpério em: UCSP/USF: Privada: Nº sem de gestação _____
 IO atualizado: _____ Tipo e parto: _____ Epidural Episiotomia
 Sutura de CST Td _____ Serologias: _____ Estreptococo B: _____
 VD Cezareta Consulta de enfermagem pós parto ____/____/____
 • Nome do RN _____ NOP _____ Nº Utente _____
 Local de Nascimento _____ Hora: _____ Sexo: M F IA: _____ Peso: _____
 PC: _____ cm Comp: _____ cm VHB: _____ Lot: _____ Contato pele a pele
 Adaptado mama 1ª hora LA p/ copo LA p/ teta Restreio auditivo: _____
 Coto umbilical Queda ____/____/____ Aspeto _____
 Consulta até aos 15 dias: _____ DP Realizado por: _____

Focos de atenção - Puérpera

Hipotensão	Injúria mamário	Medo	Autovigilância	Conflito gerações
Hipertensão	Martha	Insegurança	Adeção vacinação	Agressão
Hemorragia (vaginal)	Sono	Tomada dedeão	Fazer compras	Papel de maternal
Hematoma (perineo)	Repouso	Adaptação	Cozinhar	Papel de paternal
Febre	Fadiga	S. Burnout	Limpar	Relação Sexual
Obesidade	Exatidão	Crenças Saúde	Tratar da roupa	Promiscuidade
Mai nutrição	Dor por ferida	Autocritica	Manutenção casa	Chorar
Obstipação	Tontura	Imagem corporal	Uso Tabaco	Satisfação Conjugal
Eliminação Urinária	Prurido	Auto higiene	Uso de Alcool	Prevenção gravidez
fissuras do mamilo	Frustração	Auto verbalizo	Uso de Drogas	Vinculação
Maceração mamilos	Desamparo	Auto lazer	Suporte	Ligação mãe-filho
Ferida Cirúrgica	Aniedade	Auto Ativi Física	Envolvimento	Amamentar
Laociação		AutoAlimentar-se	Socialização	Educação criança

Focos de atenção - RN

Versão nº	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
001	M ^o João Monteiro Pascoal, En ^o ESMO Data: 20/01/2016	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____

Norma de Procedimentos para Visitação Domiciliária (VD) Período de Puerpério

Hematoma	Flato (flatulência)	Eritema do calor	Ferida traumática	Risco infeção
Icterícia	Olmi Urinária	Escarabano	Sono	Mammar
Mai nutrição	Pele Seca	Fissuras da pele	Pé Equino	Ostipação
Febre	Eritema tóxico	Maceração pele	Cólica	

Versão nº	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
001	M ^o João Monteiro Pascoal, En ^o ESMO Data: 20/01/2016	Data: __/__/__	Data: __/__/__

Norma de Procedimentos para Avaliação da Puérpera após a alta (domicílio)

1. ÂMBITO: VIGILÂNCIA DA PUERPERA APÓS A ALTA HOSPITALAR.

2. OBJECTIVOS: EXPOR PROCEDIMENTO
UNIFORMIZAR PROCEDIMENTOS E REGISTOS.

3. PESSOAL ABRANGIDO: ENFERMEIROS DA UCC CACÉM CARE, UCSP OLIVAL, UCSP AGUALVA, OUTROS DO ACES SINTRA

4. DEFINIÇÃO: Puerpério, período de tempo que vai do pós-parto imediato até 6 semanas.

5. SUPORTE TEÓRICO:

No período de puerpério a mulher fica sujeita a inúmeras alterações físicas, emocionais e sociais (Freitas, 2006; Graça, 2010). É uma fase de transição (Meleis, 2010), em que o comprometimento e acompanhamento por enfermeiros competentes, pode fazer a diferença (Andrade, 2015). O nascimento de um filho, no que concerne à prestação de cuidados, e à reorganização pessoal e familiar, fazem com que este acontecimento seja uma fonte de stress, como refere Canavarró & Pedrosa (2005), Alarcão (2006), Filipe (2011). Mandú, Gaíva, Silva e Silva (2008) sublinham que a visita domiciliária, tem a família como centro dos cuidados, respondendo às suas necessidades, tendo em vista a promoção da saúde, a prevenção da doença, assim como, a recuperação e reabilitação.

O sono é uma necessidade básica do ser humano, a sua privação pode provocar alterações da fala, irritabilidade, desorientação, alterações do humor, falta de colaboração, diminuição da concentração, deficiência imunitária, alteração do funcionamento cognitivo, risco de acidentes de viação e de desenvolvimento de distúrbios mentais (Amaral e Pascoal, 2014). As puérperas devem dormir por períodos ao longo do dia, na impossibilidade de um sono contínuo de 8 horas.

A dor perineal de uma laceração ou episiotomia, efetuada durante o parto é comum (65% de todas as

Versão nº	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
001	M ^ª João Monteiro Pascoal, EnF ^{ESMO} Data: 20/01/2016	Data: __/__/__	Data: __/__/__

Norma de Procedimentos para Avaliação da Puérpera após a alta (domicílio)

mulheres). Pode causar mobilidade reduzida, desconforto, e problemas a longo prazo, como a dispareunia, incontinência urinária e fecal. O desconforto perineal pode prolongar-se por duas semanas após o parto, em 20 - 25% das mulheres e por pelo menos 3 meses em 10%. Recomenda-se aplicação de gelo ou gel frio para reduzir a dor perineal após o parto. Analgésicos por via oral e rectal, são eficazes na diminuição da dor perineal. As mulheres devem ser advertidas sobre a importância da higiene perineal, incluindo a mudança frequente de pensos higiénicos, lavando as mãos antes e depois, tomar banho diário e manter o períneo limpo (Gaikwad, 2015).

6. SEQUÊNCIA DOS PROCEDIMENTOS:

6.1. Junto da puérpera:

- Observação do estado geral da puérpera (físico, emocional, social)
- Avaliação de SV (TA, pulso, Temperatura, dor)
- Avaliação do estado físico da puérpera:
 - Em processo de AM ou não, estado das mamas e mamilos (moles, tensas, turgidas, dolorosas, sinais inflamatórios, gretas, presença de colostro/leite); ver procedimento de cuidados às mamas (Ver procedimentos sobre AM e cuidados às mamas)
 - Presença de sutura operatória/episiotomia/sutura de períneo por laceração (verificar presença de penso repassado, sinais inflamatórios, discência de sutura); recomendar troca frequente de pensos higiénicos, lavagem com água corrente após urinar e com água e sabão neutro após evacuar, secar bem;
 - Recomendar aplicação de gelo no períneo e analgésicos, se dor presente;
 - Observar lóquios (cor, odor e quantidade);
 - Presença de edemas, aplicar gelo no períneo;
 - Identificar desconfortos físicos.
- Identificação de alterações emocionais/comportamentais na puérpera:
 - Discurso coerente, orientação espaciotemporal, emotividade, vinculação mãe/RN;
 - Sono e repouso/cansaço
- Observação do ambiente familiar e do espaço físico:
 - Gestão da vida diária, tarefas do quotidiano, saídas, apoio familiar e amigos;
 - Situações de risco físico, quedas ou acidentes domésticos

6.2. Registos: Sclínico

Versão n°	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
001	M ^o João Monteiro Pascoal, En ^o ESMO Data: 20/01/2016	Data: __/__/__	Data: __/__/__

Norma de Procedimentos para Avaliação da Puérpera após a alta (domicílio)

7. SIGLAS:

AM – Aleitamento Materno
SV – Sinais Vitais
TA – Tensão Arterial

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Alarcão, M. (2006). (Des)equilíbrios familiares : uma visão sistémica. 3rd ed. Quarteto Ed. Lisboa.
- Afonso, Esmeralda (1998) – *Dificuldades Da Mulher No Puerpério: Subsídios Para A Enfermagem*. Universidade Católica Portuguesa - Faculdade de Ciências Humanas. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Lisboa.
- Amaral, G; Pascoal, M J (2014) – Factores que Interferem en el soeño del paciente en ambiente hospitalário. *Revista ROL Enferm* 2014; 37 (9); 560-566.
- Andrade, R. D.; Santos, J. S.; Mala, M. A. C.; Mello, D. F. (2015). Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 19(1) Jan-Mar. Brasil.
- Canavaro, M. C., Pedrosa, A. (2005). *Transição para a parentalidade – compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas* Fim de Século. Lisboa.
- Dickason, E.J., BONNIE, L.S. & SCHULT, M. O. (1996) – *Enfermeria Materno-Infantil*. (2nd ed). Mosby-Doyma Libros. Madrid.
- Galkwad, M. (2015). *Perineal Care: Postnatal*. The Joanna Briggs Institute
- Graça, Luis (2010). *Contributos da Intervenção de Enfermagem na Promoção da Transição para a Maternidade e do Aleitamento materno*. Universidade de Lisboa. Tese de doutoramento. Lisboa.
- Filipe, Mala (2011). *Visitação Domiciliária. Contributos da enfermagem na manutenção da amamentação*. Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina. Tese de mestrado. Coimbra.
- Freitas, F.; Martins-Costa, S.; Ramos, J.; Magalhães, J. (2006). *Rotinas em Obstetrícia*. 5^a ed. Artmed. São Paulo.
- Lowdermilk, D., Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. (7th ed), Lusodidacta. Camarate.
- Mandú, E., Galva, M. A., Silva, M. A. & Silva, A. M. (2008). *Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa Saúde da família*. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000100015
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company. NY.

Versão n°	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
001	M ^o João Monteiro Pascoal, EnFESMO Data: 20/01/2016	Data: __/__/__	Data: __/__/__

Norma de Procedimentos para Avaliação da Puérpera após a alta (domicilio)

Versão n°	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
001	M ^o João Monteiro Pascoal, EnFESMO Data: 20/01/2016	Data: __/__/__	Data: __/__/__

Norma de Procedimentos para Vigilância do RN

1. ÂMBITO: OBSERVAR RN
EXPLICAR SOBRE CUIDADOS AO RN
TREINAR CUIDADOS AO RN

2. OBJECTIVOS: UNIFORMIZAR PROCEDIMENTO E REGISTOS.

3. PESSOAL ABRANGIDO: ENFERMEIROS DA UCC CACÉM CARE; OUTROS ENFERMEIROS DO ACES

4. DEFINIÇÃO: RN, criança com idade inferior a 29 dias de vida.

5. SUPORTE TEÓRICO:

A convenção sobre os direitos da criança, no seu artigo 24º, nº 2, alínea b) diz que é dever assegurar os cuidados de saúde necessários a todas as crianças, enfatizando o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários. Assim importa assegurar o acesso aos cuidados de saúde aos pais e RN, observar a criança de forma holística, reforçando a utilidade das consultas de enfermagem/médicas desde este momento até à adolescência, como parte da vigilância da criança.

Encontrando-se os pais em fase de adaptação e desconhecendo por vezes as características e necessidades do RN, é fundamental estar presente e acompanhar educando para a saúde.

A dor é um sinal vital de difícil avaliação em recém-nascidos. As ferramentas que podem utilizar-se para medir a dor, como alterações na frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de oxigénio, pressão arterial, ou ainda o choro, expressões faciais, e respostas motoras, podem ser muito subjetivas. A amamentação poderá diminuir a dor devido ao contacto e conforto que pode proporcionar, bem como as propriedades do leite materno para aumentar a concentração de endorfina beta, que pode ter um efeito analgésico. Assim recomenda-se, o aleitamento materno para aliviar a dor provocada num procedimento. Caso não seja possível a amamentação pode utilizar-se sacarose / glucose pois parece ter eficácia

Versão nº	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
001	M ^o João Monteiro Pascoal, EnFESMO Data: 29/01/2016	Data: __/__/__	Data: __/__/__

Norma de Procedimentos para Vigilância do RN

semelhante na redução da dor processual em recém-nascidos (Jayasekara, 2014).

A administração de sacarose oral funciona como calmante e alivia a dor provocada por procedimentos invasivos em recém-nascidos. A administração de sacarose com e sem sucção não nutritiva (Xuxa), tem sido uma intervenção não farmacológica, utilizada no alívio da dor em recém-nascidos. Assim recomenda-se a administração de sacarose a latentes no decorrer de procedimentos curtos e dolorosos (punção do calcanhar, punção venosa). Não existem estudos que revelem a dose a administrar, sabe-se que administração de sacarose por via oral, e EMLA creme pode ser benéfico no controle da dor durante a punção venosa (Sayakkara, 2014).

Segundo Gaikwad (2015), o coto umbilical é normal azulado no primeiro dia, ao secar/mumificar fica mais escura, habitualmente cai após 7 a 10 dias. A ferida geralmente cicatriza em 15 dias (cicatriz umbilical). Parece existir relação entre a idade gestacional, a idade cronológica, a etnia, a geografia, as práticas de nascimento e cuidados do cordão umbilical e o tempo que o coto leva a soltar-se. Sendo que nos RN prematuros e cujo tipo de parto foi cesariana, a sua queda pode demorar duas semanas. Quando se apresenta com eritema ou exsudado, o processo de queda é mais demorado e pode significar presença de infecção (onfalite, tétano neonatal, fasciite necrosante peri umbilical ou infecção da artéria umbilical). O coto deve observar-se no sentido de perceber se esta a secar normalmente. Aspectos como a cor do coto e cor e temperatura da pele ao seu redor, são relevantes. Caso esteja presente alteração da cor (vermelho), inchaço, exsudado purulento ou mau cheiro, assim como a pele ao redor do umbigo vermelha e endurecida, significa que existe infecção e risco de septicemia. A palpação da área peri umbilical, é importante, no caso de existir massas ou endurecimento, observa-se o tamanho, consistência, localização e sinais de dor, assim como alterações na textura da pele (ondulações ou descoloração da pele), vesículas, bolhas ou erupções cutâneas também podem ser indício de infecção local ou sistêmica.

As famílias devem ser ensinadas a manter o coto umbilical limpo e seco e procurar ajuda médica em caso de eritema ou presença de exsudado suspeito. Devem ser questionadas sobre as práticas de limpeza da área umbilical. Revisões sistemáticas de literatura, revelaram que não existe influência da utilização de antissépticos no aparecimento de infecções, ao invés parece retardar o processo de separação. Parece existir benefícios com a utilização de azeite, embora esteja ainda em estudo e nos países em desenvolvimento a

Versão nº	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
001	M ^o João Monteiro Pascoal, Enf ^{ESMO} Data: 29/01/2016	Data: __/__/__	Data: __/__/__

Norma de Procedimentos para Vigilância do RN

utilização tópica de cloroexidina reduz o risco de onfalites e morte neonatal. Recomenda-se a lavagem das mãos antes e depois de observar um coto; mostrar aos pais, como manter o coto umbilical limpo e seco explicar que o uso de antissépticos não deve ser rotineiro; manter a fralda dobrada abaixo do coto; lavar com água quando sujo de fezes ou urina, deixá-lo exposto ou ligeiramente tapado com roupa limpa. A presença de hérnias não é problemática, pois habitualmente reverte espontaneamente com o fortalecimento dos músculos abdominais. (Gaikwad, 2015).

6. SEQUÊNCIA DOS PROCEDIMENTOS:

6.1. Verifica qual o tipo de alimentação do RN em curso e incentiva ao aleitamento materno em exclusividade (ver procedimento "Aleitamento Materno");

6.2. Explica aos pais a evolução ponderal habitual dos RNs até ao 10º dia de vida, desmistificando a perda de peso habitual (cerca de 10% do peso à nascença);

6.3. Explica cuidados e vigilância ao coto umbilical:

- . Valida e reforça conhecimentos sobre estes cuidados antes e após o seu desprendimento;
- . Avalia estado do coto;
- . Exemplifica lavagem do coto na presença dos pais;
- . Explicar necessidade de expor ao ar a cicatriz umbilical.

6.4. Valida e reforça conhecimentos sobre cuidados de higiene (banho, couro cabeludo, unhas e vestuário) e conforto (sono e eliminação/cólicas) ao RN;

6.5. Faz ensino sobre eliminação intestinal e cólicas:

- . Informa sobre as diferentes características das fezes ao longo dos primeiros dias de vida do RN;

6.5.2. Informa sobre manobras de redução de cólicas e regularização do trânsito intestinal:

- ✓ Correta adaptação à mama ou biberão
- ✓ Importância da eructação
- ✓ Massagem e estimulação
- ✓ Aplicação abdominal de calor
- ✓ Uso de *Colimil* / *Infacalm* / *Biogaia* em SOS

Versão nº	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
001	M ^o João Monteiro Pascoal, EnFESMO Data: 29/01/2016	Data: __/__/__	Data: __/__/__

Norma de Procedimentos para Vigilância do RN

✓ Correta escolha e preparação do leite adaptado, se for caso disso;

6.6. Valida e reforça conhecimentos sobre prevenção de acidentes e segurança inerentes a esta fase;

6.7. Informa sobre o Plano Nacional de Vacinação;

6.8. Efetuar registos:

- . No SINUS as vacinas administradas na maternidade;
- . No Sclínico a avaliação inicial (desenvolvimento infantil);
- . Inicia Programa de Saúde Infantil,
- . Avaliação inicial

6.8.1. Cria DE adequados à situação:

- Papel Parental
- Amamentar
- Desenvolvimento infantil

7. SIGLAS:

PNS – Plano Nacional de Saúde

SINUS - Sistema de Informação de Unidade de Saúde

RN – Recém-nascido

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Despacho n.º 752 de 12 de Janeiro (2010). Diário da República 2ª Serie. p.1434-1437.

Gaikwad, M. (2015). Infant Examination: Umbilicus Assessment. The Joanna Briggs Institute.

Jayasekara, R. (2014). Neonate: Pain Management and Breastfeeding. The Joanna Briggs Institute

Sayakkara, S.M.L. (2014) Neonate: Pain Management: Sucrose. The Joanna Briggs Institute.

Vilarinho, L.; Pinho e Costa, P.; Diogo, L. (2013). Relatório do Plano Nacional de Diagnóstico Precoce.

Consultado em 24 de Agosto 2015. <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/2450>.

www.diagnosticoprecoce.org

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
001	M.ª João Monteiro Pascoal, EnFESMO Data: 29/01/2016	Data: __/__/__	Data: __/__/__

