

V Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialidade em Gestão de Unidades de Saúde
Unidade Curricular: Estágio e Relatório
Título Conferido: Mestre em Enfermagem
Orientação: Professora Coordenadora Graça Maria Feio da Gama Pereira Antunes de
Carvalho

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

PROJETO CUIDAR⁺ 
“Visita Domiciliária a Bebés Prematuros e de Baixo Peso”

Maria Olívia Pereira Barbosa Engenheiro

JUNHO
2018

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

V Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialidade em Gestão de Unidades de Saúde
Unidade Curricular: Estágio e Relatório
Título Conferido: Mestre em Enfermagem
Orientação: Professora Coordenadora Graça Maria Feio da Gama Pereira Antunes de
Carvalho

Relatório de Estágio

PROJETO CUIDAR⁺

Visita Domiciliária a Bebés Prematuros e de Baixo Peso

Maria Olívia Pereira Barbosa Engenheiro

JUNHO
2018

A gestão não diz respeito às decisões futuras,
mas às implicações futuras de decisões presentes.

Peter Drucker

Agradecimentos

Na conclusão deste trabalho não poderia deixar de agradecer a todos os que me apoiaram e colaboraram neste processo de aprendizagem, através de conselhos e orientações sábias que me incentivaram sempre a continuar. Agradeço aos orientadores, às colegas, aos utentes (pais dos prematuros) e familiares, pela força moral e que sempre me motivaram neste percurso. Mas sobretudo quero fazer um agradecimento especial aos meus filhos pelo carinho, compreensão e inesgotável paciência, pelos momentos que poderíamos ter vivido, mas como o tempo é escasso nem sempre foi possível. Fica a promessa de compensar esses momentos.

RESUMO

As ações de investigação das necessidades de saúde ampliam a produção de cuidados decorrentes do seguimento e da assistência às exigências do bebé prematuro e família. Considerando que a prematuridade é reconhecida como um problema de Saúde Pública, a assistência ao prematuro no domicílio deveria ser garantia de acesso, equidade, organização do sistema e integração dos cuidados, constituindo um dos grandes desafios da gestão pública.

Neste contexto sustentado em evidências científicas surgiu o Projeto CUIDAR⁺ de forma a satisfazer necessidades reais em cuidados continuados de saúde especializados, sentidas pelos pais destes bebés colmatando assim uma lacuna existente nesta área de cuidados específicos no distrito de Évora, facilitando a integração do prematuro no seu ambiente familiar, promovendo as competências parentais, contribuindo assim para a redução da morbilidade.

Foram efetuadas entre Dezembro de 2017 e Abril de 2018 visitas domiciliárias em articulação com os Centros de Saúde, a este grupo de risco, segundo critérios de inclusão pré-definidos, constituindo uma amostra de doze famílias e quatorze bebés, obtendo-se resultados positivos de ganhos em Saúde.

O presente relatório enquanto instrumento de partilha, veículo de transmissão e de reflexão a sua finalidade primordial é fornecer, de forma global e coerente, um relato sintético e de análise do trabalho/atividades realizadas em Estágio no sentido de alcançar os objetivos previamente estabelecidos e, desta forma, desenvolver Competências de Mestre em Enfermagem e na construção da identidade de Competências do Enfermeiro Gestor, nos domínios da prestação de cuidados especializados, gestão de cuidados e de serviços, formação e investigação.

Palavras-chave: Prematuridade; Visita Domiciliária; Capacitação; Ganhos em Saúde

ABSTRACT

The health needs research actions increase the production of care resulting from the follow-up and assistance to the requirements of the premature baby and family. Considering that prematurity is recognized as a Public Health problem, care for premature infants at home should be a guarantee of access, equity, organization of the system and integration of care, constituting one of the great challenges of public management.

In this context, based on scientific evidence, the CUIDAR⁺ Project arose in order to satisfy real needs in specialized health care, experienced by the parents of these babies, thus filling a gap in this area of specific care in the Évora district, facilitating the integration of prematurity into their environment, promoting parental skills, thus contributing to the reduction of morbidity.

Between December 2017 and April 2018, home visits were carried out in conjunction with the Health Centers, to this risk group, according to pre-defined inclusion criteria, constituting a sample of twelve families and fourteen infants, obtaining positive results from health gains.

This report as a tool for sharing, transmitting and reflecting its primary purpose is to provide, in a comprehensive and coherent way, a summary report and analysis of the work / activities carried out in the Internship in order to reach the previously established objectives and, in this way, to develop Masters Competences in Nursing and in the construction of the Identity of Competencies of the Nursing Manager, in the domains of specialized care delivery, care management and services, training and research.

Keywords: Prematurity; Domiciliary visit; Empowerment; Health gains

Abreviaturas e símbolos

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

CPAP – *Contiunous Positive Airway Pressure*

CS – Centros de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

Dr.^a – Doutora

Enf.^a – Enfermeira

EPE – Entidade Pública Empresarial

HELLP – Hemolytic, Elevated Liver enzymes, Low Platelet count

HESE – Hospital Espírito Santo de Évora

IG – Idade Gestacional

INE – Instituto Nacional de Estatística

NIDCP – *Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

PE – Projeto de Estágio

RN – Recém-nascido

RNP – Recém-nascido Prematuro

RNPs – Recém-nascidos Prematuros

RNs – Recém-nascidos

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPN – Sociedade Portuguesa de Neonatologia

SPP – Sociedade Portuguesa de Pediatria

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal

UCINs – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

VD – Visita Domiciliária

Índice

	f.
INTRODUÇÃO	13
CAPITULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
1 – PREMATURIDADE	17
2 – O IMPACTO DO NASCIMENTO PREMATURO NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE	21
2.1 – Dificuldades Identificadas pelos Pais	24
2.2 – O Papel do Enfermeiro	27
3 – VISITA DOMICILIÁRIA E CONTINUIDADE DE CUIDADOS	31
3.1 – Implementação da Visita Domiciliária como Indicador de Qualidade e de Produção em Saúde	33
4 – DA QUALIDADE EM SAÚDE À INVESTIGAÇÃO E GESTÃO EM ENFERMAGEM	36
4.1 – Qualidade em Saúde	36
4.2 – Investigação em Enfermagem	40
4.2.1 – Prática Baseada na Evidência	41
4.3 – Gestão em Enfermagem	43
4.3.1 – Novas Exigências Impostas à Gestão	48
CAPITULO II – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO	50
1 – HOSPITAL ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA	50
1.1 – Missão	50
1.2 – Visão	51
1.3 – Valores	51
1.4 – Objetivos Organizacionais	51
1.4.1 – Objetivos Estratégicos para o Subsistema de Enfermagem	51
1.5 – Políticas da Organização	52
1.6 – Obrigações de Serviço Público	52
1.6.1 – Objeto	52
1.6.2 – Área de Influência	53
1.7 – Termos Contratuais da Prestação de Serviço Público	53
1.8 – Modelo de Financiamento Subjacente à Prestação de Serviço Público	54
2 – SERVIÇO DE PEDIATRIA	55
2.1 – Unidade de Neonatologia	55
2.1.1 – Recursos Humanos	57

2.1.2 – Métodos e Modelos Adotados pela Equipa de Enfermagem	58
2.1.3 – Recursos Materiais e Gestão de Stocks.....	60
CAPITULO III – ANÁLISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	62
1 – IDENTIFICAR A DINÂMICA ESTRUTURAL, ORGANIZACIONAL E FUNCIONAL DO HESE, SERVIÇO DE PEDIATRIA E UNIDADE DE NEONATOLOGIA	65
2 – ADQUIRIR CONHECIMENTOS E DESENVOLVER COMPETÊNCIAS CIENTÍFICAS, TÉCNICAS E RELACIONAIS RELATIVAS À VISITA DOMICILIÁRIA A PREMATUROS..	69
2.1 – Revisão Integrativa da Literatura	71
2.2 – Análise e Discussão dos Resultados	75
2.3 – Conclusões	89
3 – CONHECER A PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE A VISITA DOMICILIÁRIA	93
3.1 – Metodologia	94
3.2 – Apresentação, Análise e Interpretação dos dados	95
3.3 – Conclusões	100
4 – IMPLEMENTAR O PROJETO DE INTERVENÇÃO CUIDAR⁺ “VISITA DOMICILIÁRIA A BEBÉS PREMATUROS E DE BAIXO PESO”	101
4.1 – Metodologia	104
4.2 – Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados.....	106
4.2.1 – Resultados referentes à Observação Direta	109
4.2.2 – Resultados referentes ao Questionário.....	113
4.3 – Avaliação da Efetividade do Projeto – análise custo-benefício.....	120
4.4 – Conclusões	123
5 – PROMOVER O DESENVOLVIMENTO PESSOAL E PROFISSIONAL	125
CONCLUSÃO.....	128
BIBLIOGRAFIA	130
APÊNDICES	
Apêndice I – Projeto de Estágio.....	138
Apêndice II – Plano da Sessão Formativa.....	202
Apêndice III – Diapositivos da Sessão Formativa	205
Apêndice IV – Questionário Aplicado à Equipa de Enfermagem.....	223
Apêndice V – Pedido e Autorização da Instituição para a Implementação do Projeto e Desenvolvimento do Estudo.....	226
Apêndice VI – Nota de divulgação do Projeto CUIDAR ⁺ na Intranet.....	231
Apêndice VII – Certificado de apresentação em Comunicação Livre do Projeto CUIDAR ⁺ no 7º Congresso Internacional da APEGEL.....	233

Apêndice VIII – Protocolo da Visita Domiciliária	235
Apêndice IX – Folheto de Divulgação da Visita Domiciliária	240
Apêndice X – Guião Orientador de Avaliação do Recém-Nascido no domicílio	245
Apêndice XI – Questionário Aplicado aos Pais	248

ANEXOS

Anexo I – Divulgação do Projeto CUIDAR⁺ ao ACES Alentejo Central e aos Enfermeiros Chefes dos Centros de Saúde do Distrito de Évora	252
Anexo II – Pedido e Autorização de Empréstimo da Balança Eletrónica	254

Índice de Figuras

f.

Figura n.º 1: Modelo da dupla dimensão do Gestor de Enfermagem	44
Figura n.º 2: Área de Influência.....	53
Figura n.º 3: Imagem da Sala A	56
Figura n.º 4: Imagem da Sala B	56
Figura n.º 5: Imagem da Sala C	56
Figura n.º 6: Modo de atuação na realização da Visita Domiciliária	106

Índice de Gráficos

f.

Gráfico n.º 1: Distribuição dos elementos da equipa segundo o grupo etário	95
Gráfico n.º 2: Distribuição dos elementos da equipa relativamente aos anos de experiência profissional	96
Gráfico n.º 3: Ensinos efetuados nas visitas domiciliárias	112

Índice de Quadros

f.

Quadro n.º 1: Critérios para a formulação da pergunta PI[C]O.....	71
Quadro n.º 2: Plataforma de bases de dados EBSCO e seus limitadores.....	72
Quadro n.º 3: Plataforma de bases de dados B-ON e seus limitadores	72
Quadro n.º 4: Critérios inclusão e exclusão	72
Quadro n.º 5: Matriz de síntese dos estudos analisados.....	73
Quadro n.º 6: Principais razões apontadas pela equipa que justificam a importância da visita domiciliária.....	97
Quadro n.º 7: Opinião da equipa relativamente aos resultados condicionados pela implementação da visita aos bebês prematuros e de baixo peso	98
Quadro n.º 8: Justificações da equipa em relação à concordância com as estratégias apresentadas.....	99
Quadro n.º 9: Sugestões indicadas pela equipa para melhoria do projeto	100
Quadro n.º 10: Matriz de Observação	105
Quadro n.º 11: Distribuição das Variáveis Maternas	107
Quadro n.º 12: Distribuição das Variáveis Paternas.....	108
Quadro n.º 13: Distribuição das Variáveis Neonatais	109
Quadro n.º 14: Síntese dos dados Observados	111
Quadro n.º 15: Opinião dos progenitores sobre o significado de serem pais de um bebê prematuro/baixo peso	114
Quadro n.º 16: Dificuldades/preocupações sentidas em contexto familiar	115
Quadro n.º 17: Justificações apontadas pelos pais relativas à importância da visita.....	117
Quadro n.º 18: Assuntos que na opinião dos pais devem ser abordados na visita.....	118
Quadro n.º 19: Justificação dos pais quanto às expectativas criadas	119
Quadro n.º 20: Sugestões de melhoria apontadas pelos pais	120
Quadro n.º 21: Custos afetos à realização das Visitas Domiciliárias	121
Quadro n.º 22: Custos de urgências e internamentos	122

INTRODUÇÃO

O presente trabalho insere-se no âmbito da Unidade Curricular de Estágio e Relatório integrada no V Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialidade em Gestão de Unidades de Saúde, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre aprovado pelo Despacho n.º 23088/2009, publicado no Diário da República, 2ª série, n.º 203, de 20 de Outubro. O Estágio com a duração de 310 horas decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN) do Hospital Espírito Santo de Évora (HESE) sob a supervisão clínica da Enfermeira Chefe Ana Dias, Mestre e Especialista em Saúde Infantil e Pediatria e com a Orientação Pedagógica da Professora Graça Gama.

Este Estágio envolveu a implementação e avaliação de um Projeto de Intervenção, com a finalidade de promover a articulação entre a teoria e a prática com implicações na qualidade de Saúde da população alvo, permitindo dar continuidade ao desenvolvimento de competências específicas em enfermagem avançada na área da Gestão de Unidades de Saúde tais como:

- Competências de análise e de elucidação de problemas complexos;
- Capacidade de extrair aplicações da teoria;
- Resolver problemas numa perspetiva de integração interdisciplinar;
- Utilizar conhecimentos teóricos atualizados em conjugação com a análise da sua relevância para o exercício profissional e para a investigação aplicada;
- Comunicar as suas conclusões, conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes de forma clara e sem ambiguidades;
- Refletir sobre a execução das diversas atividades e tarefas, questionando os processos e os resultados e atingir um nível de abstração que permita retirar conclusões e orientações com vista à definição da política a implementar;
- Integrar conhecimentos multidisciplinares e congregar as contribuições de especialistas diversificados em torno de um problema prático;
- Supervisionar projetos visando a resolução de problemas complexos e a implementação de soluções inovadoras.

A competência é integradora dos vários saberes: saber-ser, saber-estar, saber-saber e saber-fazer. Só assim, se mobilizará os recursos cognitivos e afetivos para, com eficácia e pertinência, superar os desafios diários. Nesta perspetiva o Estágio é um complemento importante e imprescindível do ensino teórico e da formação do Enfermeiro, constituindo um momento privilegiado para refletir e intervir no campo de atuação específico, ao implementar um Projeto de Intervenção, possibilitando a mobilização, integração e aplicação prática de

saberes. O contato direto com novas e diferentes situações promove a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e contribui para o enriquecimento individual e organizacional.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2008) um Projeto de Intervenção em Saúde tem como objeto contribuir para a implementação e para o desenvolvimento de sistemas de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e da qualidade dos cuidados, visando a identificação sistemática de problemas e oportunidades no sentido de os solucionar ou melhorar, estabelecendo objetivos desejáveis e realistas, planeando e implementando as mudanças, monitorizando e avaliando os resultados. A elaboração de Projetos integra a área específica dos indicadores de qualidade de enfermagem identificada como uma área de contributo para a investigação.

Tendo como linha orientadora os objetivos gerais enunciados pela Unidade Curricular, estabeleci objetivos específicos que considerei pertinentes e indispensáveis para adquirir/desenvolver esse conjunto de competências e que permitiram uma maior clarificação e precisão das atividades que se pretendiam desenvolver, facilitando a planificação das ações, a sua adaptação aos contextos da prática e a avaliação do trabalho desenvolvido, bem como uma personalização do processo de aprendizagem.

Em todo este processo tornou-se vital a necessidade de pensar a Saúde em todas as políticas, a integração, a continuidade de cuidados e a participação das organizações na definição das políticas de saúde. A integração é entendida como um meio para melhorar o acesso aos serviços de saúde, elevar os padrões de qualidade na prestação de cuidados, utilizar melhor a capacidade instalada, aumentar a satisfação dos utentes e obter ganhos de eficiência. Por outro lado uma maior participação das organizações de saúde pode produzir resultados positivos na qualidade das escolhas, na hierarquização das prioridades e na co-responsabilização pelos resultados.

Dada a relevância e a necessidade da intervenção foi definida como área de atuação prioritária a implementação do Projeto CUIDAR⁺ intitulado “Visita Domiciliária a Bebés Prematuros e de Baixo Peso após a alta da Unidade de Neonatologia”. As ações de investigação das necessidades de saúde ampliam a produção de cuidados decorrentes do seguimento e da assistência às exigências do bebé prematuro e família.

Considerando que a prematuridade é reconhecida como um problema de Saúde Pública, a assistência ao prematuro no domicílio deveria ser garantia de acesso, equidade, organização do sistema e integração dos cuidados, constituindo um dos grandes desafios da gestão pública. O Projeto CUIDAR⁺ sustentado em evidências científicas tem a finalidade de facilitar o processo de transição do hospital para o domicílio, melhorando a integração do prematuro no seu ambiente familiar, promovendo as competências parentais, contribuindo assim para a redução da morbilidade.

Esta visita realizada no período vulnerável, após a alta hospitalar, é uma inovação para o distrito ao rentabilizar os recursos humanos especializados da Neonatologia como elos de ligação com os Cuidados de Saúde Primários (CSP), tendo em conta a relação de proximidade estabelecida pelo contacto e interação com o bebé e família desde a admissão na Unidade, assegurando o compromisso e a continuidade de uma prática de cuidados de qualidade, com ganhos em autonomia e em saúde.

A Visita Domiciliária (VD) irá permitir viabilizar ações integradas de vigilância, constituindo uma importante ferramenta de trabalho no cuidado estratégico às famílias atendidas ao possibilitar *in loco*, o acompanhamento da situação de saúde, com produção de resultados positivos em saúde, através da antecipação de situações de risco, tendo como indicador a diminuição da taxa de readmissões após a alta da Unidade. A integralidade no cuidado realizado em parceria e articulação com os Centros de Saúde (CS) irá potenciar o Projeto e os resultados esperados.

O relatório enquanto instrumento de partilha e veículo de transmissão, a sua finalidade primordial é fornecer, de forma global e coerente, um relato sintético e de análise do trabalho/atividades realizadas em Estágio no sentido de alcançar os objetivos previamente estabelecidos e, desta forma, desenvolver Competências de Mestre em Enfermagem e na construção da identidade de Competências do Enfermeiro Gestor, nos domínios da prestação de cuidados especializados, gestão de cuidados e de serviços, formação e investigação.

Pretendo que este documento seja o testemunho do meu percurso de Estágio pelo que foi aproximado o mais possível da realidade concreta, fornecendo elementos que permitem avaliar a experiência, as atividades e a aprendizagem realizada, tendo por princípios básicos: Satisfazer uma exigência curricular e servir de instrumento de avaliação; Relatar acontecimentos, evidenciando as atividades desenvolvidas, experiências, oportunidades, iniciativas; formação realizada; e refletir sobre o processo de aprendizagem ao longo deste percurso.

A metodologia utilizada é descritiva e reflexiva. A componente crítico-reflexiva, que apresento ao longo de todo o processo de aprendizagem visa transmitir a intencionalidade das atividades desenvolvidas, o significado das experiências vividas e o aporte enriquecedor que este período de formação proporcionou para a prestação de cuidados de enfermagem avançados e especializados, numa perspetiva holística, ao recém-nascido (RN) e família, de modo a garantir o seu crescimento e desenvolvimento seguro e saudável.

Para melhor compreensão do Relatório optei por estruturá-lo em três capítulos principais. No primeiro capítulo será apresentado o enquadramento teórico ou seja a fundamentação conceptual do trabalho. No segundo capítulo a contextualização do Estágio onde é apresentada uma caracterização da Organização, Serviço e Unidade. No terceiro capítulo a análise reflexiva das atividades e competências desenvolvidas para cada objetivo específico

enunciado: Identificar a dinâmica estrutural, organizacional e funcional do HESE, Serviço de Pediatria e Unidade de Neonatologia; Adquirir conhecimentos e desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais relativas à visita domiciliária a prematuros; Conhecer a percepção dos profissionais de enfermagem sobre a visita domiciliária; Implementar o Projeto de intervenção CUIDAR⁺ “Visita domiciliária a bebês prematuros e de baixo peso; e Promover o desenvolvimento pessoal e profissional.

A finalizar apresentarei as conclusões onde farei uma apreciação global do trabalho realizado, seguidas das referências bibliográficas, informação disponível, em livros e artigos, consultada para a realização deste trabalho. Os instrumentos de suporte à visita serão exibidos nos apêndices.

Este trabalho foi redigido e formatado em conformidade com as Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos da ESSP (Arco, Pinto, Martins & Arriaga, 2010).

CAPITULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – PREMATURIDADE

Os bebés que nasciam antes do tempo até meados do século XIX eram designados como “bebés frágeis”. A seleção natural era aceite, limitando-se os cuidados às necessidades básicas de higiene e alimentação. O termo “bebé prematuro” só viria a surgir em 1870.

A Neonatologia deve o seu início ao obstetra francês Pierre Budin, sendo o responsável pelo desenvolvimento dos princípios e métodos que baseiam a medicina neonatal. Os primeiros cuidados específicos relacionados com a prematuridade, foram criados pela maternidade de Paris em 1893. Sarah Morris em 1923 desenvolveu em Chicago o primeiro centro hospitalar para cuidar de bebés prematuros, incentivando a produção de leite materno e simultaneamente motivando as mães a cuidarem dos seus filhos. Contudo as unidades que se formaram posteriormente desenvolveram políticas rígidas em relação aos prematuros, restringindo a manipulação destes bebés apenas ao essencial levando a um afastamento em relação aos pais (Klaus,& Fanarof, 1995).

Na segunda metade do século XX, verificou-se uma melhoria quer do conhecimento científico, quer do desempenho dos profissionais de saúde, aliado ao aparecimento de novas tecnologias, adaptadas aos variados grupos etários pediátricos, dando origem ao *boom* das unidades neonatais e pediátricas.

Em Portugal paralelamente a outros países europeus a saúde materna e infantil teve uma grande evolução a partir do final dos anos setenta e início dos oitenta. Desde 1989, o Programa Nacional da Saúde Materno Infantil elaborado pela Comissão da Saúde da Mulher e da Criança emite diretrizes no sentido de garantir uma vigilância segura da grávida e da qualidade do parto a toda a população, através da concentração dos partos de grande risco em hospitais de referência, a nível de recursos humanos qualificados e tecnológicos, assegurando o transporte seguro e atempado para o hospital mais adequado da grávida e do RN com necessidades de cuidados especiais, quando não é possível a sua transferência in-útero.

As redes de referência entre os Hospitais de Apoio Perinatal e CS permitiram uma racionalização equilibrada dos recursos humanos e tecnológicos, para que o nascimento seja o mais seguro possível, sendo um indicador de qualidade em Saúde. Os CS foram também dotados de recursos humanos permitindo a nível local vigiar a grávida e detetar as situações de risco, encaminhando-as posteriormente para os hospitais da sua rede de referência de apoio Perinatal. Associado a estas diretrizes houve um investimento das Instituições para que

os serviços se dotassem de pediatras com competências na área da Neonatologia e que os Enfermeiros se especializassem na área da Saúde Materna e Obstétrica e na área da Saúde Infantil e Pediátrica (SPP-Secção de Neonatologia, 2007).

Segundo Behrman *et al* (2004:232), citando a Organização Mundial de Saúde (OMS), “os bebés nascidos vivos antes das trinta e sete semanas a contar do primeiro dia do último período menstrual, são denominados prematuros”. Muitos destes bebés nascem com um peso adequado ao seu tempo de gestação, mas os RNs cujo peso ao nascer seja inferior ao percentil dez ou dois desvios padrão abaixo da média do peso para a idade gestacional, são considerados Leves para a Idade Gestacional - LIG (Widerstrom, Mowder & Sandall, 2001). Estes RNs têm um maior risco de desenvolverem complicações no período neonatal, porque durante a gestação houve algum problema que não permitiu um crescimento adequado.

Segundo a OMS (2008) os RNs são classificados segundo o peso: RNs de extremo baixo peso (abaixo dos 1000g); RNs de muito baixo peso (entre os 1000g e os 1500g); e os RNs de baixo peso (abaixo dos 2500g). Atendendo à Idade Gestacional (IG) considera-se três categorias de recém-nascidos prematuros (RNPs): os bebés que nascem antes das 28 semanas de gestação e/ou com peso inferior a 1000g, são classificados de prematuridade extrema e de risco muito elevado (24 semanas de gestação é considerado o tempo limite mínimo para intervir); os que nascem entre as 28 e as 32 semanas de gestação e/ou com peso à nascença entre 1000g e 1500g, são classificados de prematuridade moderada e de risco elevado; os que nascem entre as 33 e as 36 semanas de gestação e/ou com peso à nascença entre 1500g e 2500g são classificados de pré-termo limiar e de baixo risco.

As possibilidades de sobrevivência estão condicionadas pela IG, o peso ao nascer e pelas complicações que o RNP apresenta. De todos estes fatores, o mais importante é a IG, uma vez que esta determina a maturidade dos órgãos. Assim em relação aos prematuros com IG inferior a 24 semanas, apenas há esporadicamente sobreviventes e todos com sequelas graves; dos RNs com IG de 24 semanas, a taxa de sobrevivência é de 50% mas apenas 15 a 20% sobrevivem sem sequelas; RNs com IG de 25 semanas, a taxa de sobrevivência é superior a 50%, mas apresentam uma taxa de morbilidade a rondar os 25% (SPP-Consensos em Neonatologia, 2008).

Dependendo da IG com que nasceu, o RNP pode desenvolver várias complicações inerentes à sua própria prematuridade, sendo as mais frequentes: a dificuldade respiratória resultante da doença de membrana hialina, podendo o RN necessitar de ventilação invasiva por longos períodos e /ou de oxigénio suplementar com risco acrescido de desenvolverem displasia broncopulmonar e retinopatia da prematuridade; apneias que estão relacionadas com a imaturidade dos mecanismos neurológicos e químicos, caracterizada por uma interrupção da respiração por vinte ou mais segundos; intolerância alimentar, relacionada com a imaturidade do sistema digestivo; septicemias, que podem ser adquiridas in-útero, durante

o parto ou após este, podendo neste caso estar relacionado com a utilização de técnicas invasivas ou ser provocada por infeções nosocomiais; instabilidade térmica, relacionada com a imaturidade do sistema termorregulador e com a diminuição das reservas de glicogénio.

Desde 1994 que em Portugal se efetua a monitorização e o registo contínuo a nível nacional da taxa de prematuridade, sobrevida e das sequelas dos RNs de muito baixo peso. Os avanços médicos e tecnológicos nesta área têm sido enormes e as taxas de sobrevida dos bebés com peso ao nascer inferior a 1500g têm melhorado gradualmente para mais de 85%. Atualmente pode dizer-se que um bebé com um peso à nascença superior a 1000g tem uma probabilidade de sobreviver superior a 95%. Em relação às sequelas, a percentagem é significativa contudo, a avaliação após a alta demonstra que 70% não apresenta problemas de desenvolvimento, muito em resultado da melhoria da qualidade assistencial em Perinatologia. Esta sobrevida ocorre devido aos cuidados intensivos e tecnologias utilizadas, porém a manutenção dessa assistência tem elevados custos financeiros e depende da disponibilidade de recursos humanos preparados e capacitados para exercer funções especializadas.

Ramos & Cuman (2009) no estudo que realizaram constataram que inúmeras são as causas que levam um bebé a nascer prematuro, apontando vários fatores de risco relacionados com a prematuridade: Sociais e demográficos - a idade materna (grávidas adolescentes ou com mais de 35 anos), primiparidade, atividades que originam grande desgaste físico ou psicológico, ausência de vigilância pré-natal, baixo nível socioeconómico, má nutrição, consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas; Maternos - história anterior de parto prematuro, doenças ou infeções não tratadas (do trato urinário ou das membranas amnióticas), diabetes, obesidade, múltiplas gestações, ansiedade, doença mental, doença crónica (asma, cardiopatias, hipertensão, anemia), pré-eclâmpsia, eclâmpsia, Síndrome de HELLP; Obstétricos - anormalidades do útero ou incompetência cervical, alterações placentárias (placenta prévia e descolamento prematuro das membranas ou placenta), excesso ou diminuição de líquido amniótico, traumatismos, placenta prévia; Fetais - Malformações congénitas, aneuploidias cromossómicas, doenças genéticas, gestação múltipla, restrição de crescimento intra-uterino.

Em relação às causas a prematuridade é classificada em duas categorias: Espontânea - consequência do trabalho de parto espontâneo propriamente dito ou da rotura prematura de membranas ou placenta e Eletiva: quando ocorre por indicação médica, resultante de intercorrências maternas e/ou fetais (Ramos & Cuman 2009).

Segundo dados da Sociedade Portuguesa de Pediatria (2017) a taxa global de partos pré-termo (<37 semanas) é de 11% a nível mundial, variando de 5% em países da Europa a 18% em África. Nascer anualmente 15 milhões de prematuros, ou seja 1 em cada 10 bebés nasce prematuro. Em Portugal todos os dias nascem em média 17 bebés prematuros

verificando-se um aumento nos últimos anos da taxa bruta de prematuridade no país, apontando as estatísticas oficiais para 8,4% e a prevalência de prematuros abaixo das 32 semanas de 1,2% (INE, 2017).

A taxa de prematuros que mais tem aumentado em Portugal é a de “prematuros tardios”, com mais de 35 semanas de gestação, o que pode ter alguma relação com o aumento da taxa de cesarianas. Mas nem todas as causas são negativas. O aumento dos tratamentos de fertilidade, e consequentemente mais casos de gêmeos, é outro dos fatores. Por outro lado, a taxa de mortalidade neonatal tem decrescido resultante das melhorias nos cuidados de saúde, o que significa que é possível salvar mais bebés que nascem cada vez mais prematuros. O limiar da viabilidade de um bebé prematuro está hoje nas 24-25 semanas. Aliás, nos últimos cinco anos a taxa de sobrevivência de prematuros às 25 semanas de gestação foi já de 50%. A taxa de mortalidade neonatal é de 1,8/1000 nados vivos o que coloca Portugal no 9º lugar entre 162 países, sendo o nosso país considerado um bom local para nascer e crescer (SPN, 2016).

A prematuridade como causa de mortalidade infantil tem sido estudada em diferentes países, sendo considerada o coeficiente de síntese da qualidade de vida e um indicador geral do nível de saúde e desenvolvimento de uma população. Os avanços tecnológicos aliados ao conhecimento científico têm permitido a sobrevivência de RNs de idades gestacionais cada vez mais baixas, sendo a redução da morbilidade um dos objetivos *major* em neonatologia.

A principal forma de intervir e prevenir é justamente o conhecimento, a vigilância e monitorização destes fatores, considerando o estado geral, as condições de saúde da mãe, a assistência e cuidados prestados durante a gravidez e parto, bem como a vigilância e continuidade dos cuidados após a alta da neonatologia.

Apesar destes dados a prematuridade é decorrente de circunstâncias diversas e imprevisíveis. É difícil avaliar os componentes que influenciam e são influenciados pelo complexo processo do nascimento prematuro. Afeta diretamente a estrutura familiar alterando as expectativas e anseios que permeiam a parentalidade.

2 – O IMPACTO DO NASCIMENTO PREMATURO NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

A gravidez e o nascimento de um filho representam mudanças significativas na vida de qualquer ser humano sendo a parentalidade entendida como um processo que se inicia com o nascimento do primeiro filho dando início a uma nova etapa na vida do casal, implicando uma reorganização familiar e um aumento de responsabilidades, sendo influenciada pelos modelos parentais de cada um dos elementos do casal, construídos pela família de origem. Ser pai e mãe não é inato, vai-se aprendendo desde a infância, as brincadeiras de criança (brincar ao faz de conta às mães e aos pais), reflete muito as vivências pessoais e familiares.

O termo parentalidade deriva da palavra latina *parentâle* e pode ser definido como um processo maturativo que leva a uma reestruturação psicoafectiva permitindo a dois adultos tornarem-se pais (Garcês, 2011). Também a definição desenvolvida pelo *International Council of Nurses* (2006, p.43), diz-nos que é a:

“ação de tomar conta com as características específicas: assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados”.

A parentalidade neste contexto está interligada com a palavra “transição” usada frequentemente para descrever um processo de mudança nos estádios de desenvolvimento de vida, alterações de saúde ou circunstâncias sociais. Chick & Meleis (2001) definem transição como mudança de vida; passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro; trajeto, referindo-se quer ao processo como ao próprio objetivo da interação cliente-ambiente. Ao longo da vida, a pessoa experimenta fases de mudança que são marcadas por alterações de um estado para outro, caracterizando-se esses períodos por momentos de instabilidade, precedidos e sucedidos por momentos de estabilidade. A transição está intrinsecamente ligada com o tempo e o movimento e implica uma mudança de estado de saúde, de relações, de expectativas ou de habilidades, pelo que o cliente, consoante o contexto e a situação, tem de incorporar novos conhecimentos (Schumacher & Meleis, 2010).

A transição para a parentalidade como fase de mudança tem sido uma temática de crescente interesse, dada a complexidade de competências e saberes necessários aos progenitores para cuidar, proteger, desenvolver a afetividade e a socialização da criança, podendo comprometer o positivo exercício do papel parental (Martins, 2013).

O nascimento prematuro que acontece quase sempre de uma forma abrupta, obriga o casal a fazer reajustes, emocionais, familiares e sociais, e a construir o seu modelo parental, com dois modelos diferentes o maternal e o paternal e que podem ser definidos como conjunto de elementos biológicos, psicológicos, jurídicos, éticos, económicos e culturais que tornam um indivíduo mãe ou pai de outro indivíduo (Relvas, 1996).

Este processo de mudança com o nascimento prematuro e a hospitalização imposta pelo estado clínico do RN levam os pais a vivenciarem esta fase com angústia e medo (Centa *et al.*, 2004; Santos *et al.*, 2007), ansiedade e solidão que se alternam com a fé, a alegria e a esperança (Carvalho *et al.*, 2009).

A imaturidade biológica e a vulnerabilidade destes bebés têm implicações nos processos de adaptação familiar e podem interferir no processo interativo e na vinculação. Para a mãe e para o RN é após o nascimento que se estabelece uma interação recíproca; relação única, específica e duradoura que se forma entre a mãe e o bebé onde o apego é fortalecido a cada momento.

Segundo Klaus & Kennel (1995) esta relação estabelecer-se-ia desde que se verificam os primeiros contactos entre a mãe e o bebé, seria facilitada pela adequação do sistema hormonal da mãe e estimulada pela presença do bebé, assim como a sua formação estaria privilegiada num período sensível, localizado nos momentos imediatos ao parto. Este período crítico é descrito pelos autores por “período materno sensitivo”, onde se inicia este processo de aperfeiçoamento. Quando ocorre a separação do binómio mãe-filho neste período, o que acontece nos partos pré-termo, haverá interferência no processo de apego, que afetará o relacionamento mãe-filho no futuro (Klaus & Kennel, 1995).

Existem também outros fatores que adicionam *stress* a este período crítico. Durante a gravidez o casal constrói imagens, sonhos e esperanças ao redor deste “ser” que eles imaginam com um rosto bonito, gordinho, saudável, ativo, perfeito. O nascimento de um bebé prematuro pequeno e frágil vem desfazer este sonho, trazendo desapontamento, sentimento de incapacidade, culpa e medo da perda. Todos estes sentimentos criam momentos de ansiedade que muitas vezes levam ao distanciamento entre os pais e o bebé.

O primeiro contato entre pais e filho no ambiente neonatal produz questões sobre o que aconteceu de errado, quem é o culpado da situação que estão vivendo, iniciando assim um momento de crise para a família. Desta forma é aconselhável que antes da visualização do RN, os pais sejam orientados sobre o que vão encontrar e devem ter alguém da equipa a acompanhar o primeiro contato. É importante que se tenha sensibilidade para perceber o que os pais querem saber, deixar um espaço para que expressem livremente as suas dúvidas.

Brazelton & Cramer (2007) acrescentam ainda que no parto prematuro os pais sentem-se incompletos e perdidos encarando-o como um choque ao qual não sabem como reagir. Para além do impacto do parto ser antes do tempo previsto, existe ainda o facto de o bebé

real não corresponder ao que foi sonhado. Apesar de esta constatação ser comum aos pais de qualquer RN, uma vez que o bebê não nasce no parto, mas sim, quando emerge na imaginação dos pais, é agravada nos pais do RNP devido ao seu aspeto e competências.

A imagem do filho real é muito diferente da imaginada, dificultando a adaptação à parentalidade. Para os pais, o filho idealizado não corresponde ao que está perante eles, um bebê pequeno, pouco reativo, com muitos tubos, fios e luzes (Silva, 2010).

Barros & Brandão (2002) corroboram e referem que o prematuro, o bebê de baixo peso e o bebê doente são descritos em vários estudos como sendo menos reativos a estímulos, com períodos curtos de estado de alerta e mobilidade pouco frequente. Estas diferenças ao nível da reatividade e de resposta do RN de risco têm consequências ao nível da qualidade da interação que estabelece com os cuidadores, sendo um parceiro diferente do bebê saudável. Dessa forma, o comportamento dos pais na interação com o RNP ou RN doente é diferente dos pais dos bebês de termo e saudáveis. Tendo em conta as diferenças interativas destes bebês, os pais apresentam também diferenças ao nível da iniciativa e das atitudes interativas. Pelas características inerentes a estes bebês é difícil para os pais perceberem o tipo de cuidados a prestar, ou seja, quando o alimentar e realizar higiene, quando o estimular ou deixar repousar.

Fernandes & Silva (2015) referem também que o nascimento prematuro traz mudanças tanto a nível pessoal como a nível da dinâmica familiar. No estudo realizado por eles envolvendo 12 pais, os progenitores nos seus discursos, reconheceram que o nascimento de um filho prematuro leva a uma reestruturação da vida familiar e constitui um marco na vida pessoal/ familiar destas famílias. A separação e o contacto com o ambiente hospitalar constituem também constrangimentos no estabelecimento do vínculo afetivo entre pais e filho. A UCIN representa um ambiente assustador, no qual os pais deixam de ter controlo.

Similarmente Santos *et al.*, (2007) referem que a chegada de um filho prematuro origina uma experiência extremamente desgastante e desafiadora às famílias, podendo alterar profundamente a dinâmica familiar e os relacionamentos pessoais, uma vez que os pais vivenciam um momento de luto do filho imaginado. Afirmam ainda que as características físicas do RN impressionam os pais, pois não estão à espera de encontrar um bebê tão pequeno, não correspondendo às expectativas criadas ao longo da gravidez, prejudicando a formação do vínculo afetivo.

O impacto da prematuridade nos pais é, pois, reportado de várias formas e dependente dos apoios que dispõem. A expectativa vai sendo amenizada à medida que a família é informada sobre a situação, prognóstico e tratamento.

Face às evidências podemos afirmar que o impacto da hospitalização provoca sentimentos/emoções ambivalentes, e sempre que os sentimentos negativos predominam, o papel parental está comprometido pelo internamento, os pais sentem-se impotentes face às

necessidades do RN, desenrolam-se acontecimentos marcantes para a vida familiar pela experiência do internamento, o que traduz a exigência de cuidados globais e individualizados facilitados com recurso ao modelo de parceria de cuidados.

A presença dos pais 24 horas por dia na UCIN veio transformar o modo de pensar e organizar os cuidados de Enfermagem. Tornar os pais parceiros nos cuidados é reconhecer que cuidar do RNP ou do RN doente implica cuidar dos pais/família no sentido de os tornar cada vez mais autónomos, reabilitando o seu papel parental, respeitando e favorecendo a sua participação na tomada de decisões no processo de cuidados.

A parceria de cuidados é uma realidade há muito praticada e encorajada na UCIN do HESE, não só promove a vinculação pais-filho, ao ajudar os pais a conhecer, entender e aceitar o filho, mas também favorece a transição para a parentalidade, facultando condições para que eles se sintam aptos para prestarem os cuidados de forma gradual e ao mesmo tempo capacitá-los para os cuidados após a alta no domicílio.

2.1 – Dificuldades Identificadas pelos Pais

Com o nascimento de um filho emergem novos papéis para o homem e mulher que acabam de ser pais, e assumem o papel parental. Estes novos papéis exigem um reajustamento da vida familiar e das ligações afetivas entre os elementos da família e este novo membro, o filho, que neste caso surge antecipadamente, alterando o planeamento dos futuros pais.

Como já vimos a hospitalização interfere na adaptação à parentalidade pois constitui um impedimento à relação e vinculação da tríade mãe-pai e filho. A necessidade da hospitalização do RNP em UCIN, exigindo cuidados especializados através de técnicas, procedimentos e equipamentos sofisticados é normal para um enfermeiro, mas para os pais e familiares é angustiante, provocando medo do desconhecido (Silva, 2010). De facto, perante um filho prematuro, num ambiente estranho e exposto à observação dos outros, os pais não têm poder sobre o cuidar do seu filho, sentem insegurança e dificuldades. Os profissionais de saúde têm conhecimento das mesmas, uma vez que são observadas por estes e partilhadas pelos pais. A identificação das dificuldades serve o propósito de intervir diretamente junto dos pais, desenvolvendo estratégias visando a sua superação. Todo este processo se torna mais fluido com o modelo de parceria de cuidados.

O enfermeiro da UCIN deve compreender este processo de transição e adotar as melhores estratégias de intervenção, para que em parceria com os pais possam proporcionar estabilidade e bem-estar. As estratégias que os pais dos RNPs mais recorrem durante o internamento, para tentarem ultrapassarem as dificuldades e favorecerem a adaptação a esta nova situação, numa primeira fase é recorrerem aos profissionais da unidade para obterem o

máximo de informação sobre o estado de saúde e evolução do seu filho, devendo esta ser fornecida de forma assertiva, sem criar grandes expectativas nos pais, mas também sem ser pessimista, pois estes bebés são muito instáveis, com riscos acrescidos, e só posteriormente obterem informação sobre cuidados ao bebé.

No que respeita à insegurança para cuidar dos bebés, torna-se o centro das preocupações, para os pais, que vão desde a dificuldade de gerir as necessidades básicas dos RNs, ao total desconhecimento de como identificar e responder ao comportamento do bebé. A amamentação é uma das dificuldades potenciais que mais se verificam nas mães, que não tendo o apoio adequado da equipa de enfermagem no atendimento durante a hospitalização pode complicar o processo de transição para a parentalidade.

No estudo exploratório realizado por Diaz *et al.*, (2014), baseado em entrevistas semiestruturadas a um grupo de 20 pais, durante as quais procuraram identificar as suas vivências; necessidades, dificuldades e preocupações. Dos resultados obtidos destacam-se: dificuldades de separação do bebé, elevado desgaste físico e psicológico, gerado pelas emoções associadas à gravidade da situação e gestão das inúmeras solicitações a que os pais estão sujeitos ao longo do internamento; dificuldades financeiras, em lidar com o ambiente e procedimentos na neonatologia (vulnerabilidade do bebé, aparato tecnológico, monitorização constante) e em cuidar do bebé sem ajuda dos profissionais quando vão para casa; dificuldades relacionadas com os cuidados do bebé, em que os pais verbalizaram dificuldade em assumir autonomamente estas funções por medo de uma recaída, ausência da ajuda dos profissionais de saúde e dos aparelhos de monitorização dos sinais vitais do bebé, e/ou a ausência de informação imediata em resposta a dúvidas que pudessem emergir na prestação dos cuidados. Alguma insegurança ou sentido de incompetência para cuidar do bebé foram também referidos.

Os pais necessitam de tempo para poderem interagir com o filho, e de se sentirem preparados para lhe tocarem, amarem e prestarem cuidados, passando de simples observadores para cuidadores. Os “novos” pais são incentivados a participarem nos cuidados prestados aos filhos. Como referem Ferreira & Costa (2004, p.55) “..., os pais serão inicialmente encorajados a permanecer junto do bebé e gradualmente a interagir com ele e por último a prestar-lhe cuidados, dispondo para tal, do tempo que necessitem”. Cuidar da criança, trocar a fralda, dar banho e alimentá-lo também ajuda na aproximação pais-filho. Existe assim partilha de competências entre ambas as partes que se mostrou fundamental para o vínculo da díade criança/família promovendo a cada novo dia a satisfação dos pais.

Desta forma é reforçado o papel dos enfermeiros nesta área, nomeadamente, no envolvimento dos pais nos cuidados e na sua preparação para cuidar do seu filho em casa. É relevante o trabalho dos enfermeiros na aproximação dos pais ao filho, incentivando-os a

interagirem, que numa fase inicial poderá ser apenas a conversar e a tocar. A voz suave da mãe pode acalmar o RN assim como o toque carinhoso dos pais.

O contacto pele a pele é de grande importância e ajuda na aproximação entre os membros da família, seguindo assim o método canguru que consiste como refere Santos (2007, p.7) “...numa medida desenvolvimentista que promove o contacto pele a pele, integrado no plano de cuidados ao bebé e família, e que visa proporcionar uma estimulação vestibular, táctil, quinestética, corporal, olfativa e auditiva ao bebé, para além de fomentar o envolvimento parental, proximidade e vinculação pais-bebé”.

O toque é outro aspeto favorecedor da vinculação, considerado importante tanto para os pais como para o RN e é essencial ensinar os pais quando e como tocar no filho, de modo a favorecer uma vivência agradável, além da segurança que transmite, o toque pode tornar-se num estímulo positivo para a formação da vinculação (Schmidt *et al.*, 2012).

Como vimos a transição para a parentalidade constitui um período de vulnerabilidade por parte dos pais, que esperam atenção personalizada de acordo com suas necessidades. Este período tem implicações também no processo de desenvolvimento familiar, agravado pelos internamentos prolongados, surgindo muitas vezes situações geradoras de *stress*, com alterações de saúde e no bem-estar físico e psicológico, originando mudanças e reajustamentos de todos os membros da família, seja nuclear ou alargada (Formiga, 2011).

O desenvolvimento como pais é, significativamente afetada pelo funcionamento familiar e a relação entre os membros da família está relacionado com o estado do indivíduo. É importante que os pais trabalhem de forma interativa recorrendo ao apoio de familiares mais próximos para promoverem a sua capacidade de ser pais, sendo uma das estratégias utilizadas para ultrapassarem as dificuldades. Para os pais é fundamental a presença de outros familiares na UCIN expressando o apoio da família alargada e a transgeracionalidade na importância do legado que é herdado dos antepassados e que constitui a riqueza dos costumes e tradições (Braga *et al.*, 2001; Fernandes & Silva, 2015).

A nível emocional é importante que sintam, para além do apoio dos profissionais, que os familiares diretos (avós do bebé) e/ou pessoas significativas também possam apoiá-los, para que a transição para a parentalidade possa ser feita de forma saudável e autónoma.

Os grupos de apoio existentes como a Associação XXS fundada em 2008 (com estatuto Instituição Particular de Solidariedade Social) também permitem verbalizar os seus receios e angústias com outros pais que tiveram filhos prematuros, partilhando sentimentos e experiências.

2.2 – O Papel do Enfermeiro

O momento em que um homem ou uma mulher se transforma num pai ou numa mãe sobrepõe-se a qualquer outra transição que ocorre na vida adulta. Integra-se, frequentemente, nos projetos de vida dos casais, mas, para além disso, cumpre uma função individual, ao proporcionar um sentido de continuidade e vivências de grande significação pessoal (Martins, 2013). Sendo, a parentalidade, uma condição permanente assim que se inicia, é exigido aos pais algumas adaptações, nomeadamente, comportamentos, atitudes, expectativas. À luz de todas estas alterações, o casal necessitará de apoio para adotar as suas respostas de ajustamento.

A hospitalização do RNP implica muitas vezes uma crise de identidade parental com indefinição dos pais relativamente àquilo que podem ou não fazer e ao que os profissionais esperam que eles façam. Neste contexto de prematuridade, a transição para a parentalidade, torna necessário intervenções de enfermagem específicas, dirigidas ao aumento de competências e de recursos, e à minimização de vulnerabilidades.

Os profissionais devem estar preparados para reconhecerem estes pais como vulneráveis, ajudando-os a vivenciar este momento de crise e a enfrentá-lo, como um período de crescimento pessoal e familiar, proporcionando-lhes segurança, afetividade, atendimento humanizado e informações precisas sobre o estado de saúde do bebé (Bloch *et al.*, 2006).

O apoio dos enfermeiros aos pais para uma melhor compreensão do processo, tendo em conta todas as condições e vivências inerentes à transição, preconizada por Schumacher & Meleis (2010), permite contribuir para um acréscimo de habilidades parentais para que estes experimentem a transição de forma positiva.

Kérouac *et al.*, (1994) salienta que Meleis, na teoria das transições, alarga os quatro conceitos centrais da disciplina. Une aos três grandes conceitos “pessoa”, “saúde” e “ambiente”, aos conceitos de “transição”, “interação”, “processos de cuidados de enfermagem” e “terapêutica em cuidados de enfermagem”. A referida autora considera que os conceitos de “transição” e “interação” constituem igualmente o núcleo da disciplina de enfermagem. O trabalho de pesquisa e exploração teórica realizado por Meleis levou-a a identificar três tipos major de transições: desenvolvimental, situacional e saúde-doença. Note-se que os diferentes tipos de transição não são mutuamente exclusivos, pelo que a pessoa pode viver, em simultâneo, mais do que um tipo de transição (Meleis, 2010).

A abordagem dos enfermeiros pode e deve ser sustentada, segundo Mercer (2004), por um apoio físico, emocional, informativo e de apreciação. O apoio físico passa por compreender que, apesar dos pais possuírem educação pré-natal, as dificuldades expressam-se de igual modo quando confrontados com a realidade, implicando o apoio do enfermeiro, de forma continuada. O apoio emocional procura estabelecer uma relação de confiança, baseada nas necessidades e preocupações específicas dos pais. Já o apoio informativo deve ser feito

através da transmissão de informação inequívoca realizada em interação com os pais. O apoio de apreciação passa pelo encorajamento e elogios das competências parentais promovendo o desenvolvimento da autoconfiança enquanto pais.

Com frequência se observa nos primeiros contactos entre os pais e o bebé prematuro um distanciamento, recusa em tocá-lo, permanecem por curtos períodos junto dele com receio de que o filho não sobreviva, não querem ligar-se afetivamente para não sentirem a dor da perda do filho. Ao verem um ser tão pequeno, frágil e muitas vezes a lutar pela sobrevivência, o sentimento de impotência para o proteger gera ainda mais *stress* e dificuldades em se adaptarem a esta nova etapa das suas vidas.

O Enfermeiro da UCIN como elemento mais próximo destes pais, enquanto principal cuidador, está mais atento às suas necessidades e mudanças, assumindo um papel preponderante de ajuda, para que eles consigam ultrapassar estas transições, minimizando o *stress* familiar quando os escuta, apoia e orienta respeitando os *timings* de cada um, mas fomentando ao mesmo tempo a presença deles e a interação pais-bebé através de um diálogo assertivo. Sendo o elo de ligação com os restantes elementos da equipa, é também a pessoa capaz de providenciar informação e mobilizar os recursos necessários para que os pais, através da aprendizagem, adquiram novas competências.

Os pais dos RNPs ao confrontarem-se com o bebé real, que é tão diferente daquele que imaginaram, realizam um processo de luto até o aceitarem como seu e iniciarem os laços afetivos. Whaley & Wong (2006) referem que numa situação de parto prematuro até aceitarem o seu filho, podem passar por três fases: A primeira, que é a fase inicial ou de impacto, que é caracterizada por choque, negação e descrença; a segunda, fase de ajuste (que pode influenciar futuramente a relação entre os pais e a criança de superproteção ou de rejeição, negação e aceitação gradual) ocorre gradualmente após o choque e é manifestada por sentimentos de culpa, punição, raiva, diminuição da autoestima, vergonha, medo, ansiedade, frustração e depressão; a terceira, fase final de ajuste, que é caracterizada por expectativas realistas para o RN e reintegração da vida familiar com a doença.

Similarmente Brazelton (2010) afirma que os pais podem reagir das seguintes formas: não-aceitação – os progenitores relevam a importância do problema, sentindo que esta reação não é muito positiva, retratam a realidade de forma muito otimista ou pessimista; projeção - normalmente culpabilizam uma terceira pessoa, sendo os profissionais de saúde os alvos preferenciais; alheamento - por considerarem doloroso cuidar de um bebé nesta situação e ao sentirem-se impotentes, desligam-se do RN.

Segundo Chick & Meleis (2001), as transições entram no domínio da enfermagem quando interfere com a saúde ou a doença, ou quando a resposta à transição se manifesta em comportamentos relacionados com a saúde. A Enfermagem, enquanto ciência humana, tem orientado os seus conhecimentos e saberes para o modo como os seres humanos vivenciam

e lidam com as suas transições ao longo do ciclo de vida. Meleis (2012) diz-nos que os enfermeiros são os principais cuidadores dos indivíduos e suas famílias que estão a passar por processos de transição, trabalhando com as pessoas antes, durante e após o processo de transição.

Murphy citado por Zagonel (1999:26) refere que o “enfermeiro pode atuar nos períodos antecipatórios, de preparação para a mudança de papéis, de prevenção dos efeitos negativos sobre o individuo, como por exemplo, a preparação à maternidade.” Durante o processo de transição segundo Schumacher e Meleis (2010) existem três medidas de intervenção, por parte dos enfermeiros: 1) Prontidão – a avaliação da prontidão requer a compreensão do cliente, tendo em conta as condições e os padrões de experiência inerentes à transição; 2) Preparação para a transição – criação de condições ideais para que decorra a transição onde a educação/informação é o elemento preferencial/primordial; 3) Suplementação do papel – a transição estabelece-se sem que se verifiquem crises.

Segundo Meleis & Trangenstein, (2010) os enfermeiros são a chave para a identificação e compreensão dos fenómenos que podem caracterizar-se como transições, prevendo ações de enfermagem dentro deste processo de transições, atuando como agentes “facilitadores”. De acordo com Zagonel (1999), o enfermeiro, ao realizar o cuidado baseado num modelo transacional, estaria a contribuir para o acréscimo de possibilidades de ajuda ao indivíduo, focando-se nas suas necessidades. A pessoa, neste caso, os pais que se encontram no processo de transição parental, essencialmente quando é vivenciado pela primeira vez, devem ser vistos como seres únicos, completos e globais, que estão em contínua, simultânea e recíproca interação com o ambiente que os envolve, dando particular relevância às necessidades específicas. Os fenómenos são contextuais e multidimensionais.

As intervenções de enfermagem no processo de transição para a parentalidade devem ter em conta que está ocorrer uma mudança, que pode ser considerada como um fenómeno exclusivo, mas que os indivíduos permanecem em interação contínua com o ambiente onde estão inseridos. A pessoa é entendida como um ser total e único, cujas mudanças ocorrem por períodos de organização e desorganização, mas sempre em direção a níveis superiores de organização. Os cuidados de enfermagem visam manter o bem-estar da pessoa tal como a pessoa o define, ao seu próprio ritmo e segundo as suas prioridades. O enfermeiro e a “pessoa” são parceiros de cuidados, devendo estar conectados e o enfermeiro deve estar sempre presente.

A transição para a parentalidade é reconhecidamente um momento que implica um conjunto de transições individuais, conjugais e sociais para os novos pais. Este é um período de recíproca interação enfermeiro/casal, onde se pode efetuar a educação e o acompanhamento necessário para que ocorram as mudanças inerentes à transição desde o nascimento. Nesta fase é fundamental proporcionar a proximidade entre pais-bebé,

contribuindo para o alívio da tensão familiar, ajudando os pais a adaptarem-se ao filho real e a minimizarem o trauma causado pela hospitalização (Santos *et al.*, 2007).

No entanto, as estratégias utilizadas podem não ser suficientes para diminuir a ansiedade dos pais e para aumentarem as habilidades inerentes ao ato de serem pais quando confrontados com as necessidades específicas do seu filho. Isso reforça a necessidade de apoio e orientação neste período de forma a preparar e informar o casal favorecendo a aquisição de novas competências relacionadas com a transição em causa, constituindo uma das intervenções primordiais de enfermagem, que ganha mais relevância em contexto de prematuridade.

Torna-se assim essencial desmitificar a parentalidade perfeita como conceito utópico e usar o termo “parentalidade suficientemente boa” introduzida por Winnicott (1988) ao referir que uma parentalidade regular é suficiente, realçando o facto de as figuras parentais não precisarem de ser perfeitas ou ideais. Uma “parentalidade suficientemente boa” durante os primeiros anos da infância permite a vinculação e promove o sentimento de segurança básico da criança, essencial para o posterior nível de saúde e autoestima. Qualquer pessoa envolvida nos cuidados, controlo e desenvolvimento de uma criança, está envolvida no processo de parentalidade. Os avós, os amigos, os familiares, os vizinhos, as creches e os trabalhadores domésticos, todos podem ser vistos como figuras parentais. Os profissionais de saúde, também estão incluídos neste processo particularmente no acompanhamento de crianças com doença crónica ou em longos períodos de internamento como no caso do acompanhamento de prematuros (OE, 2015).

O papel do enfermeiro na promoção da parentalidade positiva ganha ênfase ao reconhecer as necessidades concretas de cada RN/família, viabilizando medidas efetivas de promoção da vinculação pais-bebé, preparando os pais para a receção da criança em casa, ao planear em conjunto com cada um deles, um plano de cuidados adequado, potencializando a continuidade de cuidados tendo em conta todos os apoios disponíveis (Silva, 2010).

O método de trabalho por Enfermeiro de Referência proposto pela OE (2015) seria uma mais-valia no processo de transição do RNP e família do hospital para o domicílio pelo vínculo estabelecido com a família durante o internamento. Além da identificação das necessidades dos bebés e dos pais desde o momento da admissão, visando a alta, assentes na parceria e na negociação de cuidados com os pais, assegurando a sua participação efetiva na continuidade do exercício da sua parentalidade, o enfermeiro de referência, beneficiando da sua posição estratégica, procura informações sobre os recursos disponíveis existentes na comunidade para a continuidade dos cuidados.

3 – VISITA DOMICILIÁRIA E CONTINUIDADE DE CUIDADOS

A visita domiciliária tem uma longa história nas sociedades ocidentais para a prestação de serviços a populações vulneráveis, faz parte da rotina de cuidados de saúde para a mãe e criança em muitos países europeus.

Os serviços de saúde devem estar acessíveis a todos os cidadãos, de forma a prestar em tempo útil, os cuidados técnicos e científicos que assegurem a melhoria da condição do doente e uma resposta eficiente, suscetível de proporcionar o necessário acompanhamento até ao seu completo restabelecimento. Para isso, as diferentes unidades de saúde têm de se coordenar, de forma a evitar quebras na prestação de cuidados (Escoval *et al.*, 2010). Ainda na opinião destes autores, um sistema de saúde, face aos novos desafios, deverá ser planeado numa perspetiva sistémica, funcionando através de redes de articulação entre os diferentes níveis de cuidados.

Dos vários estudos já realizados conclui-se que as maiores necessidades dos pais de crianças prematuras, aquando da alta, são no âmbito da informação e de se sentirem confiantes, daí a importância de um acompanhamento contínuo destas famílias, mesmo após a alta, realçando o papel da enfermagem neonatal e o seu elo de ligação com os CSP.

A VD é considerada um *continuum* dos cuidados de saúde pois os serviços de saúde são oferecidos às famílias nas suas casas com o objetivo de maximizar o nível de independência dos pais, de reduzir o tempo de internamento hospitalar e diminuir as complicações. Com efeito reduzir o tempo de internamento num hospital poderá ser benéfico por várias razões: diminui o risco de infeção, um maior número de utentes pode ser tratado, a família e o bebé fica menos tempo fora do seu ambiente familiar o que garante uma continuidade na adaptação à parentalidade e a um modo de vida em segurança no seu quotidiano. Contudo é necessário que a articulação entre cuidados funcione de modo a garantir um adequado acompanhamento às famílias, para que os benefícios se concretizem, e se evitem correr riscos com as respetivas consequências.

A VD em alguns contextos profissionais é a consulta de enfermagem no domicílio, realizada pela enfermeira da neonatologia, após a alta do bebé da unidade, em articulação com os CSP. Neste domínio é importante enfatizar a importância da articulação existente entre os cuidados hospitalares e os CSP, através da visita.

Neste sentido a visita ao domicílio é um procedimento para a garantia da qualidade, sem prejuízo de recursos, é uma atividade que o enfermeiro desenvolve de forma a concretizar os cuidados diretos à criança e família conduzindo a uma maior autonomia e independência

constituindo um instrumento para conhecer o meio em que vive a família e que influência a saúde de quantos nele habitam (Lopez, 1994).

Os cuidados prestados no domicílio favorecem um seguimento direto que ajuda a melhorar o nível de bem-estar das famílias. Através da educação para a saúde as famílias vão manifestar um maior controlo e segurança nos cuidados a prestar aos seus bebés, facilitando a consolidação das competências parentais e a tomada de decisão. Para Marinheiro (2008), a comunicação que se estabelece no domicílio é mais fluida, espontânea e num clima de maior liberdade, promovendo um conhecimento apropriado dos sucessos quotidianos e a adoção de uma relação de ajuda mais congruente com uma avaliação completa e realista do meio físico, familiar e social.

O acompanhamento do prematuro no domicílio de forma supervisionada poderá garantir: menores taxas de readmissões, menor índice de infeções nos primeiros meses e anos de vida dessas crianças, melhores taxas de crescimento, adequada inclusão na escola e potenciar a aprendizagem e inserção na sociedade e na vida adulta. Dada a importância da continuidade de cuidados na qualidade do CUIDAR, nos ganhos em saúde e na diminuição das taxas de internamento, esta é considerada um direito, consagrado no Artigo 83, alínea d, do Código Deontológico do Enfermeiro – do direito ao cuidado – “Assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas (...) entre instituições e níveis de cuidados” (Nunes *et al.*, 2005).

Assim, torna-se pertinente implementar, valorizar e promover a continuidade dos cuidados sendo esta definida como uma intervenção planeada, que coordena vários profissionais de saúde e tipos de cuidados, tendo como resultado um aumento da eficiência e da eficácia dos cuidados globais prestados à criança e família ao longo do tempo.

É essencial que o enfermeiro valorize as características gerais e individuais de cada família para determinar que tipo de ajuda necessita e que cuidados podem prestar. Fatores desencadeantes de *stress* podem alterar as relações familiares, produzindo uma crise na adaptação da família ao prematuro, devendo o enfermeiro facilitar o processo de adaptação à nova situação. O papel do enfermeiro na visita domiciliária é fundamentalmente de apoio e de transmitir segurança aos pais, ou à pessoa cuidadora. Avaliar diretamente o estado de saúde do bebé, as competências parentais, as condições habitacionais, detetar situações de risco e educar, sendo o reforço dos ensinamentos extremamente importante.

Segundo Souza *et al.*, (2004), a visita também deve ser considerada no contexto de educação em saúde por contribuir para a mudança de padrões de comportamento e, consequentemente promover a qualidade de vida através da prevenção de doenças e promoção da saúde. Garante atendimento holístico por parte dos profissionais, sendo, portanto, importante a compreensão dos aspetos psico-afetivos, sociais e biológicos da família assistida, ao permitir viabilizar ações integradas de vigilância, constituindo uma importante

ferramenta de trabalho no cuidado estratégico às famílias atendidas ao possibilitar *in loco* o acompanhamento da situação de saúde, esperando-se a produção de resultados positivos através da antecipação de situações de risco. Assim, o domicílio abrange um grupo de pessoas que partilham responsabilidades na saúde, tornando-se um contexto que potencia as mudanças de comportamento conducentes a mais e melhor saúde.

Segundo a Comissão Nacional de Saúde Infantil (2008), a continuidade de cuidados de saúde pela interligação entre os respetivos serviços é uma base indispensável ao seu bom funcionamento, à boa qualidade de trabalho e ao atendimento da criança e família em tempo útil e de acordo com as suas necessidades. Segundo esta Comissão é fundamental esta adoção de comportamentos e práticas de saúde entre serviços e profissionais no seguimento da criança e família. Os profissionais são sujeitos importantes nos processos de mudança de comportamentos, quando se tornam atores sociais com vontade de transformar e de se responsabilizar com a vida do outro.

A parceria pais/profissionais é um mecanismo poderoso para a capacitação e potencialização familiar. A colaboração que é dada é vista como um *continuum* e a família encontra-se nesse *continuum* consoante as suas necessidades e capacidades (Marinheiro, 2008).

3.1 – Implementação da Visita Domiciliária como Indicador de Qualidade e de Produção em Saúde

Foi descrita anteriormente a importância atribuída à VD na capacitação e autonomia parental, na redução de complicações dos RNs, na diminuição dos custos e na maximização de ganhos em saúde. A sua implementação como Projeto impõe medir a sua qualidade, usando indicadores, sendo imprescindível para o planeamento, organização, coordenação e avaliação das atividades desenvolvidas, tendo como alvo dessa medição os resultados, processos e a estrutura necessária ou utilizada, bem como as influências e repercussões promovidas no meio ambiente (Bittar, 2001).

Os indicadores são uma unidade de medida de uma atividade, que pode ser usada como um guia para monitorizar e avaliar a qualidade de importantes cuidados prestados aos utentes, constituindo uma chamada de atenção para resultados específicos esperados. Devem expressar reflexos de ações estruturadas com objetivos definidos, conseguindo através deles verificar se estou no rumo pretendido do planeamento estratégico do projeto, tendo condições de identificar e corrigir alguns aspetos.

Como instrumentos de gestão os indicadores são utilizados para avaliação e melhoria contínua da qualidade dos produtos e serviços e para o aumento da produtividade da organização, levando-a a uma maior satisfação dos seus clientes e, conseqüentemente,

melhorando o seu desempenho a sua competitividade e participação no mercado relativamente à produção em saúde (Bittar, 2001).

Torna-se importante referenciar que a saúde dos indivíduos é determinada por dois fatores essenciais: tempo dedicado à “produção” em saúde e consumo de cuidados de saúde. A produção em saúde entre outros conceitos é tudo aquilo que modifica e influencia o modo como prestamos cuidados de saúde, entendendo-se por “produto” o bem ou serviço prestado. É uma das linhas que nos permite ampliar e modificar os cuidados na saúde na medida em que não se trata apenas de tratamento reabilitação e prevenção mas de produção de possibilidades de vida mais saudáveis (Barros, 2013).

A noção de produção em saúde torna-se mais compreensível quando a relacionamos ao conceito de integralidade em saúde. A integralidade em saúde permite-nos compreender aquilo que é efetivo em termos de qualidade da atenção, necessariamente envolve a pessoa não num organismo dividido em especialidades, mas na sua globalidade biopsicossocial incluindo as suas vivências e necessidades ao longo da vida, garantindo o acesso a serviços e ações integrais que correspondam à combinação e à articulação entre medidas de promoção e prevenção com as de cura e reabilitação. A sinergia entre essas ações deve resultar na produção e organização de políticas públicas (sociais e económicas) mais justas, na oferta de práticas de saúde resolutivas e de qualidade aos cidadãos e à sociedade.

Desta forma a produção em saúde envolve diversas vertentes. Mais do que resultados e custos, a forma de governação das organizações de saúde, os estilos de vida, a oferta e a procura de cuidados assim como a forma de financiamento influencia a produção em saúde. Existe uma relação direta entre o aumento das exigências de formação e os encargos com os recursos humanos que condicionam a quantidade e a qualidade da oferta disponível. Relativamente ao planeamento da oferta, tem havido por parte dos gestores uma preocupação com a necessidade de controlo dos custos pretendendo sempre a combinação mais produtiva, recorrendo a técnicas de avaliação de custo efetividade e custo benefício (Campos, 2015).

Tanto as instituições públicas como as privadas estão em constante procura de ferramentas que as levem ao aumento da qualidade e da produtividade, principalmente o setor público onde a procura por atendimentos é atualmente maior que a oferta dos serviços prestados. Neste sentido principalmente na área da saúde, a produtividade e a qualidade, devem ser considerados elementos estratégicos e a evolução de ambas devem estar interligadas, já que a produtividade cresce com a melhoria da qualidade, favorecendo a redução de desperdícios e a melhoria de desempenho ao se adequar aos padrões exigidos pelos clientes e pela concorrência.

De acordo com o que foi dito a implementação da VD pensada em ações integrais envolvendo diferentes níveis de cuidados, modificando e influenciando o modo de realizar a

continuidade de cuidados a bebés de risco e suas famílias, pode ser vista como um Projeto de qualidade em saúde e simultaneamente como ação na origem da criação de indicadores de produção e de qualidade em saúde e de satisfação para os utentes, tendo em conta as características da população abrangida e os recursos disponíveis, garantindo a sustentabilidade da organização. A avaliação da efetividade do Projeto vai permitir comparar objetivos quantificados previamente definidos com os resultados obtidos.

4 – DA QUALIDADE EM SAÚDE À INVESTIGAÇÃO E GESTÃO EM ENFERMAGEM

4.1 – Qualidade em Saúde

A preocupação com a qualidade dos cuidados de saúde sempre existiu, tendo sido transversal a toda a história da Medicina, desde Hipócrates, passando por Florence Nightingale e Ernest Codeman. A evolução da qualidade na área industrial influenciou de forma significativa o conceito de qualidade na área da saúde, que tem vindo a transformar-se ao longo dos tempos, verificando-se, ainda hoje, dada a natureza multidimensional do próprio conceito, dificuldades numa definição precisa e única do que é efetivamente, quais as suas dimensões e de que forma como pode ser avaliada.

Estamos no século da qualidade, nunca se falou tanto sobre o assunto, assistindo-se atualmente a uma forte consciencialização de vários setores da sociedade sobre a qualidade, tornando-se numa prioridade para os gestores e profissionais de saúde.

As definições de qualidade integram uma multiplicidade de noções como conformidade, adequação de um produto, ausência de erros ou defeitos, adequação ao custo económico, mas outros como satisfação, aceitabilidade ou mesmo excelência refletindo, deste modo, a diversidade de definições da qualidade existentes.

Apesar das mudanças verificadas na abordagem da qualidade em saúde o conceito mantém os mesmos objetivos fundamentais em que se salientam o “respeito à pessoa, a equidade, a paz e o resgate da dimensão ética da organização e do trabalho profissional” (Mezomo, 2001, p.107).

Considerado o pai da Qualidade no setor da Saúde, o médico libanês Donabedian (1919-2000) realizou estudos que tiveram um profundo impacto sobre os sistemas de gestão na área da saúde.

Destacou-se ao desenvolver um quadro conceitual de avaliação da qualidade em saúde a partir dos conceitos de **estrutura** (características dos recursos necessários – humanos, materiais, técnicos e financeiros), **processo** (abrange todas as atividades/ações para transformar *inputs* em *outputs* envolvendo profissionais de saúde e utentes, com base em padrões pré-estabelecidos) e **resultado** (produto final dos cuidados prestados aos utentes, considerando valor em saúde, satisfação de padrões e de expectativas).

Nos anos 80, Donabedian estabeleceu ainda, os “sete pilares da qualidade” provocando grandes mudanças na área da saúde:

- Eficácia – Resultados ou consequências de uma intervenção de saúde do ponto de vista estritamente técnico, ou aos resultados obtidos em condições ideais (cuidado ideal).
- Efetividade – Resultados ou consequências de determinado procedimento quando aplicado na prática, utilizando os recursos disponíveis (cuidado real).
- Eficiência – Relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos em determinada atividade. A produção eficiente é aquela que maximiza os resultados obtidos com um dado nível de recursos ou minimiza os recursos necessários para obter determinado resultado (estratégia de menor custo).
- Otimização – Tem em conta os cuidados com o utente em conjunto com os custos do tratamento, tentando criar a melhor relação custo-benefício, ou seja, a melhor relação entre o valor gasto e o resultado atingido, procurando sempre a melhor aplicação dos recursos disponíveis.
- Aceitabilidade – Refere-se à adaptação do utente e de seus familiares ao tratamento, estando diretamente direcionado às suas expectativas em relação aos cuidados recebidos. Sinónimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e da comodidade e custo do tratamento.
- Legitimidade – Relacionada com visão que a sociedade tem a respeito da organização. Além da relação com os clientes existe também a responsabilidade perante a sociedade em geral e os cuidados que ela necessita. Obter Legitimidade é fazer com que a sociedade aceite a instituição como uma boa prestadora dos serviços.
- Equidade – Princípio que rege o que é justo na hora de distribuir os cuidados e benefícios fornecidos pelas instituições de saúde para a sociedade. Torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade.

Estes sete pilares de Qualidade continuam a contribuir para alcançar a excelência na saúde, possibilitando a reflexão sobre fatores importantes para a organização, melhorando a visibilidade da instituição perante a sociedade, incluindo a sua imagem perante o mercado em que está inserida, além de incentivar muitos profissionais a refletir sobre as práticas e a melhorar sua prestação de cuidados, elevando a sua preocupação com a satisfação do utente e os resultados finais em saúde (Donabedian, 1997).

Em concordância com o descrito para a OMS qualidade significa um alto nível de excelência profissional, o uso eficiente dos recursos, o mínimo de riscos para o utente, um elevado grau de satisfação por parte do utente e família e a maximização dos ganhos em saúde (WHO, 2006). Como objetivos fundamentais das políticas de melhoria contínua da qualidade em cuidados de saúde, a OMS aponta a promoção da saúde das populações, a

estruturação dos serviços de saúde, a utilização racional e eficiente dos recursos tanto humanos, físicos como financeiros disponíveis e a garantia da competência profissional prestada aos cidadãos de forma a satisfazer plenamente as suas necessidades (WHO, 2006).

A qualidade em saúde pode assim ser considerada não só como um conjunto de processos a implementar e monitorizar mas como uma filosofia de trabalho que cada profissional deve integrar na sua prática diária, centrando os serviços que presta numa lógica de procura contínua da qualidade e pelos quais sinta satisfação, devendo ser vista como uma construção coletiva e resultado da competência individual de cada um (Leprohon, 2002).

Neste sentido, na base da qualidade em saúde está a qualidade dos seus profissionais que deve ser encarada como um valor para o qual é imprescindível competência, comportamento ético e compromisso com o conceito de missão da organização (Mezomo, 2001). Para o alcance deste desígnio não é suficiente o esforço de cada profissional por si só, nem a simples criação de equipas com vista à melhoria dos processos de trabalho. A qualidade em saúde deve ser integrada de forma objetiva na gestão estratégica das organizações de saúde, apoiada pelos seus responsáveis, sentida e vivida como parte integrante da cultura organizacional. O mesmo autor acrescenta ainda que a qualidade em saúde deve ser entendida como uma extensão da própria missão da organização ao atender e superar as expectativas dos seus clientes.

Santos (2009) corrobora e acrescenta que o investimento na área da qualidade torna-se essencial e permite à organização uma melhoria na sua *performance* financeira enquanto organização sistémica, com preocupações com o mercado global cada vez mais competitivo. Mas para que tal se comprove torna-se necessário avaliar a satisfação dos clientes utilizadores dos seus serviços. A perceção da qualidade e satisfação dos clientes são atualmente conceitos muito discutidos entre os diferentes tipos de *stackholders* do setor da saúde. Deste modo, as organizações de saúde devem dar prioridade à perceção da qualidade por parte dos seus clientes no que respeita ao serviço que prestam e avaliar em termos de resultados o seu nível de satisfação, fazendo uma reflexão sobre o assunto e consequentemente, potenciar ações preventivas/corretivas de modo a melhorar os seus serviços.

Nesta perspetiva quer por razões sociais, políticas, como económicas a qualidade é hoje um imperativo cada vez mais exigido aos serviços de saúde e aos seus profissionais. Na base destas razões pode-se enquadrar um vasto conjunto de justificações das quais se salientam: uma maior consciencialização dos direitos por parte dos clientes que, a par com maiores conhecimentos na área da saúde, se configuram em maiores exigências e expetativas relativamente aos serviços prestados; a imperiosa necessidade de sustentabilidade dos serviços de saúde sendo cada vez mais um peso crescente nas suas despesas; a competitividade e comparação entre organizações de saúde que, sendo algo relativamente

recente em Portugal, obriga a definir a qualidade como um objetivo a manter e aumentar; e a necessidade de valorização e satisfação dos utilizadores dos serviços mas também dos profissionais de saúde (Barros, 2016).

Como refere Hesbeen (2001), é importante utilizar instrumentos de medida na qualidade em saúde, mas é igualmente essencial não esquecer a vertente holística do cuidar ao realizar essa avaliação. O esquecimento desta vertente pode levar à insatisfação da população e dos profissionais de saúde motivados para o cuidar.

Neste sentido as organizações de saúde devem também desenvolver esforços para proporcionar condições e criar um ambiente favorável ao desenvolvimento profissional dos enfermeiros, promovendo o seu empenho em prol da qualidade (OE, 2015). A qualidade exige reflexão sobre a prática – para definir objetivos do serviço e delinear estratégias para os atingir, o que evidencia a necessidade de tempo apropriado para refletir nos cuidados prestados. Não basta aprovar projetos de qualidade, as instituições de saúde devem comprometer-se a criar um ambiente favorável à sua implementação e consolidação, para que esses projetos se tornem parte da rotina diária.

Assim surge o conceito de qualidade como estratégia de gestão tornando-se essencial quando pretendemos operacionalizar o conceito do ponto de vista da gestão pública. A gestão da qualidade surgiu com a necessidade de garantir o comprometimento das organizações com o objetivo da excelência dos seus produtos. Para implementar a melhoria contínua com sucesso depende do envolvimento dos trabalhadores da organização, que devem ser formados e motivados para a gestão da qualidade.

Neste contexto, Mezomo (2001) indica os princípios gerais para a gestão da qualidade como o enfoque no cliente; visão de futuro; liderança da gestão de topo; gestão com base em factos; melhoria contínua; criação de parcerias; participação e desenvolvimento dos colaboradores; ética; agilidade de resposta à mudança; orientação para os resultados; e ação preventiva. Existem várias estratégias e recursos para o reforço da gestão da qualidade em saúde podendo ser promovida através da governação integrada (abrangendo a governação clínica, empresarial e financeira, os sistemas de informação, da segurança e da gestão de risco) mecanismos de influência (incluindo as normas de orientação de qualidade e instrumentos de avaliação), processos assistenciais integrados e da participação e capacitação dos utentes (Campos & Carneiro, 2010), conducentes à promoção da autogestão e autocuidado, alteração de estilos de vida e comportamentos de risco e do acesso adequado aos recursos disponíveis.

A gestão da qualidade pressupõe uma filosofia de gestão participativa e descentralizada, centrada no cliente, e com forte incentivo ao trabalho de equipa como forma de motivar os colaboradores e estimular a inovação e melhoria dos processos. Na saúde, a adoção desta filosofia implica o compromisso de todos os gestores e profissionais com a qualidade dos

cuidados que são prestados a todos os níveis, e essa visão de gestão implica, claramente, uma mudança na cultura interna das organizações.

No espírito desta filosofia de gestão é criado em 2017 o Programa de Incentivo à Integração de Cuidados, através da criação de incentivos financeiros à constituição de projetos partilhados por vários sectores do Serviço Nacional de Saúde (SNS), com o objetivo de fomentar a articulação, coordenação e integração dos cuidados. Este programa pretende criar Valor em Saúde ao contribuir para o alinhamento de interesses complementares das instituições, para a aproximação dos instrumentos de gestão, de governação clínica e de Saúde e para a definição de programas comuns que alavanquem os níveis de produção e o desempenho global do SNS, adequando o conjunto de cuidados e/ou serviços às necessidades reais e específicas em saúde das populações.

O valor é entendido como o ganho obtido face ao investimento feito. Em cuidados de saúde, valor é definido por Porter & Teisberg (2006) como o resultado (*outcome*) em saúde em relação ao custo, o qual é determinado pela forma como é feita a abordagem aos cuidados, desde a prevenção e a monitorização, até ao seu tratamento e à gestão da doença. Ou seja, mais importante do que reduzir despesas em saúde, é reduzir o desperdício e acrescentar valor ao dinheiro que gastamos na saúde, na prática, obter mais qualidade pelo mesmo dinheiro.

Em suma a qualidade em saúde envolve a implementação, gestão e avaliação de programas e projetos científicos, desenvolvidos internamente ou segundo padrões externos, em parceria com outras organizações de saúde, capazes de comprovar um padrão de excelência assistencial, a partir da melhoria contínua dos padrões de estrutura, de processos e de resultados.

4.2 – Investigação em Enfermagem

O desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina e profissão tem vindo a sofrer mudanças significativas ao longo do tempo, marcadas pela necessidade premente de definir as suas práticas nas dimensões da qualidade e segurança nos vários níveis de contextos da prestação de cuidados.

As correntes do pensamento e formas de compreender os fenómenos, que tomaram a designação de paradigmas, marcaram a evolução do conhecimento. A enfermagem, como disciplina necessita de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, contextualizado e assegurado pela investigação sendo inseparável da prática diária. A prestação de cuidados de enfermagem exige uma formação profunda, articulada com a prática, sustentada na investigação e geradora de novas formas de saber e de fazer cuidados de enfermagem (Costa, 1999).

A investigação é essencial ao desenvolvimento da profissão, e esta “só pode evoluir se houver investigação feita por enfermeiros sobre os cuidados de enfermagem prestados” Nunes (2003, p 349), com promoção da produção de conhecimento científico, que orienta a prática dos cuidados, assegura a credibilidade da profissão junto dos cidadãos, favorecendo a melhoria, a eficácia e a eficiência dos cuidados (Fortin, 2000; Lamelas, 2002).

Em enfermagem a investigação é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento na disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades. Engloba todos os aspetos da saúde que são de interesse para a enfermagem, incluindo a promoção da saúde, a prevenção da doença, o cuidado à pessoa ao longo do ciclo vital, durante problemas de saúde e processos de vida, ou visando uma morte digna e serena (OE, 2006).

Nesta perspetiva a investigação torna-se hoje uma prática obrigatória em todas as áreas de atividade de enfermagem como a prestação de cuidados, gestão, formação, educação, política e regulação, constituindo uma ferramenta essencial na produção de conhecimento e na transformação da atual realidade dos cuidados de enfermagem. Mais especificamente foram enunciados pela OE (2006) quatro eixos prioritários de investigação: adequação dos cuidados de enfermagem gerais e especializados às necessidades do cidadão; educação para a saúde na aprendizagem de capacidades; estratégias inovadoras de gestão e liderança; e formação em enfermagem no desenvolvimento de competências.

Os enfermeiros podem estar envolvidos na investigação a três diferentes níveis: como investigadores, coordenando o estudo ou fazendo parte da equipa de investigação; como prestadores de cuidados a utentes sobre o qual está a recair a investigação e como utilizadores dos resultados de investigação.

Procura-se com a investigação fomentar uma atitude de carácter reflexivo e capacidade de análise crítica como sendo a melhor forma de a enfermagem se desenvolver. Equacionando aquilo que faz, refletindo e questionando os modelos de trabalho e as práticas profissionais, a enfermagem vai encontrando alternativas adequadas à resolução dos problemas com que atualmente se debate, resultantes da emergência de novas necessidades de cuidados em saúde.

4.2.1 – Prática Baseada na Evidência

O conhecimento adquirido pela investigação em enfermagem é utilizado para desenvolver a Prática Baseada na Evidência (PBE), que constitui um pré-requisito para excelência profissional, melhorando a qualidade e a segurança dos cuidados, bem como a otimização dos resultados em enfermagem e ganhos em saúde. A PBE é uma abordagem que reside no uso consciente, explícito e criterioso da melhor evidência atual de pesquisa (quantitativa e qualitativa) na tomada de decisão sobre o cuidado individual do doente/pessoa/família

(Sackett, 2003). Na Enfermagem a PBE envolve a definição de um problema, a procura e avaliação crítica das evidências disponíveis, a implementação dessas evidências na prática e a avaliação dos resultados obtidos (Galvão *et al.*, 2003), tendo em conta os recursos disponíveis.

Um dos modelos de cuidados de saúde baseados na evidência mais utilizado a nível mundial é o modelo do Instituto Joanna Briggs (JBI) que conceptualiza a PBE como tomada de decisão em cuidados de saúde, considerando quatro dimensões: a melhor evidência disponível; o contexto em que os cuidados são prestados; as preferências do utente e a experiência/competência do profissional de saúde. O modelo servindo de guia orientador retrata quatro componentes principais do processo de cuidados de saúde baseados na evidência: geração de evidência de cuidados de saúde; síntese da evidência (conduzindo a análises e revisões integrativas e sistemáticas da literatura de investigação); transferência da evidência em conhecimento e utilização da evidência na prática (Pearson, 2010).

Os cuidados de saúde baseados na evidência são representados como um processo cíclico que suscita interrogações, preocupações ou interesses a partir da identificação das necessidades globais de cuidados de saúde pelos profissionais ou utentes/consumidores e em seguida, direciona estas interrogações para gerar conhecimento e evidência que vá eficaz e adequadamente ao encontro dessas necessidades, de forma viável e significativa para populações, culturas e cenários específicos. Esta evidência é posteriormente avaliada, sintetizada e transferida para os contextos de prestação de cuidados que, posteriormente, a utilizam e avaliam o seu impacto nos resultados de saúde, sistemas de saúde e prática profissional (Pearson, 2010).

Dada a sua relevância assiste-se atualmente a uma crescente consciencialização da importância da investigação em enfermagem e os regulamentos da profissão prevêem-na como uma atribuição funcional dos enfermeiros. Contudo saliento que para a implementação da PBE se tornar uma realidade na enfermagem, são necessárias mudanças nas áreas educacional, organizacional e individual. As instituições de ensino além de introduzirem disciplinas desta área na grelha curricular, devem possibilitar aos estudantes a compreensão do processo de pesquisa e a aquisição e desenvolvimento de competências para a seleção e avaliação crítica dos artigos disponíveis em enfermagem. No processo de aprendizagem o estudante deve ser estimulado a tornar-se consumidor de pesquisas e a participar em encontros para a discussão da viabilidade de aplicação dos estudos na prática de enfermagem.

As organizações de saúde devem ter um papel mais proactivo, motivando e incentivando a investigação como geradora de conhecimento, desenvolvendo iniciativas de suporte à PBE em termos de educação e formação em enfermagem integradas numa cultura organizacional facilitadora do processo.

Os gestores de enfermagem ao adotarem neste âmbito ações de planeamento e estratégia organizacional fomentam a capacidade dos enfermeiros em implementar efetivamente uma PBE no seu ambiente atual de prestação de cuidados, alargando essa prática a iniciativas futuras, incentivando e criando simultaneamente condições institucionais à realização e divulgação de mais estudos de investigação nos serviços e em revistas científicas, admitindo a sua influência na melhoria dos cuidados de enfermagem e na redução dos custos em saúde.

No panorama político e económico atual os elevados custos dos cuidados em saúde, conduzem as organizações de saúde a pressionarem os gestores à racionalização dos cuidados e à justificação científica dos custos, tendo em conta os seus benefícios efetivos, obrigando desta forma à validação dos cuidados com base em estudos científicos. Existem já revisões sistemáticas que incorporam a análise económica para sintetizar os resultados de vários estudos. As sínteses de evidência económica podem fornecer informações importantes para os *decision makers* em cuidados de saúde (Pignone *et al.*, 2005). Neste sentido é previsível que cada vez mais as pesquisas sejam orientadas no sentido de fornecer respostas para questões relacionadas com a prática direta dos cuidados, condições dos utentes, intervenções de enfermagem, resultados dos cuidados e o impacto económico na saúde.

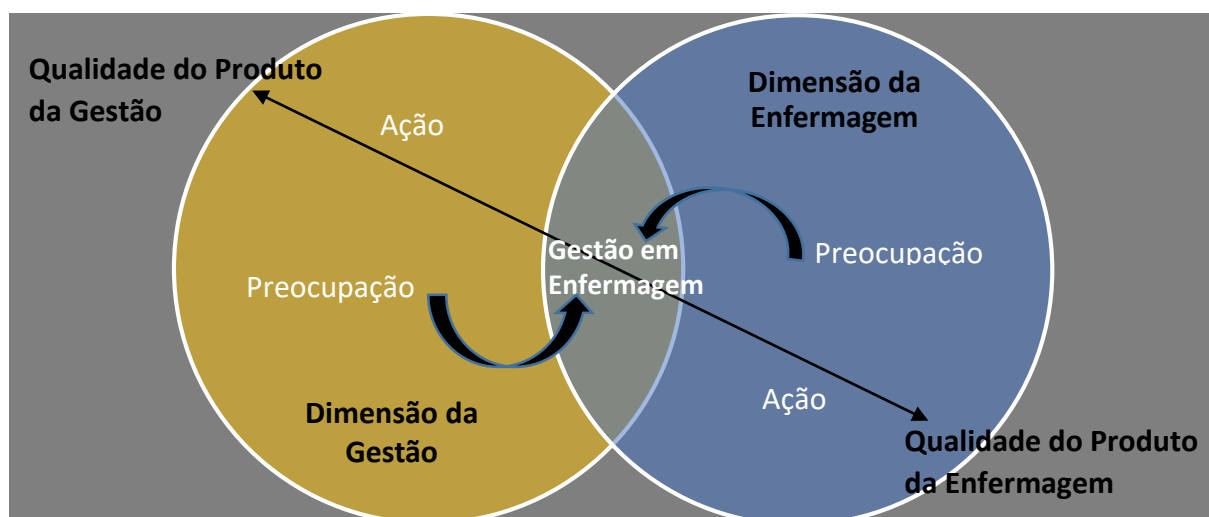
Em síntese a PBE vai ao encontro da obrigação social da enfermagem enquanto profissão e ciência, alicerçando a sua credibilidade entre as áreas de conhecimento no contexto da saúde sendo um instrumento de mudança na criação de novas formas de gestão e políticas de saúde.

4.3 – Gestão em Enfermagem

A gestão é imprescindível à existência, sobrevivência e sucesso de qualquer organização e as organizações de saúde não são exceção. A gestão das organizações de saúde tem sido influenciada pelas tendências e teorias que têm emergido da disciplina de gestão, dominando o pensamento e guiando a prática dos enfermeiros com funções de gestão.

Para Scalzi & Anderson (1989) os enfermeiros com funções de gestão orientam-se por uma dupla perspetiva teórica, a da enfermagem e a da gestão, representado no Modelo da Dupla Dimensão do Gestor de Enfermagem (figura n.º 1) segundo o qual, o enfermeiro com funções de gestão tem um papel que surge da interação destas duas disciplinas. Nesta perspetiva estas duas dimensões ao serem consideradas elementos da esfera de atividade dos enfermeiros na área de gestão podem influenciar o seu papel.

Figura n.º 1: Modelo da dupla dimensão do Gestor de Enfermagem



Fonte: Adaptado de Scalzi & Anderson (1989)

Esta ideia de fundamentar e basear a prática dos enfermeiros gestores nas concepções da disciplina de enfermagem, nos princípios e valores da profissão é partilhada e defendida na literatura de enfermagem por várias autoras (Kérrouac *et al.*, 1994; Hesbeen, 2001; Sielloff & Raph, 2011). A concepção de enfermagem que orienta a prática de cuidados deverá também apoiar a prática da gestão dado ser desejável que tantos os enfermeiros com funções de gestão como os enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem “utilizem a mesma linguagem, os mesmos conceitos e a mesma visão dos cuidados de enfermagem” (Kérrouac *et al.*, 1994, p.112) ou, pelo menos, que procurem “uma compreensão comum” na sua linguagem e missão (Hesbeen, 2001, p.81).

Neste sentido, o modelo conceptual de enfermagem que está na base do pensamento do enfermeiro gestor, poderá ser utilizado e influenciar o modo como ele concebe e implementa o processo de gestão, traduzindo a sua visão distinta e específica da gestão em enfermagem, e de forma particular, o processo de gestão de cuidados. Em causa entre muitas outras, estão as perspetivas de qual a missão e valores da enfermagem, do que são cuidados de enfermagem de qualidade, das necessidades dos clientes e seus significados, das condições do ambiente de cuidados que poderão ser promotoras de cuidados humanizados.

Uma das teorias da gestão que com mais influência na enfermagem foi a teoria geral dos sistemas de Ludwig von Bertalanffy (1901-1972) em que cada sistema é composto por sistemas e está integrado num macro-sistema; os sistemas são abertos; as funções de um sistema dependem da sua estrutura; o todo formado por um sistema é superior à mera soma das partes que o constituem; cada sistema transforma *inputs* em *outputs* numa relação. Esta teoria aborda um elemento inovador - a interação entre os sistemas, fundamental para se

compreenderem as organizações o ambiente que as envolve, na qual se integram e da qual são dependentes.

Esta visão sistémica é de particular importância quando se aplica aos serviços de enfermagem. Estes passam a ser considerados um subsistema do sistema organizacional em que se enquadra sendo aceite como um subsistema do sistema maior que será o sistema de saúde. Neste sentido, o seu desempenho será influenciado, entre outros, pelos *inputs* (recursos, políticas, normas) que lhe são alocados, pelos objetivos definidos pela administração e pela qualidade do processamento da informação.

Scalzi & Anderson (1989) consideram que a adoção de uma perspetiva sistémica por parte do enfermeiro gestor integrará as dimensões de enfermagem e de gestão num sistema único em que prevalece um conjunto unificado de objetivos o que poderá ajudá-lo a ultrapassar as dificuldades de trabalhar numa zona de interação. Nesta premissa sistémica os resultados da gestão e da enfermagem são interdependentes e esta interdependência é a base da vitalidade do sistema. Ao aceitar estes princípios o enfermeiro gestor tem possibilidades de atingir uma maior qualidade de resultados para o sistema, dada a existência de cooperação.

Resultantes da teoria sistémica as questões da qualidade, da eficiência, do *marketing*, da satisfação do consumidor/cliente começaram a dominar os objetivos da Nova Gestão Pública tornando-a mais eficiente e eficaz, centrada na proximidade dos cidadãos e na melhoria dos serviços prestados, não descurando o aspeto económico, contribuiu para que as organizações de saúde comesçassem a perder as suas características estruturais de burocracias profissionais (Ferreira & Silva, 2012).

Simultaneamente, a interferência desta ideologia no sector da saúde induz mudanças na representação social do conceito de saúde, que deixa de ser socialmente identificada como um bem coletivo para se institucionalizar, crescentemente, como um bem comercializável e transacionável assimilando, em simultâneo, os valores e normas da gestão privada, em que o consumidor é o centro das novas políticas de saúde (Carvalho, 2006).

As alterações verificadas ao nível da saúde, associadas ao controlo de custos, têm influência não só nos resultados do exercício profissional, mas também nos profissionais, abrindo caminho à colocação de desafios aos enfermeiros gestores e à profissão de enfermagem.

Assistimos em Portugal a alterações no modelo organizacional das nossas organizações principalmente no seu estatuto jurídico “empresarialização dos hospitais”, no entanto, a centralidade no cliente, não foi suficientemente valorizada, não favorecendo a evolução de novas dinâmicas de gestão. A centralidade no cliente na prestação de cuidados é de forma inequívoca o cerne da gestão moderna na saúde. A governação clínica envolve uma remodelação das políticas, organizações e dos processos, promovendo uma mudança

cultural, capaz de investir no poder dos clientes e seus familiares assegurando que os cidadãos estão nos processos de decisão (Barbosa, 2011). A monitorização e avaliação da opinião dos cidadãos, através de questionários de avaliação da satisfação, sugestões, críticas, permitem uma interação entre estes e a gestão, favorecendo um clima de desenvolvimento e melhoria da prestação dos cuidados.

Esta mudança organizacional segundo Lemos (2008) poderá ser também impulsionadora para a enfermagem, na medida em que possibilita uma alteração na relação de poder, aumentando a esfera de influência e potenciando a visibilidade do trabalho dos enfermeiros. Refere ainda que seria vantajoso para a enfermagem aproveitar esta abertura ideológica subjacente aos novos modelos de gestão levando os enfermeiros ao empreendedorismo sustentado e autónomo. As mudanças procuram introduzir estruturas de sistemas de incentivos (até agora não conseguidas) que induzam alterações no funcionamento das organizações de saúde, procurando promover os valores da eficiência, eficácia e economia.

Neste contexto de mudança social profundamente marcada nas organizações de saúde impõe-se a garantia da equidade no acesso aos cuidados de saúde, nomeadamente aos cuidados de enfermagem, à gestão descentralizada e participativa na saúde e ao idêntico nível de dignidade e autonomia no exercício profissional.

Esta mudança exige do enfermeiro gestor uma rutura com a cultura organizacional existente, uma vontade intrínseca para a mudança e abertura para novos modelos de pensamento e de ação na prestação dos cuidados, privilegiando o envolvimento de todos os intervenientes na melhoria contínua do processo de cuidar. Ao adotar um novo modelo conceptual de cuidar o enfermeiro gestor adere a uma nova filosofia, a um novo modo de pensar e de agir, assente em valores humanistas, que reconhece o potencial de autonomia, crescimento, desenvolvimento e de atualização de si e dos outros (Kérouac *et al.*, 1994).

Trata-se de assumir o desafio de compreender o cuidar como uma filosofia e uma ética que pode ser aplicada às estruturas e processos organizacionais e ser utilizada nas relações com os indivíduos e os grupos. Sendo um critério diferenciador a atitude ética e de responsabilidade social dos enfermeiros gestores torna-se essencial a capacidade de enfrentar novos desafios e que tenham um papel mais proactivo nos processos de mudança centrados no utente e na obtenção de resultados sobretudo qualitativos em saúde.

Nesta linha de pensamento Ribeiro *et al* (2008:17) consideram que aos enfermeiros responsáveis pela gestão, compete responsabilizar-se pela garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, devendo estes: “planear e concretizar ações que visem essa melhoria, colaborar na avaliação da qualidade dos cuidados e definir padrões de cuidados de enfermagem e indicadores de avaliação.”

Não existia, em Portugal nenhum documento oficial que determinasse ou orientasse quais as competências ideais ou esperadas de um enfermeiro que exerça funções de gestão. No

sentido de alterar esse vazio legal foi criada em 2009 a Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Liderança (APEGEL:1) defendendo que “a gestão é uma área de intervenção da Enfermagem com uma importância estratégica e primordial para a qualidade dos cuidados prestados por qualquer unidade de saúde”, referindo que o enfermeiro gestor “promove o desenvolvimento moral e profissional da equipa (...) e mantém e desenvolve os recursos/competências existentes em si mesmo e nos outros”. O grande objetivo desta associação foi criar e implementar o perfil de competências do enfermeiro gestor valorizando a qualificação dos enfermeiros gestores, ao garantir com o seu desempenho a melhor qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados à população.

Salienta ainda que os enfermeiros gestores têm que compreender e acompanhar o impacto das mudanças políticas e reformas de saúde, criando um pensamento estratégico no planeamento e organização de todas as intervenções, gerindo a mudança de acordo com a visão de enfermagem e respetivas competências.

Ao analisar as vertentes da gestão em enfermagem constata-se que esta associação baseia as suas intervenções em quatro eixos, nomeadamente: a prática profissional ética e legal; gestão de cuidados e serviços; a intervenção política e assessoria; o desenvolvimento profissional. A supervisão clínica e a formação como instrumento de gestão são áreas de eleição da gestão em enfermagem, que contribuem para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Em 2014 a Ordem dos Enfermeiros (OE) aprova por maioria o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor que posteriormente foi publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 48 de 10 de Março de 2015 (Regulamento n.º 101/2015), onde se encontram discriminadas as competências acrescidas do Enfermeiro Gestor nos domínios da gestão e a assessoria de gestão. Mais recente foi publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 21 a 30 de Janeiro de 2018, o Regulamento n.º 76/2018 da Competência Acrescida Avançada em Gestão nos domínios da gestão e da assessoria e consultadoria (abordados no Capítulo III).

O reconhecimento destas competências com a operacionalização e implementação do perfil de competências do enfermeiro gestor no exercício de funções de gestão e assessoria é de elevada importância para assegurar a qualidade do exercício profissional e refletindo-se na qualidade e na segurança dos cuidados prestados.

O enfermeiro gestor, além das suas competências técnicas específicas das ciências da enfermagem, tem um leque de saberes relacionados com os conceitos da gestão de forma a exercer a sua atividade em grupos de pessoas organizadas, com a particularidade de ter uma visão holística de toda a equipa/unidade/organização, contexto e ambiente, favorecendo a integração entre as pessoas (profissionais e utentes). Assume uma posição crucial dada a proximidade da sua ação, tanto junto da sua equipa como junto dos utentes, sendo o que

melhor compreende e interpreta as necessidades de ambos e o impacto dos cuidados prestados (APEGEL, 2010).

O enfermeiro gestor é visionário, pensa estrategicamente de forma a planejar adequadamente as respostas que lhe são solicitadas, enquanto promove o trabalho em equipa de forma eficaz, gerindo a mudança, dando valor à produção de cuidados de enfermagem e preparando-se adequadamente para as novas necessidades e competências.

Este grupo profissional tem vindo a assumir um conjunto de responsabilidades fundamentais para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde: de entre os inúmeros exemplos, podemos citar ao nível organizacional, a liderança em projetos de melhoria da qualidade, o papel central nas Comissões de Controlo de Infecção e de Saúde Ocupacional, a seriedade dos projetos anuais de formação, a implementação de processos de avaliação de desempenho e de sistemas de informação. São considerados agentes no processo de mudança das organizações de saúde, assumindo uma posição estratégica ao desenvolverem estruturas, formas de organização e ambientes de cuidados que proporcionem práticas profissionais de qualidade e uma utilização eficiente e racional dos recursos disponíveis (Hesbeen, 2001).

Com suporte nessa posição estratégica emerge a necessidade de apoiar a Gestão dos Cuidados a partir do método de trabalho por “enfermeiro de referência”, imprescindível para uma prestação de cuidados de elevado nível de complexidade, que contemple e promova a satisfação dos utentes, permitindo simultaneamente a implementação de sistemas para a monitorização do custo/benefício, efetivo e gestão da segurança.

4.3.1 – Novas Exigências Impostas à Gestão

Na atual situação económica do nosso país e de forma a garantir a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde com uma melhor utilização dos recursos disponíveis, impõem-se novas exigências aos profissionais de saúde e à gestão no exercício das suas funções que segundo Barros (2013) são as seguintes:

- Capacidade de reinventar os fatores de motivação, dando mais importância aos aspetos pessoais e de desenvolvimento pessoal dos profissionais de saúde. Torna-se necessário encontrar instrumentos de valorização e autonomia para a construção de projetos de desenvolvimento profissional.
- Capacidade de avaliação do efeito dos cuidados prestados. São os profissionais de saúde que têm o melhor conhecimento do que se produz, ou não produz, e a melhoria do estado de saúde, sendo importante a distinção entre o que são necessidades efetivas.

- Capacidade de adotar e transmitir as melhores práticas em gestão, o que implica documentar e sistematizar a evidência subjacente à prática seguida e simultaneamente liderar e consolidar as mudanças na organização.
- Flexibilidade dos serviços de saúde. Os serviços têm de ter a capacidade de a cada momento e em cada local responder aos desafios concretos que se apresentam.

Os enfermeiros gestores a partir de uma liderança determinada ao nível de cada organização de saúde, ao adotarem estas novas exigências estão certamente a contribuir para uma mudança efetiva, com repercussões na qualidade dos cuidados prestados.

Para a transformação do modo como os cuidados de saúde são prestados é essencial que os profissionais de saúde sejam capazes de olhar para a sua atividade do ponto de vista do utente, e que a gestão das unidades de saúde permita responder da melhor forma (Barros, 2013). Estes profissionais pela sua proximidade e atividades interventivas são as pessoas que estão melhor posicionadas, para perceber como se pode melhorar o percurso e os resultados em saúde, propondo e implementando projetos de qualidade, condicionando de forma direta a melhoria dos resultados organizacionais.

CAPITULO II – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

Antes da realização do estágio foi essencial a compreensão aprofundada do contexto em que o projeto seria implementado de modo a facilitar a posterior necessidade de desenvolver ações em consonância com as problemáticas identificadas. Este por sua vez deverá possibilitar a identificação de problemas, respetivas causas e evolução, levando à determinação específica das necessidades, facilitando o desenvolvimento posterior das etapas de um projeto que se pretende interventivo.

A contextualização possibilita a compreensão mais aprofundada da realidade a que um trabalho específico se refere, facilitando assim a todo o processo de planeamento e prospeção de intervenções a desenvolver pela adequação à realidade assistencial. Assim, considereei pertinente a realização de uma abordagem do ponto de vista do enfermeiro gestor sobre a instituição, serviço e a unidade onde decorrerão as atividades propostas de modo a alcançar os objetivos estabelecidos, perspetivando sempre que a contextualização do estágio conduza a uma análise facilitadora do processo de planeamento e operacionalização da metodologia adotada.

1 – HOSPITAL ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA

Há mais de quinhentos anos que o Hospital de Évora serve a população do Alentejo. Ao longo de cinco séculos, este Hospital Central passou por diversas evoluções e teve várias designações: Hospital Real, Hospital do Espírito Santo, Hospital da Misericórdia; e, após o 25 de Abril de 1974, Hospital Civil e Hospital Distrital de Évora. Em 1996 retomou o nome Hospital do Espírito Santo, sendo Entidade Pública Empresarial (EPE) desde 2007. No ano seguinte, o HESE-EPE foi classificado como Hospital Central.

1.1 – Missão

O HESE-EPE é um hospital público geral, integrado na rede do Serviço Nacional de Saúde (SNS) da Região Alentejo, que desenvolve a sua atividade dirigida à prestação de cuidados de saúde diferenciados, adequados e em tempo útil, garantindo padrões elevados de desempenho técnico-científico, de eficaz e eficiente gestão de recursos, de humanização e promovendo o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores.

1.2 – Visão

O HESE-EPE existe para dar resposta às necessidades de cuidados de saúde diferenciados da população que serve. Pretende-se que seja uma Unidade de Saúde moderna, eficiente, bem inserida na Rede de Referência Nacional com uma estrutura física e organizacional racional em articulação com outros hospitais da região e com os Cuidados de Saúde Primários, desempenhando o papel de hospital Central no Alentejo. Pretende-se alcançar a médio prazo o estatuto de Hospital de Qualidade, com elevado grau de diferenciação tecnológica.

1.3 – Valores

O Hospital rege-se pelos seguintes valores:

- a) Respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos;
- b) Excelência técnica;
- c) Cultura da melhor gestão;
- d) Respeito pelas normas ambientais;
- e) Promoção da qualidade;
- f) Ética, integridade e transparência;
- g) Motivação;
- h) Trabalho de equipa.

1.4 – Objetivos Organizacionais

No cumprimento da sua missão e visão o HESE-EPE tem pautado a sua atuação com o intuito de atingir os seguintes objetivos:

- a) Contribuir para a obtenção de ganhos de saúde em articulação com os CSP e com o sector social e privado;
- b) Garantir a humanização dos cuidados e os direitos dos utentes;
- c) Melhorar o acesso e a adequação da oferta de serviços;
- d) Melhorar a eficiência técnica e económica;
- e) Melhorar a qualidade dos cuidados e da organização dos serviços;
- f) Valorizar o capital humano;
- g) Otimizar a utilização das tecnologias da informação e comunicação.

1.4.1 – Objetivos Estratégicos para o Subsistema de Enfermagem

O Enfermeiro Diretor propôs os seguintes objetivos estratégicos para o subsistema de enfermagem, aprovados pelo Conselho de Administração:

- Promover o exercício profissional baseado nos deveres éticos e princípios deontológicos;

- Garantir a operacionalização da metodologia científica de organização de cuidados;
- Desenvolver programas/projetos de promoção da qualidade;
- Garantir a eficiência organizacional com base nos pressupostos das boas práticas de gestão;
- Promover a atualização e aperfeiçoamento profissional.

1.5 – Políticas da Organização

Com o intuito de atingir os objetivos e garantir a eficiência económica, financeira, social e ambiental foram definidas as seguintes políticas e linhas de intervenção:

- a) Melhoria global da organização interna;
- b) Otimização dos recursos, promovendo um aumento da eficiência técnica e económica, com particular destaque para a reorganização do internamento;
- c) Desenvolvimento dos sistemas e tecnologias de informação através da informatização da atividade clínica via sistema “*Alert – Paper Free Hospital*”;
- d) Desenvolvimento de uma política de complementaridade em rede através da implementação da linha estratégica “Integração com os CSP”, estabelecendo-se diversos protocolos de articulação com os CS;
- e) Desenvolvimento de uma política global de qualidade com particular destaque para o desenvolvimento de políticas que incrementam a comunicação interna e externa, e para a promoção de uma política de humanização;
- f) Desenvolvimento de uma política de recursos humanos racional através do projeto de “Valorização profissional dos funcionários” cujo intuito é promover um plano de formação associado às necessidades dos serviços e de suporte aos projetos institucionais;
- g) Desenvolvimento de uma política de avaliação de desempenho através da execução da linha de intervenção “Generalização do SIADAP a toda a organização”;
- h) Desenvolvimento de políticas de contenção e controlo de custos, com particular ênfase para a área dos recursos humanos.

1.6 – Obrigações de Serviço Público

1.6.1 – Objeto

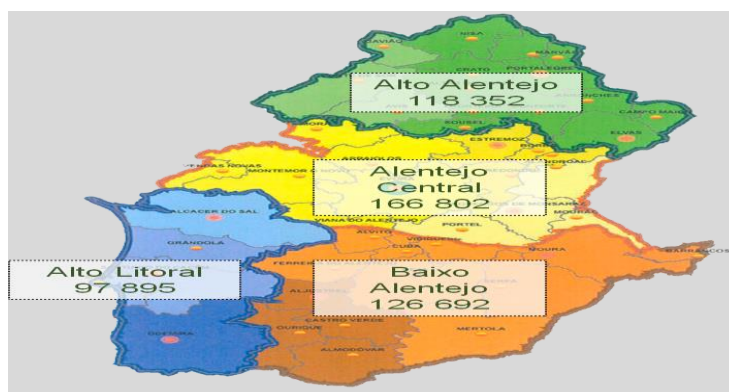
De acordo com o Decreto-Lei n.º 233/2005 de 29 de Dezembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 244/2012, de 09 de Novembro, pelo Decreto-Lei n.º 133/2013, de 03 de Outubro e, Decreto-Lei n.º 12/2015, de 26 Janeiro, o HESE-EPE, inserido no Sistema Nacional de Saúde, tem por objeto principal a prestação de cuidados de saúde diferenciados e de alta qualidade técnica à população, designadamente aos beneficiários do SNS e subsistemas de saúde, ou de entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde, e a todos os cidadãos em geral. A organização também tem por objeto desenvolver atividades de

investigação, formação e ensino, sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde dependente da respetiva capacidade formativa, podendo ser objeto de contratos-programa em que se definem as respetivas formas de financiamento.

1.6.2 – Área de Influência

A área de influência de primeira linha abrange 150 mil pessoas, correspondendo ao Distrito de Évora, que coincide com a área correspondente ao Alentejo Central (NUT III) abrangendo todos os seus Concelhos num total de 14: Alandroal, Arraiolos, Borba, Évora, Estremoz, Montemor-o-Novo, Mora, Mourão, Portel, Redondo, Reguengos de Monsaraz, Viana do Alentejo, Vendas Novas e Vila Viçosa. Em segunda linha abrange cerca de 440 mil pessoas, correspondente a toda a região do Alentejo, num total de 33 Concelhos (15 do Distrito de Portalegre, 13 do Baixo Alentejo e 5 do Litoral Alentejano).

Figura n.º 2: Área de Influência



Adicionalmente, o HESE presta, de acordo com o previsto nos documentos da Rede de Referência Hospitalar do SNS, a oferta de cuidados de saúde diferenciados para toda a região do Alentejo, nomeadamente na área de Neonatologia.

1.7 – Termos Contratuais da Prestação de Serviço Público

A prestação de serviço público no âmbito do SNS é regulada através de um Contrato-Programa estabelecido com a ARS-Alentejo e a Administração Central do Sistema de Saúde, no qual estão definidos os objetivos do plano de atividades do HESE-EPE, bem como todas as contrapartidas financeiras relativas à produção contratada. No que concerne, aos restantes utentes, a prestações de cuidados de saúde decorre da natureza de serviço público do hospital e da aplicação das normas legais que materializam a observância dos princípios de cobertura e de acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde.

Na medida em que todos os contratos-programa assentam nos mesmos princípios, conceitos e condições gerais, importa aprovar as respetivas cláusulas contratuais gerais. O clausulado dos contratos-programa cinge-se às condições gerais da prestação a contratar

com cada hospital, prevendo-se, no essencial, as obrigações assumidas por ambas as partes em matéria de políticas de melhoria, integração com outras redes de prestação de cuidados, acesso aos cuidados de saúde e outros direitos dos utentes, qualidade, sistemas de informação, remuneração e custos.

1.8 – Modelo de Financiamento Subjacente à Prestação de Serviço Público

O modelo de financiamento subjacente à prestação de serviço público está regulado da seguinte forma:

- a) Os hospitais EPE são financiados nos termos da base XXXIII da Lei de Bases da Saúde.
- b) De acordo com o Despacho n.º 721/2006 de 11 de Janeiro, o regime de financiamento definido para as unidades de saúde integradas no setor empresarial do Estado determina que o pagamento dos atos e atividades é realizado através de contratos-programa a celebrar com o Ministério da Saúde. Estes contratos estabelecem os objetivos, as metas qualitativas e quantitativas da atividades produzida, a sua calendarização, os meios e instrumentos para os prosseguir, designadamente de investimento, os indicadores para avaliação do desempenho dos serviços e o nível de satisfação dos utentes e as demais obrigações assumidas pelas partes, tendo como referencial os preços praticados no mercado para os diversos atos clínicos.
- c) Com o aumento dos custos hospitalares, foi necessário converter o financiamento em pagamento prospetivo baseado em Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH) utilizando esta unidade de pagamento pela produção realizada por doente saído incluindo uma componente de ajustamento por episódio clínico (índice *case-mix*), tornando o sistema de pagamento mais complexo, quer em termos administrativos, quer em termos operacionais. O Índice de *case-mix* é obtido através do cálculo do rácio entre os doentes equivalentes saídos ponderados pelos coeficientes relativos dos respetivos GDH e o número total de doentes equivalentes saídos. Este indicador caracteriza o perfil de produção do Hospital em termos de custos dos seus doentes tratados, incluindo as características da própria instituição e as necessidades específicas de saúde da população global abrangida permitindo, corrigir situações em que os custos médios por doente aparentemente elevados numa determinada instituição sejam explicados pelo facto de a sua casuística incluir um numero elevado de patologias dispendiosas (Santana, 2006).

2 – SERVIÇO DE PEDIATRIA

O Serviço de Pediatria do HESE é composto por vários serviços e unidades dos quais fazem parte: o Internamento de Pediatria Geral que integra o Hospital de Dia e a Cirurgia de Ambulatório; a Maternidade – Setor dos RNs; a Unidade de Neonatologia; a Consulta Externa de Pediatria; a Urgência de Pediatria e Unidade de Internamento de Curta Duração; Telemedicina e Pediatria Social.

A área de influência do Serviço ultrapassa o Distrito de Évora abrangendo também algumas franjas dos Distritos limítrofes. Na área neonatal o Serviço recebe RNs dos Hospitais de Beja, Portalegre e Elvas sendo a Unidade de Referência da Região Alentejo, desde Abril de 2001. O serviço na sua globalidade assume um compromisso com o “bem CUIDAR” diário patente no melhor atendimento possível que contribua para a melhoria da condição de saúde dos seus utentes e familiares em que a satisfação das crianças/jovens e família assume um papel fundamental. Envolvido no processo de Acreditação, com sucesso, tendo atingido essa meta em 2014. Para além da atividade assistencial o Serviço de Pediatria tem atividades de formação, ensino, investigação e de intervenção na comunidade, desempenhando os seus membros diversos cargos de responsabilidade dentro e fora do Hospital na área da saúde infantil e juvenil. As atividades desenvolvidas pautam-se pelos seguintes objetivos:

- Promover o crescimento saudável das crianças e dos jovens;
- Aumentar a quantidade e melhorar a qualidade dos serviços prestados;
- Pugnar e promover ainda mais a humanização no Serviço;
- Apostar na formação do pessoal;
- Pelejar para que o Serviço tenha um papel ativo e interventivo no Hospital e na comunidade onde se insere.

Desde 2011 que crianças e jovens internados no Serviço de Pediatria recebem as visitas dos Remédios do Riso (Doutores Palhaços) que os animam com gargalhadas e risos. Articula-se ativamente com a comunidade estabelecendo Protocolos com várias instituições como é o caso do Protocolo de colaboração com a Associação Remédios do Riso.

2.1 – Unidade de Neonatologia

O Hospital de Évora foi considerado inicialmente, pela Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil, um Hospital de Apoio Perinatal, sendo um dos que reunia mais possibilidades para passar a Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado. Consequentemente nasce a Unidade de Neonatologia do HESE com a intenção de assegurar Cuidados Intensivos à Região Alentejo, tendo sido inaugurada em Junho de 1990. Funciona desde Abril de 2001

como UCIN, sendo a Unidade de referência de toda a Região Alentejo recebendo RNs de outros Distritos fora do Alentejo, desde que não haja vagas nos Hospitais Centrais das áreas de residência.

Em 26 de Abril de 2001 foi aprovado por despacho da Senhora Ministra da Saúde a Rede de Referência Materno-Infantil que considera o HESE, um Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado e oficializa a Unidade de Neonatologia do nosso Hospital como UCIN, que tem como missão prestar cuidados diferenciados com qualidade, segurança e humanização.

A Unidade está situada no piso n.º 3 do HESE, junto à Sala de Partos. Recebe e assegura cuidados diferenciados a prematuros com IG superior a 24 semanas, e bebés de termo com patologias até aos 28 dias de vida. Tem uma lotação total de 12 postos (8 incubadoras e 4 berços). Dispõe de 3 salas: Sala A - destinada à prestação de Cuidados Intensivos, com 3 incubadoras; Sala B - destinada à prestação de Cuidados Intermédios/Especiais, com 5 incubadoras; Sala C - destinada à prestação de Cuidados Mínimos com 4 berços.

Figura n.º 3: Imagem da Sala A



Figura n.º 4: Imagem da Sala B



Figura n.º 5: Imagem da Sala C



A UCIN é constituída por um gabinete médico, um gabinete de enfermagem, uma copa, uma copa de leite (sala de preparação de leite materno, leite artificial e leite especial para prematuros), uma sala de extração de leite materno, onde as mães podem recolher o leite

com maior privacidade; uma divisão para a preparação da terapêutica, uma sala de contaminados, um vestiário do pessoal com casa de banho, salas de arrumos, cacifos para os pais, e um corredor para visitas (através do vidro).

O acesso à Unidade é efetuado através de um sistema de segurança, que permite a abertura da porta mediante a marcação de código de acesso ou se a abertura for efetuada a partir do interior, após identificação por intercomunicador da pessoa que pretende entrar. Em 2007 a Unidade foi incorporada na Rede Europeia de Neonatologia. Foi um marco importante para o Serviço de Pediatria, para o Hospital e para a Região Alentejo e um primeiro passo para o reconhecimento do Hospital de Évora como Hospital Regional.

É de salientar também, na área da humanização do Serviço, a criação de três quartos, em 2004, para as mães permanecerem durante a noite, em instalações anexas à Unidade de Neonatologia (área de residência superior a 30 km de distância, ou que estejam a amamentar) compostas por 2 quartos (1 quarto com uma cama e outro com duas camas, uma casa de banho, frigorífico, aquecedor e ar condicionado).

Para promover o acolhimento dos RNs a Unidade criou, no final de 2001, um guia de acolhimento sobre os direitos e deveres que é distribuído a todos os pais, incentivando-os a permanecerem junto dos RNs durante 24 horas por dia fomentando a parceria da família na prestação de cuidados de forma gradual e de acordo com as suas competências. Na alta é entregue aos pais um Guia de Alta contendo as orientações mais relevantes sobre os cuidados essenciais.

A Neonatologia dispõe de um livro de elogios, já com vários registos de satisfação em termos de cuidado por parte dos pais, referenciado como critério de qualidade ao nível da satisfação. Em 2011 iniciou-se uma nova técnica de apoio ventilatório com óxido nítrico aumentando, assim, a autonomia da unidade e, conseqüentemente, diminuindo o número de transferências para outros hospitais.

2.1.1 – Recursos Humanos

Nesta unidade exercem funções uma equipa médica constituída pelo Diretor de Serviço (Dr. Hélder Gonçalves), pelo Coordenador da Unidade de Neonatologia (Dr. Hélder Ornelas), quatro Pediatras Especialistas em Neonatologia, pediatras, em sistema de rotação, com os colegas da Maternidade, e o Cirurgião Pediatra de apoio. Permanece sempre de presença física um pediatra no serviço durante as 24 horas.

A equipa de Enfermagem é constituída pela Enfermeira Chefe (Enf.^a Ana Dias) e por dezanove Enfermeiras detentoras da especialidade em Saúde Infantil e Pediatria. A distribuição dos enfermeiros é realizada na manhã pela Enfermeira Chefe nos dias uteis, e nos restantes turnos pela Enfermeira Responsável de turno ficando sempre destacado um elemento por turno para exercer essas funções recaiando também a capacidade de decisão

sobre qualquer assunto da unidade. A distribuição é de 3 a 4 enfermeiras no turno da manhã e 3 enfermeiras nos restantes turnos. De forma a assegurar a continuidade dos cuidados ao RN, o trabalho da equipa de enfermagem divide-se em três turnos: turno da manhã (8h às 16h.30m); turno da tarde (16h às 0h.30m) e turno da noite (0 horas às 8h.30m).

Fazem ainda parte da equipa multidisciplinar cinco Auxiliares de Ação Médica que se dividem entre o turno da manhã e da tarde visto não trabalharem no turno da noite. O serviço conta ainda, sempre que necessário com o apoio da Psicóloga do Serviço, da Assistente Social, Fisiatra, Fisioterapeutas e Terapeuta da fala.

2.1.2 – Métodos e Modelos Adotados pela Equipa de Enfermagem

A metodologia científica de trabalho utilizada pela equipa de enfermagem é o método individual de trabalho que consiste na distribuição de um determinado número de RNs a cada uma das enfermeiras presentes (de acordo com as horas de cuidados necessárias, atribuídas de forma empírica, uma vez que não está instituído o sistema informático de classificação de doentes), ficando responsáveis pela prestação da totalidade dos cuidados de enfermagem no seu turno, apesar da constante interajuda entre colegas. A enfermeira além identificar, planejar, executar e avaliar cuidados de enfermagem de acordo com as necessidades individuais do RN e família, é também responsável pela implementação de todas as intervenções autónomas e interdependentes, procurando otimizar o potencial do RN e dos pais para a obtenção de ganhos em saúde. Esta metodologia permite estabelecer uma comunicação efetiva com os pais, favorecendo uma visão holística da célula familiar, contribuindo para um elevado nível de desempenho na satisfação das necessidades do RN e família, sendo promotora da prestação e da continuidade de cuidados humanizados e de qualidade.

Em termos de registos de enfermagem, a UCIN possui um sistema informático de prescrição eletrónica, pelo que estão disponibilizados três computadores para consulta de terapêutica prescrita. Os registos de enfermagem são efetuados em folha própria, (suporte de papel), onde se transcreve os dados de identificação do neonato, idade gestacional, idade corrigida, peso, dados clínicos, tipo e quantidade de alimentação que é administrada, medicação prescrita e administrada, frequência de eliminação vesical e intestinal, análises e exames realizados e notas gerais de enfermagem. A folha é feita diariamente no turno da manhã e é preenchida de acordo com o horário em que são prestados os cuidados aos RNs.

O processo clínico com a restante informação (folha de avaliação inicial, diário clínico, folha de prescrição eletrónica impressa, folha de enfermagem, resultados de análises e exames complementares de diagnóstico, etc.) encontra-se disponível em *dossier* individualizado para cada RN no gabinete de enfermagem, para que possa ser consultado por qualquer membro da equipa multidisciplinar.

No que diz respeito à dinâmica funcional da Unidade e atendendo aos referenciais teóricos e legais, que preconizam uma parceria de cuidados, o modelo de prestação de cuidados centrados na família é amplamente “cultivado” e respeitado, reconhecendo a família como uma constante na vida do RN. A este propósito o modelo de parceria nos cuidados, criado por Anne Casey (1988) reconhece expressamente o contributo dos pais na assistência ao filho. Este modelo tem subjacente um processo de negociação, essencial para o planeamento dos cuidados, o qual deve ser alicerçado no respeito pela família, nas suas necessidades, valores, crenças e desejos o que contribui para o bem-estar do RN e família ao permitir que fiquem calmos num ambiente que lhes é desconhecido. Os pais são considerados aliados no processo de reabilitação e funcionam como agentes eficientes e membros preciosos da equipa, no que concerne à manutenção do equilíbrio físico, psíquico e social do RN. Para preservar esse equilíbrio os cuidados prestados devem ser em forma de proteção, estímulo e amor. Desta forma não restam dúvidas que os pais são as pessoas mais bem preparadas para os prestar, sendo naturalmente os melhores cuidadores. Esta parceria e a visita dos irmãos e dos avós em horário adequado e limitado contribui significativamente para a melhoria na qualidade dos cuidados prestados.

Nesta lógica de qualidade e segurança nos cuidados está implementado na UCIN desde 2014, o Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento do RN (NIDCAP) desenvolvido por Heidelise Als e sua equipa de colaboradores no início dos anos 80, como uma estratégia para diminuir o impacto negativo do ambiente das UCIN nos RNPs. O programa além dos aspetos físicos do ambiente engloba todos os procedimentos de cuidar, bem como os aspetos sociais envolvidos, com a finalidade de criar uma relação baseada num ambiente de suporte para o RN e família, propondo que as interações relativas aos cuidados e ao ambiente devem ter em conta os subsistemas do RN, assegurando um suporte a longo prazo (Santos, 2011).

Os componentes chave do NIDCAP incluem: coordenação; avaliação; meio ambiente tranquilo; consistência no cuidar/cuidados colaborativos; agrupamento de cuidados/estruturar às 24 horas; posicionamento adequado; oportunidades para contacto pele-a-pele; suporte individualizado para a alimentação; conforto para a família (Silva, 2005).

O núcleo do NIDCAP assenta essencialmente numa abordagem comportamental individualizada para a prestação de cuidados, baseada na informação que o comportamento do RN nos fornece, permitindo a formulação de um plano de cuidados que melhore e fortaleça as forças do RN, servindo de suporte e apoio em situações de sensibilidade e vulnerabilidade. A descrição comportamental das funções do RN é entendida no contexto do estado clínico e da sua história, assim como na história da sua família, tornando-o num ativo colaborador do seu próprio cuidado. Todas estas observações resultantes da comunicação comportamental providenciam informação valiosa para os enfermeiros e para os médicos, sobre como

estruturar e adaptar os cuidados e as interações no intuito de realçar as competências e forças do RN para prevenir ou diminuir sinais de desconforto, *stress* ou dor (Als, 2009).

A equipa valoriza muito a diminuição/atenuação dos agentes causadores de *stress* no RN através da utilização do NIDCAP, tendo em vista a saúde e o bem-estar do prematuro. Os cuidados são realizados de forma organizada e agrupados sempre que possível de 3/3 horas, preferencialmente nos períodos em que o RN se encontra em estado de alerta, com particular atenção à redução da estimulação ambiental como a luminosidade e o nível de ruído sonoro.

Potencia-se o uso de técnicas não farmacológicas como a amamentação, a sucção não nutritiva, a contenção, o toque, o contacto pele-a pele e o colo, para diminuir ou atenuar a dor do RN. Esta forma de cuidados pretende acima de tudo promover o correto desenvolvimento do RN principalmente, dos prematuros internados na UCIN ao proporcionar orientações educacionais e treino específico, em avaliação e observação comportamental, da equipa multidisciplinar, melhorando a longo prazo as consequências da prematuridade na criança e na família.

2.1.3 – Recursos Materiais e Gestão de Stocks

A UCIN encontra-se equipada com fármacos, materiais e equipamentos necessários aos cuidados e ao nível de assistência esperado do serviço. Dispõe de: 1 carro de emergência com monitor desfibrilhador (sala A); 8 monitores cardíacos (3 na sala A e 5 na sala B); 3 ventiladores invasivos e 3 não invasivos CPAP (sala A); 12 bombas infusoras e 14 seringas infusoras (sala A e sala B); 1 *dinamap* (sala C), 10 aspiradores de secreções (3 na sala A, 5 na sala B e 2 na sala C); rampas de ar e de oxigénio (em todos os postos da sala A e da sala B e dois na sala C); 3 aparelhos de fototerapia e 1 de óxido nítrico. Além das 8 incubadoras que incorporam a unidade de cuidados, encontram-se sempre preparadas 2 incubadoras para transporte, uma para transporte intra-hospitalar de emergência e reanimação, com ventilador invasivo integrado e outra para transporte extra-hospitalar.

Os fármacos estão armazenados segundo o sistema *Kanban*[®] por cores e em gavetas por ordem alfabética, na divisão destinada à preparação da terapêutica. Os restantes materiais utilizados para a prestação de cuidados, administração da terapêutica prescrita e realização de alguns tratamentos, encontram-se armazenados nas dispensas e nos armários de cada sala de acordo com as características do consumo.

Na gestão de uma organização de saúde em geral e nesta unidade em particular a gestão de *stocks* assume, um papel fundamental, pois a sua logística é transversal a toda a organização. Designa-se por *stock* o conjunto de unidades de cada artigo que constitui determinada reserva, aguardando satisfazer uma futura necessidade de consumo, constituindo um elevado investimento dos serviços de Saúde procurando-se com uma gestão eficaz trazer benefícios económicos significativos (Reis, 2010). Para facilitar todo este

processo foi implementado na organização o sistema *Kanban*® como método de reposição de *stocks*, integrado numa filosofia de gestão que procura melhorar a organização de forma a atender as necessidades dos clientes no menor tempo possível, com a mais alta qualidade e ao menor custo.

A procura/consumo dos fármacos e material de consumo clínico nas unidades de prestação de cuidados de saúde, na grande maioria das vezes, não tem um comportamento determinístico, mas sim incerto, aleatório como é o caso da UCIN do HESE em que o modelo de gestão de *stocks* utilizado é o modelo de procura/consumo e oferta aleatórias. Integrado neste modelo a unidade adotou o Modelo de Revisão Periódica Aleatória. A encomenda é efetuada em data predefinida com o armazém, com uma periodicidade fixa entre encomendas (neste caso semanal). No dia estipulado para o pedido o nível de *stock* existente é comparado com a quantidade necessária para o próximo período de consumo, sendo a encomenda efetuada pela diferença entre estas duas quantidades. Existe a possibilidade de rutura se a procura durante o período entre encomendas acrescido do prazo de entrega for superior ao *stock* necessário para o próximo período. Para lidar com este comportamento aleatório, foi constituído o *stock* de segurança, assegurando uma proteção contra eventuais aumentos da procura acima do previsto (Carvalho & Ramos, 2016).

CAPITULO III – ANÁLISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

O termo competência vem do latim “*competentia*” e traduz um amplo conceito como capacidade, aptidão, resolução, conhecimento. A definição de competência pressupõe a aquisição de um conjunto de conhecimentos e de processos que conduzam o enfermeiro à compreensão, interpretação e resolução de problemas, desenvolvendo a sua capacidade de pensamento e de atitudes favoráveis à sua aprendizagem. A competência é entendida, segundo Le Boterf (2002) como, “saber gerir uma situação profissional complexa”, dando ênfase, não apenas ao conjunto do saber, saber fazer ou saber ser/estar, “mas na capacidade de os mobilizar e conjugar, respondendo a novas situações”. Assim fica em clara evidência, que na demonstração das suas competências o enfermeiro deverá ser capaz de demonstrar o seu conhecimento, as suas capacidades e desenvolver estratégias nos diversos contextos da sua prática profissional e também estar apto a evidenciar tais competências em situações de eventual complexidade na sua área de especialidade.

Ao longo do meu percurso acadêmico e profissional fui desenvolvendo competências em vários domínios. Exerço funções de enfermeira no HESE desde 1995, há 23 anos, tendo prestado cuidados diferenciados em vários serviços (Medicina, Cirurgia II, Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia) incluindo funções de gestão de recursos humanos e materiais. Neste momento exerço funções de Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria na unidade de Neonatologia.

Benner (2001), seguindo o modelo de Dreyfus (1981) de aquisição e desenvolvimento de competências identificou cinco níveis de competências na prática clínica de enfermagem; iniciado, avançado, competente, proficiente e perito. Esta autora enfatiza a experiência profissional e considera que o conhecimento prático é adquirido com o tempo e com a aprendizagem experiencial. Apesar de integrar a equipa de enfermagem da neonatologia há menos de dois anos, considero que na grande maioria das situações, o meu nível de desempenho poderá ser classificado como proficiente, fruto da minha longa experiência profissional. O enfermeiro proficiente pela sua experiência tem capacidade de reconhecer as situações no seu todo, ou seja, quais os acontecimentos típicos a acontecer numa determinada situação surgindo a perceção como o conceito mais importante deste nível. A experiência e esta compreensão melhora o seu processo de decisão.

No processo de aquisição de competências é necessário refletir nas aprendizagens que a prática (*know-how*) nos oferece, coligando os saberes da prática à teoria (conhecimento cognitivo) sem descuidar o comportamento ético, com estabelecimento das responsabilidades,

preocupações e compromissos da profissão (Benner, 2001). Tal como refere Perrenoud, cit. por Cardim (2007), as competências permitem realizar tarefas e enfrentar problemas, implicando quase sempre a mobilização de saberes ou conhecimentos previamente adquiridos. A competência é da ordem do saber mobilizar (Le Boterf, 2002), e transferir (Benner, 2001) ou seja o conhecimento aplicado na prática diária, na ação.

Em concordância com Kant, “todo o nosso conhecimento começa pela experiência” (Bento, 1997). Como tal, a experiência adquirida no presente estágio, pretende servir para a interiorização de conhecimentos, aptidões e Competências de Mestre em Enfermagem presentes no artigo 15º do Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março, republicado em anexo do Decreto-Lei n.º 115/2013 e para a construção da identidade em concordância com o Regulamento n.º 101/2015 do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 48 de 10 de Março de 2015.

Devo salientar que o Projeto de Estágio (PE) foi elaborado em consonância com este último Regulamento que se encontrava em vigor à data, no entanto veio a registar pequenas alterações presentes no Regulamento n.º 76/2018 da Competência Acrescida Avançada em Gestão, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 21 de 30 de Janeiro de 2018. Os domínios da competência acrescida avançada em gestão são: o domínio da gestão e o domínio da assessoria e consultadoria. As competências no domínio da gestão são as seguintes: A – Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a Deontologia Profissional; B – Desenvolve um sistema de gestão de qualidade como modelo de excelência e referência para a melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados de saúde e das organizações; C – Adota estratégias de liderança que assegurem o desenvolvimento profissional e organizacional sendo um agente ativo dos processos de mudança que acrescentam valor à profissão e à organização; D – Operacionaliza as funções de planeamento, organização, direção e controlo como componentes estruturantes, interdependentes e sequenciais do processo de gestão, utilizando um modelo facilitador do desenvolvimento organizacional e promotor da qualidade e da segurança; E – Garante uma prática profissional baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde. No domínio da assessoria e consultadoria a competência é a seguinte: F – Desenvolve a assessoria e a consultadoria visando processos de mudança que agreguem valor às organizações de saúde.

Assim sendo as Competências do Enfermeiro Gestor no domínio da gestão (A1, A2, A3, A4, A5) e no domínio da assessoria (B1), presentes no PE, dão lugar aos domínios da Competência Acrescida Avançada em Gestão, no domínio da gestão (A, B, C, D, E) e no domínio da assessoria e consultadoria (F).

Em relação às Competências de Mestre em Enfermagem prevê-se a aquisição das seguintes competências: M1 – Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação,

na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada; M2 – Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência; M3 – Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais; M4 – Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida; M5 – Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais; M6 – Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular; M7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Para além dos Decretos-Lei e Regulamentos referentes às competências já mencionadas suportei-me também no Regulamento n.º 351/2015 relativo aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, aprovado pela OE em 2011, e publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 119, de 22 de Junho de 2015. Os Padrões de Qualidade constituem para os enfermeiros especialistas nesta área de especialização, uma oportunidade e referencial para a prática especializada, estimulando a reflexão contínua sobre a qualidade do exercício profissional, apoiando os processos de melhoria contínua da qualidade.

De acordo com o que foi referido a realização do Estágio teve a finalidade de consolidar conhecimentos anteriormente adquiridos na teoria e mobilizá-los para o domínio da prática de Enfermagem, ou seja aplicar o saber adquirido na ação diária. Como área de intervenção prioritária destacou-se a implementação da visita domiciliária a bebés prematuros e de baixo peso após a alta da unidade de neonatologia.

Neste capítulo serão analisados os objetivos, as atividades realizadas e as competências desenvolvidas tendo por base o PE (Apêndice I) conjuntamente com uma reflexão da prática profissional exercida durante o percurso do estágio. As atividades mencionadas respeitaram protocolos, circulares normativas, orientações técnicas e textos de apoio da Direção Geral da Saúde em uso na organização e na unidade de Neonatologia incluindo a metodologia de execução de algumas das atividades, bem como as particularidades relativas a cada procedimento. Saliento que apesar de fazer uma descrição mais detalhada de algumas atividades realizadas e competências desenvolvidas, o facto não se deve a uma forma de hierarquização ou intenção de lhes atribuir diferente valor, mas apenas corresponde à necessidade de evidenciar o trabalho desenvolvido durante o período de Estágio.

A componente crítico-reflexiva, que procurei desenvolver, ao longo deste documento visa transmitir a intencionalidade das atividades desenvolvidas, o significado das experiências vividas e o aporte de conhecimentos que este período de formação proporcionou.

1 – IDENTIFICAR A DINÂMICA ESTRUTURAL, ORGANIZACIONAL E FUNCIONAL DO HESE, SERVIÇO DE PEDIATRIA E UNIDADE DE NEONATOLOGIA

Justificação: Deter uma visão global da Organização relativamente às especificidades de saúde, no contexto das necessidades das populações e das políticas de saúde.

Neste objetivo estava inerente a aquisição das seguintes competências:

Competência Acrescida Avançada em Gestão

A – Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a Deontologia Profissional.

B – Desenvolve um sistema de gestão de qualidade como modelo de excelência e referência para a melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados de saúde e das organizações.

C – Adota estratégias de liderança que assegurem o desenvolvimento profissional e organizacional sendo um agente ativo dos processos de mudança que acrescentam valor à profissão e à organização.

F – Desenvolve a assessoria e a consultadoria visando processos de mudança que agreguem valor às organizações de saúde.

Competências de Mestre

M1 – Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada.

M3 – Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.

M4 – Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida.

M6 – Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular.

M7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

As organizações podem ser definidas “como conjuntos de pessoas que trabalham de forma coordenada para atingir objetivos comuns” (Cunha, Rego, Cunha & Cardoso, 2007, p. 38). Ao conjunto de hábitos e crenças estabelecidos através de normas, valores, atitudes e expectativas partilhados por todos os membros da organização designa-se por cultura organizacional. Refere-se ao sistema de significados compartilhados por todos os membros, que se reflete nos procedimentos que devem adotar e seguir tanto na realização das suas tarefas como na resolução de problemas e conflitos.

Todas as organizações possuem a sua própria cultura, que as distingue das demais e que explica muitos dos fenómenos que ocorrem sobretudo no seu ambiente interno. É transmitida a todos os elementos através do processo de integração e socialização influenciando

o comportamento dos funcionários no seu ambiente de trabalho. Segundo Frederico (2001) com este processo os indivíduos apreendem o sistema de valores, normas e padrões de comportamento solicitados pela cultura organizacional em que ingressam.

A essência da cultura de uma organização é expressa pela maneira como trabalha, como trata os seus utentes e funcionários, pelo grau de autonomia e liberdade que existe nas suas unidades ou serviços e pelo grau de lealdade expresso pelos funcionários em relação à instituição, constituindo um modo institucionalizado de pensar e de agir. Assim sendo a cultura organizacional representa as normas informais, não escritas que orientam o comportamento dos membros de uma organização no dia-a-dia e que direcionam as suas ações para o alcance dos objetivos organizacionais. No fundo, é a cultura que define a missão e provoca o nascimento e a definição dos objetivos da organização, resultante da interação das pessoas, particularmente, do fenómeno da influência mútua do indivíduo-organização-indivíduo. A cultura precisa de ser alinhada juntamente com outros aspetos das decisões e ações da organização como planeamento, organização, direção e controlo para que se possa conhecer melhor a organização.

Segundo Laino & Rodriguez (2004) o estudo da cultura organizacional tem como propósito reduzir os constrangimentos decorrentes da implementação de novas estratégias, projetos, programas e tecnologias. A cultura organizacional influencia deste modo todo o processo de comunicação interno e externo.

Apesar de trabalhar para a mesma organização há vários anos senti necessidade de complementar alguns conhecimentos sobre a missão, visão, valores, objetivos organizacionais, objetivos estratégicos para o subsistema de enfermagem, área de influência, políticas, obrigações, termos contratuais e modelos de financiamento do HESE, descritos de forma detalhada no capítulo II. Esta dinâmica organizacional bem como os temas prioritários de formação transversais a toda a organização dos quais destaco: qualidade organizacional e projetos de melhoria contínua da qualidade serviram de suporte a todas as fases do planeamento do projeto de intervenção.

Nas primeiras semanas de estágio realizei uma revisão geral do Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2005) procurando antecipar algumas situações que pudessem ocorrer na prática clínica. Todos os princípios, valores, direitos e deveres do código deontológico são imprescindíveis, no entanto dei particular ênfase aos artigos: 80.º (do dever com a comunidade); 82.º (do direito à vida e à qualidade de vida); 83.º (do direito ao cuidado); 84.º (dever de informar); 85.º (do dever do sigilo); 88.º (da excelência do exercício); 89.º (da humanização dos cuidados) e 90.º (dos deveres para com a profissão), dadas as características dos cuidados prestados na UCIN ao bebé e família e na continuidade desses cuidados no domicílio. Em todo o percurso do Estágio a minha conduta e as minhas intervenções foram orientadas pelo disposto no código deontológico.

A realização de entrevistas informais à enfermeira chefe/supervisora sobre a dinâmica estrutural organizacional e funcional do HESE, Serviço de Pediatria e Unidade de Neonatologia, permitiu ter um conhecimento mais abrangente sobre as práticas e a cultura organizacional, sendo essenciais na aquisição das competências selecionadas. As entrevistas incidiram sobre os objetivos e metas do serviço, gestão de recursos humanos e materiais, organização da equipa multidisciplinar, manuais orientadores, protocolos, normas, projetos e procedimentos, circuito de assistência ao RN, patologias mais frequentes, guia de acolhimento e guia de orientação sobre os cuidados após a alta, direitos e deveres dos pais; segurança e privacidade, planeamento das altas e serviços de apoio, articulação, parcerias e protocolos com outros serviços e instituições da comunidade.

O modelo de organização existente e as entrevistas informais com os elementos chave da equipa bem como a análise de toda a informação recolhida, foi fundamental para conhecer as áreas de maior necessidade de intervenção, reequacionar prioridades, delinear os objetivos pessoais e definir estratégias de forma a gerir eficazmente os recursos disponíveis.

Nesta perspetiva foi entregue e discutido o PE com a enfermeira supervisora e professora orientadora, expondo as minhas expectativas, necessidades de formação e procuramos em conjunto adaptar os objetivos de estágio à realidade concreta garantindo assim, tanto quanto possível, a sua exequibilidade.

No percurso do estágio foi sempre minha intenção aproveitar todas as oportunidades de aprendizagem refletindo criativamente sobre o papel do enfermeiro gestor na equipa de enfermagem, na unidade e na organização, reconhecendo a gestão como uma área prioritária de intervenção da enfermagem, de uma importância estratégica e primordial para a prática profissional ética e legal, bem como para a qualidade dos cuidados prestados. Neste sentido procurei de forma incessante mais e melhores conhecimentos, visando o aperfeiçoamento da nossa prática assistencial junto do RN e família, mobilizando a equipa a desenvolver recursos e competências, promovendo o crescimento pessoal e profissional da equipa, acrescentando valor à organização.

A interferência da Nova Gestão Pública no sector da saúde introduziu a ideia de “cliente” do serviço público, em que consumidor sendo o centro das novas políticas de saúde passa a comandar todas as decisões neste campo, com particular ênfase à competitividade, racionalidade económica e à valorização dos resultados obtidos.

Face a estas mudanças induzidas nas novas políticas de saúde numa lógica baseada no fortalecimento dos relacionamentos institucionais com a sociedade civil, passa a ser requerido às organizações a governação em rede, num processo contínuo de melhoria, sendo considerado um requisito ético e um instrumento de mudança, a formação de redes inter-organizacionais e a criação de parcerias com a comunidade.

Tendo esta consciência penso que as organizações de saúde devem criar estratégias para conseguirem estar ao nível das expectativas políticas e dos clientes, o seu público-alvo. A missão e os valores são princípios concetuais com o objetivo de determinar o foco estratégico da organização ou seja o alinhamento de interesses. Devem ser definidos não naquilo que as organizações pensam no presente mas no que devem ser no futuro, sempre numa perspetiva visionária, melhorando a própria imagem da organização na sociedade.

Este “*design thinking*” que constitui o pensamento estratégico, centrado na qualidade de cuidados e no cliente condicionou-me várias vezes a interrogações: “o que os clientes exigem em termos de missão e valores são possíveis de cumprir?”; “conseguiremos como organização estar à altura das suas expectativas?”; “que mudanças posso introduzir na nossa *praxis* para que isso seja possível? Como enfermeira a desenvolver competências na área de gestão tenho responsabilidades acrescidas, impondo a mim própria um papel mais ativo.

Nesta perspetiva tornou-se fundamental compreender e acompanhar o impacto das mudanças políticas e reformas na saúde, na criação de um pensamento estratégico no planeamento e organização de todas as intervenções, gerindo a mudança de acordo com a visão de enfermagem e respetivas competências. Tendo uma visão estratégica do serviço e dos indicadores de gestão influenciei e mobilizei a equipa a participar no projeto de intervenção como agentes ativos, utilizando a formação como instrumento de gestão em enfermagem, ressaltando a contribuição desta área de eleição na melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Foi minha intenção agir sempre como vetor motivacional e de mudança, criando indicadores de produção e de qualidade em cuidados de enfermagem, bem como indicadores de avaliação, racionalização dos recursos e transparência na relação custo/benefício, presentes ao implementar a visita domiciliária, sustentada em evidências científicas com ganhos em saúde, garantindo simultaneamente a sustentabilidade da organização.

Pelo exposto, considero que o este objetivo foi atingido na sua plenitude.

2 – ADQUIRIR CONHECIMENTOS E DESENVOLVER COMPETÊNCIAS CIENTÍFICAS, TÉCNICAS E RELACIONAIS RELATIVAS À VISITA DOMICILIÁRIA A PREMATUROS

Justificação: Desempenho atualizado na prestação de cuidados de excelência tendo como visão as necessidades dos bebés e família.

As competências que estão subjacentes a este objetivo são:

Competência Acrescida Avançada em Gestão

B – Desenvolve um sistema de gestão de qualidade como modelo de excelência e referência para a melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados de saúde e das organizações.

C – Adota estratégias de liderança que assegurem o desenvolvimento profissional e organizacional sendo um agente ativo dos processos de mudança que acrescentam valor à profissão e à organização.

D – Operacionaliza as funções de planeamento, organização, direção e controlo como componentes estruturantes, interdependentes e sequenciais do processo de gestão, utilizando um modelo facilitador do desenvolvimento organizacional e promotor da qualidade e da segurança.

E – Garante uma prática profissional baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde.

Competências de Mestre

M2 – Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.

M3 – Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.

M4 – Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida.

M6 – Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular.

M7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Sendo um elemento integrante da equipa de enfermagem da unidade de neonatologia demonstrou ser uma mais-valia contribuindo consideravelmente para o êxito de todo o percurso de estágio. Tal facto permitiu-me sistematizar informações e atividades inerentes ao contexto de estágio visando a aquisição de confiança, segurança e eficiência contribuindo para a satisfação e desenvolvimento de capacidades e competências pessoais e profissionais indispensáveis ao enfermeiro especialista pela otimização das suas potencialidades.

Esteve sempre presente a preocupação de suportar no conhecimento científico as decisões tomadas, pelo que foram atividades permanentes, a reflexão da atividade e prática profissional, a procura constante de informação e formação através da pesquisa bibliográfica, complementada com a formação em contexto académico, interação com os profissionais mais experientes ou peritos em diversas áreas de intervenção e por último, a mobilização e

integração dos conhecimentos adquiridos para responder de forma adequada às situações e questões emergentes da prática. A formação e informação que obtive neste processo formativo contínuo foram fundamentais na construção de conhecimentos e competências técnicas, científicas, humanas e culturais, atendendo às características da unidade de cuidados bebé-família de forma individualizada.

Numa sociedade complexa e cada vez mais exigente, urge a necessidade de uma Enfermagem distinta e especializada, capaz de dar resposta às exigências oriundas dos progressivos avanços tecnológicos e científicos, o que implica a capacidade de gerir saberes e competências não descurando os princípios deontológicos, a *legis-artis*, ético-morais e na qual a formação tem um papel preponderante, aos mais diversos níveis.

De acordo com a Proposta do Sistema de Individualização de Especialidades em Enfermagem da OE (2007), o Enfermeiro Especialista é aquele que possuiu um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado. Para Alegre (2006) o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, centrado na sua população-alvo, terá de ser o impulsionador do desenvolvimento do conhecimento disciplinar nesta área, tornando-se perito, através da investigação e da reflexão na e sobre a prática.

Benner (2001) refere que a perícia de desempenho é incrementada pela experiência e pela formação, defendendo que “a prática competente de enfermagem excede os limites da teoria formal”. Destaca a experiência, considerando que é através dela que o Enfermeiro aprende a focar de imediato aquilo que é relevante da situação e a extrair o seu próprio significado. Descreve o enfermeiro perito como o profissional que tem o domínio intuitivo da situação sendo capaz de identificar a origem do problema sem deixar de considerar uma série de diagnósticos e soluções alternativas. Preconiza que a excelência da prática dos cuidados é conseguida quando se atinge a perícia profissional, ao qual está inerente uma aprendizagem experiencial. Sendo que a experiência corresponde a uma associação entre o conhecimento teórico e a prática profissional. Isto permite inferir que para alcançar o caminho da excelência do Cuidar em Enfermagem impõem-se a necessidade de articular diferentes formas de conhecimento, inclusive aquele que advém da experiência e da prática diária contextual.

As enfermeiras especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica assumem assim um papel preponderante na dinâmica organizacional da unidade e na gestão dos cuidados a prestar.

2.1 – Revisão Integrativa da Literatura

Com o propósito de sintetizar o estado do conhecimento sobre o cuidado após a alta, aos bebês prematuros/baixo peso recorri aos princípios de uma Revisão Integrativa da Literatura sobre a temática. A revisão integrativa emerge como uma metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática (Silveira, 2005). Considerada um método científico de recurso, utiliza uma abordagem que permite a inclusão de pesquisas relevantes experimentais e não-experimentais, que dão suporte à tomada de decisão e à melhoria da prática clínica (Benefield, 2003). Esse método tem a potencialidade de promover o desenvolvimento de competências como suporte à Prática Baseada na Evidência.

Tendo em conta o objetivo definido e no sentido de guiar a elaboração da revisão, foi utilizado o método PI[C]O (Cochrane 2009), quer na elaboração da questão orientadora, como na definição dos critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos artigos. Seguindo este fio condutor formulei a seguinte pergunta de pesquisa: **Como efetivar a continuidade de cuidados de enfermagem aos bebês prematuros e de baixo peso após a alta?**

Quadro n.º 1: Critérios para a formulação da pergunta PI[C]O

P	Participantes	Alvo do estudo	Prematuros Bebês de baixo peso	Palavras-Chave: Premature Low birth weight Patient discharge Transitional Care Home nursing
I	Intervenções	O que foi feito	Continuidade de cuidados após a alta	
(C)	Comparações	Não aplicável	Não aplicável	
O	Outcomes	Resultados	Modos de realizar/ estratégias	

Na construção da pergunta estruturada segundo o acrónimo PI[C]O e partindo do descritor MeSH Browser obtive as seguintes palavras-chave: Premature; Low birth weight; Patient discharge; Transitional Care; Home nursing. As palavras-chave foram organizadas com a adição do booleano OR e AND, na sequência: (Premature Infant OR Low birth weight) AND (Patient discharge) AND (Transitional Care) AND (Home nursing), em inglês e português. Realizei no mês de Outubro de 2017, a pesquisa na plataforma de bases de dados *on-line*, EBSCO e B-ON exibidos nos quadros seguintes.

Quadro n.º 2: Plataforma de bases de dados EBSCO e seus limitadores

Bases de dados	Limitadores
CINAHL Complete	• Língua inglesa • Humano • Primeiro autor é enfermeira • Qualquer autor é enfermeira • Prática baseada em evidências • Bebês • Texto completo em PDF • Resumo disponível
MEDLINE Complete	• Língua inglesa • Bebês • Humano • Resumo disponível
Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	• Texto em PDF
Cochrane Central Register of Controlled Trials	• Língua inglesa • Resumo disponível
Cochrane Database of Systematic Reviews	• Friso cronológico 2009-2017
MedicLatina	• Texto em PDF

Quadro n.º 3: Plataforma de bases de dados B-ON e seus limitadores

Bases de dados	Limitadores
SciELO	• Texto completo em PDF • Resumo disponível • Friso cronológico 2009-2017

Para a seleção dos artigos foi necessário definir os critérios de inclusão e exclusão apresentados no quadro seguinte.

Quadro n.º 4: Critérios inclusão e exclusão

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
Texto completo em PDF	Não apresentem texto completo em PDF
Estudos com evidência científica, qualitativos ou quantitativos	Estudos sem evidência científica
Estudos em português e inglês	Estudos que se apresentem numa outra língua que não inglês ou português
Resumo disponível	Resumo não disponível
Estudos em que pelo menos um dos autores é Enfermeiro	Estudos em que nenhum dos autores é Enfermeiro
Modo de pesquisa Booleano/frase	
Friso cronológico entre 2009 e 2017	

Foram encontrados 24 artigos com o cruzamento das palavras-chave e com limitadores das bases de dados. Posteriormente realizei o cruzamento das bases de dados e excluí 6 estudos que se repetiam. Dos 18 artigos que ficaram, 7 foram eliminados após a leitura dos títulos, resumos e aplicados os critérios de exclusão. Para a elaboração desta revisão foram selecionados 11 artigos que se enquadram com a pergunta de pesquisa.

Com a finalidade de obter os dados dos artigos selecionados, para posterior análise elaborei um instrumento de recolha, capaz de assegurar que a totalidade dos dados relevantes fosse extraída, servindo como registo, minimizando os erros de transcrição e garantindo precisão das informações. Considerei como variáveis relevantes: Autores/Fonte de Publicação/Ano/Pais/ Nível de Evidência (NE); Tipo de estudo; Objetivos, resultados e Conclusões (Quadro n.º 5).

A maioria dos artigos em análise (8) são estudos descritivos cujo nível de evidência é IV, um estudo transversal com nível de evidência III, uma RIL com análise de estudos aleatórios e randomizados controlados com nível de evidência II e um estudo randomizado controlado aleatório com nível de evidência I (Vilelas, 2017).

Quadro n.º 5: Matriz de síntese dos estudos analisados

Autores/ Fonte Ano/ Pais/ NE	Tipo de Estudo	Objetivos	Resultados	Conclusões
E1 Morais AC, Quirino MD, Almeida MS, Revista Acta Paulista Enferm/ 2009/Brasil Evidência IV	Estudo descritivo, qualitativo. Recolha de dados por meio de entrevista semiestruturada e observação descritiva no domicílio. N=7 mães	Identificar o cuidado domiciliar prestado pela mãe e/ou responsáveis à criança prematura; descrever o cuidado prestado ao premature no domicílio e os aspectos que interferem neste processo.	As categorias encontradas foram: o cuidar da criança prematura no domicílio; preocupações que emergiram convivendo com o premature; a importância do suporte social para o cuidar do premature. As observações realizadas mostraram que os cuidados prestados à criança referentes à higiene, alimentação, prevenção de infeções são adequados. Quanto às intercorrências apresentadas pelo filho (apneia, refluxo gastro- esofágico, cianose), as mães expressaram preocupações, insegurança e medo.	As mães, cuidadoras, desempenhavam adequadamente o cuidado; explicitaram preocupações com crescimento e desenvolvimento dos filhos, com as intercorrências apresentadas e, também, a necessidade de suporte social para este cuidar.
E2 Souza <i>et al</i> Revista de salud pública/ 2010/Brasil Evidência IV	Estudo descritivo qualitativo. Os dados foram obtidos por meio de entrevista no período mínimo de 30 dias após a alta do neonato. N=24 mães	Explorar as vivências maternas no cuidar do RN premature em casa e analisar as suas dificuldades na assistência materno- infantil, após a alta hospitalar do premature.	Os conteúdos foram divididos em 4 núcleos temáticos: A alta hospitalar; a preparação da família para a alta; cuidar de um bebé premature no domicílio e mudanças na vida impostas pelo nascimento premature. As maiores dificuldades apresentadas pelas mães dizem respeito à alimentação. Surgiram ainda sentimentos de insegurança e medo, revelando a necessidade de uma rede de apoio com seguimento em ambulatório de suporte a estas famílias.	No cuidado materno ao filho premature no domicílio predominaram sentimentos negativos que impuseram mudanças no quotidiano familiar, no trabalho e na própria vida social, revelando a necessidade de apoio aos pais na transição da vida hospitalar para o domicílio em situação de prematuridade.
E3 Sassá AH; Rosa TCS; Souza SNDH; Rossetto EG/Revista Cienc Cuid Saude/ 2011/Brasil Evidência IV	O estudo descritivo quantitativo. N= 86 famílias	Caracterizar famílias e RNs de muito baixo peso que receberam VD e sistematizar os problemas encontrados e as intervenções realizadas.	Destas famílias, 83,7% receberam VD pré-alta e 86,0%, pós-alta. Em sua maioria (88,4%) os bebés permaneceram internados por mais de 30 dias e 40,7% deles receberam alta com idade gestacional corrigida <37 semanas. Na pré-alta, 40,5% dos problemas relacionavam-se com as condições do domicílio e ambiente.	A VD possibilitou o reconhecimento do contexto familiar e uma deteção precoce dos problemas e dificuldades, e foi uma ferramenta eficaz para a assistência integral e individualizada às famílias e aos bebés.
E4 Fonseca EL; Marcon SS/ Rev Bras Enferm, REBEN/ 2011/ Brasil	Estudo descritivo qualitativo. Recolha de dados por meio de entrevista	Identificar as dificuldades percebidas pelas mães no cuidado aos bebés de baixo peso e conhecer os	As mães vivenciaram dificuldades relacionadas aos profissionais e serviços de saúde, características do bebé, condições financeiras, alterações na rotina familiar e retorno ao trabalho. Na resolução	Concluiu-se que a mãe e a família necessitam de acompanhamento e apoio profissional para melhor cuidar do bebé de baixo peso no domicílio.

Evidência IV	semiestruturada em 4 visitas domiciliares. N= 6 mães	recursos utilizados diante das intercorrências na saúde.	das intercorrências, utilizaram recursos próprios ou atendimento médico.	
E5 Lopez GL, Anderson KH, Feutchinger J/ NIH Public Access/ Neonatal Network 2012/ Alemanha Evidência II	Estudo de revisão integrativa	Descrever os resultados de uma revisão de literatura que examina a continuidade e a segurança do cuidado após a alta do prematuro e o modo como é assegurada.	A pesquisa produziu 7 artigos que enfatizaram a necessidade de visitas domiciliares, métodos de avaliação infantil e familiar, métodos de manter contato com os prestadores de cuidados de saúde, grupos educacionais e de apoio e descreveram o papel da enfermeira no programa de transição. A estratégia para facilitar a transição diferiu em cada artigo.	As visitas domiciliares realizadas por enf ^a foram uma componente chave fornecendo educação, apoio e cuidados de enfermagem. Um programa de transição eficaz deve fornecer aos pais de bebês prematuros VDs implementadas por uma enf. ^a da UCIN ou ficar em contato com uma enf. ^a da unidade (ex. videoconferência).
E6 Braga PP, Sena RR/ Revista Acta Paul Enferm./ 2012/ Brasil Evidência IV	Estudo de revisão integrativa	Identificar as estratégias utilizadas para efetivar a continuidade do cuidado às crianças nascidas prematuras saídas de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)	A necessidade de desenvolvimento de pesquisas sobre a continuidade do cuidado aos prematuros saídos de UTIN é evidente nos 9 artigos analisados e confirmado pelo nível de evidência científica dos estudos incluídos nesta revisão.	A intersectorialidade o conhecimento tecnocientífico dos profissionais para a continuidade do cuidado, políticas públicas, pesquisas multicêntricas, bem como a construção de vínculo entre profissionais dos serviços de saúde e famílias, são estratégias importantes para a construção da assistência aos prematuros e suas famílias, após a alta hospitalar.
E7 Wangruangsatid et al/ Pacific Rim International Journal of Nursing Research. 2012/ Tailândia Evidência I	Estudo randomizado controlado. N=72 mães N=81 prematuros distribuídos aleatoriamente por 2 grupos (experimental ou de controlo)	Avaliar os efeitos de um programa de cuidados de transição desenvolvido por enfermeiros para mães de bebês prematuros na transição das mães do hospital para o lar, e a doença física, crescimento e desenvolvimento dos bebês.	Os resultados revelaram que as mães no grupo experimental apresentaram valores médios de transição significativamente maiores às do grupo de controlo entre a 8ª e a 16ª semanas após a alta dos RNs do hospital. Além disso, verificou-se significativamente menos crianças doentes no grupo experimental do que no grupo de controlo entre a 8ª e a 16ª semana após a alta hospitalar.	O aumento do comprimento corporal dos lactentes no grupo experimental verificado na 8ª semana foi significativamente maior em relação aos bebês do grupo de controlo, no entanto não houve diferenças significativas entre os dois grupos em relação ao comprimento corporal, aumento do peso e perímetro cefálico na 16ª semana após a alta hospitalar.
E8 Frota et al/ Pesquisa research-investigación/ Esc Anna Nery 2013/Brasil Evidência IV	Estudo descritivo qualitativo, com uso da entrevista semiestruturada. N = 9 mães	Conhecer a percepção da mãe sobre a alta hospitalar e o cuidado do RN prematuro no domicílio após a primeira semana de alta.	Os resultados apontaram para as categorias: Orientações sobre o cuidado com o prematuro durante a alta hospitalar; Sentimentos e dificuldades com a chegada do bebê no domicílio; e Apoio familiar no cuidado do prematuro.	O estudo evidenciou que algumas mães não receberam orientações da equipa multiprofissional da neonatologia acerca do cuidado ao bebê após alta hospitalar, vindo reforçar que as mães levam o bebê para o domicílio sem estarem preparadas para a nova realidade.
E9 Sassá AH; Gaíva MA; Higarashi IH; Marcon SS/ Acta Paul Enferm./ 2014/Brasil Evidência IV	Estudo descritivo qualitativo, por meio de entrevista informal semiestruturada e observação participante, nos 6 primeiros meses após a alta hospitalar. N=9 famílias	Descrever as ações de enfermagem implementadas no contexto domiciliar, a partir das necessidades apresentadas pelas famílias de bebês nascidos muito baixo peso.	As necessidades assistenciais das famílias durante o cuidado cotidiano no domicílio estiveram relacionadas principalmente a dúvidas e inseguranças advindas da prematuridade e do muito baixo peso, aos cuidados específicos e à orientação quanto ao seguimento dos bebês.	As ações de Enfermagem no contexto domiciliar envolveram avaliação da criança, orientações, demonstrações, esclarecimentos, encaminhamentos e estímulo para o acompanhamento de puericultura e com especialistas, além de uma abordagem que facilitou o empoderamento familiar e a autonomia gradativa para o cuidar.
E10 Santos LC; Balaminit T; Souza SN; Rossetto EG/	Estudo descritivo qualitativo. N=21mães	Compreender o significado que tem para as mães de bebês prematuros as visitas domiciliares	Foram identificadas três temáticas: a visita como um apoio às famílias no lar; individualização do atendimento domiciliário; sentindo-se cuidadas e apoiadas para cuidar.	A VD desde a perspectiva do atendimento longitudinal é um recurso poderoso que favorece o vínculo entre as famílias e as enfermeiras, diminui as dúvidas, medos e

Invest Educ Enferm. 2014/Brasil Evidência IV		realizadas por enfermeiras neonatais antes e depois da alta.		ansiedades da mãe. Além de que se proporcionam cuidados no lar e se fomenta a aderência aos cuidados e tratamentos.
E11 Roque SG; Costa GA Revista <i>Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health</i> / 2014/ Portugal Evidência III	Estudo transversal N= 83 processos informáticos de RNs internados na Unidade de Neonatologia	Descrever quais os ensinamentos efetivamente abordados e preconizados na preparação dos pais para o cuidar do RN após a alta e identificar os locais de anotação mais utilizados para o registo desses ensinamentos no aplicativo SAPE.	Dos resultados obtidos emergiu não existirem critérios na efetivação dos registos de enfermagem e que, dos ensinamentos preconizados, nem todos são alvo de abordagem, tornando evidente a necessidade da definição de boas práticas na preparação dos pais para a alta do RN.	As principais conclusões do estudo prendem-se com a inexistência de critérios para a seleção do local de registo dos ensinamentos de preparação dos pais para a alta do RN, ou o seu registo num local de anotação (<i>Check-list</i>), o que não permite analisar e avaliar a evolução da capacitação dos pais de forma contínua.

Os dados foram analisados segundo Minayo (2008), que propõem a análise temática de acordo com as seguintes etapas: identificação das ideias centrais; comparação das diferentes ideias presentes nos textos; descoberta de eixos comuns em torno dos quais giram os argumentos dos autores acerca das questões investigadas; e elaboração de um discurso crítico a partir dos posicionamentos dos autores dos artigos estudados. Partindo desta análise defini as informações a serem extraídas e procedi à categorização dos estudos.

2.2 – Análise e Discussão dos Resultados

Os 11 artigos analisados foram encontrados na sua totalidade em revistas de saúde, dos quais 72,7% (8) foram publicados em revistas de enfermagem. É evidente o domínio das publicações deste tema nas revistas de enfermagem demonstrando a importância da temática para a prática profissional. No intervalo de pesquisa entre 2009 e 2017 verifiquei que nas bases de dados selecionadas não existem artigos publicados sobre esta temática nos últimos 3 anos, sendo que os anos com mais representatividade, com 27,3% dos estudos dizem respeito a 2012 e 2014. Quanto ao idioma 81,8% foram publicados em língua portuguesa e 18,2% em língua inglesa oriundos da Alemanha e Tailândia. Dos 9 artigos em língua portuguesa, 8 foram realizados no Brasil e 1 em Portugal, pelo que considero relevante a realização de pesquisas nesta área em Portugal adequando-se mais à nossa realidade.

Em relação à abordagem metodológica a maioria das pesquisas resultaram em estudos descritivos 63,6% (7) dos quais 54,5% (6) utilizaram uma abordagem qualitativa e 9% (1) quantitativa, 18,1% (2) emergiram de revisões integrativas. Com uma representatividade de 9% (1) surge um estudo randomizado controlado e um estudo transversal. Das duas revisões destaco o estudo E5 pela elaboração e abrangência de análise das 7 pesquisas selecionadas: um estudo aleatório controlado realizado no Canadá, com 135 lactentes; um estudo quantitativo efetuado nos EUA envolvendo 2.641 RNs; um estudo descritivo não experimental desenvolvido na Dinamarca com 18 famílias; um estudo randomizado controlado proveniente

dos EUA, grupo de intervenção com 138 famílias e o grupo de controlo com 109 famílias; um estudo aleatório controlado efetivado no Reino Unido, amostra incluiu 233 crianças, das quais 112 estavam no grupo de intervenção e 121 no grupo controlo; um estudo descritivo no Texas com 12 famílias; e por último estudo qualitativo na Suécia englobando 10 famílias.

Após a análise dos artigos na íntegra, surgiram quatro categorias dos temas mais prevalentes nos estudos: Planeamento da alta; Preocupações, dificuldades e sentimentos dos pais no cuidado ao prematuro no domicílio; Estratégias para a continuidade do cuidado após a alta hospitalar; Rede de apoio familiar e social no cuidado ao prematuro.

Planeamento da alta

O RNP é uma criança de alto risco, suscetível a uma série de complicações decorrentes da imaturidade dos múltiplos sistemas: nervoso central e imunológico, dos aparelhos cardiovascular, respiratório, digestivo e renal (Balbino, 2004) e que necessita de cuidados especiais. O seu nascimento antecipado e o internamento na UCIN representa para os pais ansiedade e insegurança, não se sentindo preparados para exercerem a parentalidade, devido à sua relação com as taxas de morbilidade e mortalidade infantil e com os efeitos que pode ter na vida familiar. A capacitação dos pais para alta hospitalar inicia-se após a estabilidade clínica do prematuro e a disponibilidade de aprender. As informações não podem ser apenas assimiladas, mas sobretudo compreendidas e incorporadas no cuidado domiciliar do recém-nascido após alta (E1, E6, E7, E8).

Neste sentido cuidar do prematuro, pelas suas particularidades, exige conhecimento e estabelecimento de uma assistência direcionada às suas necessidades, abrangendo um cuidado específico durante o internamento e continuidade após a alta hospitalar (E1, E3, E5, E7, E8, E9, E11).

A alta hospitalar do prematuro é determinada por demonstração de maturação funcional, incluindo as competências fisiológicas de termorregulação, controle de respiração, estabilidade respiratória e habilidades de alimentação e ganho de peso, no entanto implica cuidados especiais, devido à sua maior fragilidade orgânica e emocional. Entre outros problemas, os recém-nascidos prematuros correm o risco de sofrer alterações no desenvolvimento cognitivo, motor e respiratório, requerendo cuidados prolongados para problemas visuais, auditivos, neuromusculares, cognitivos, verbais, comportamentais, de crescimento e desenvolvimento que podem persistir durante a adolescência e idade adulta, em comparação com os bebés de termo. Mesmo os bebés prematuros que são considerados "saúdáveis" precisam de cuidados especiais após a alta devido ao aumento do risco de atraso no crescimento e desenvolvimento, especialmente durante o primeiro ano de vida. Vários autores mencionam o Método Canguru como meio para estimular bebés, sendo uma técnica importante para usar com crianças prematuras, com impacto no primeiro ano de

desenvolvimento. Este tipo de cuidado mostrou aumentar o desenvolvimento cognitivo, normalizar o crescimento, ter efeitos positivos sobre o desenvolvimento motor, melhorar a ligação pais-bebê, aumentar a confiança dos pais e melhorar a produção de leite materno (E1, E5, E6, E7, E8).

Para estes cuidados, tanto os pais quanto a criança têm participação e responsabilidade neste processo, sendo que cada tríade pais/filho é singular e única na sua dinâmica e história (Nóbrega, 2005). A influência de fatores como o nível educacional dos pais, os fatores psicossociais e a preparação da família para a alta devem ser tidos em consideração. Assim, no planeamento da alta do prematuro é fundamental equilibrar o seu bem-estar e estabilidade com a capacidade da família de cuidá-lo, a disponibilidade de serviços de suporte na comunidade; permitindo a continuidade da assistência ao prematuro no seu ambiente familiar. As competências da família estão relacionadas com a capacidade de cuidar do RN, compreensão que possui em relação às respostas de satisfação desta criança, questões sociais, financeiras e culturais que influenciam o entendimento e aceitação do prematuro pela família (E1, E5, E6, E7, E8).

A enfermeira na unidade neonatal deve facilitar o contato precoce entre pais e prematuros, visando a continuidade do vínculo e do apego, considerando que é um processo progressivo e que pode levar mais tempo em comparação com os primeiros dias ou semanas do período pós-natal de uma criança nascida de termo. O apoio e a segurança dados aos pais de filhos prematuros pela enfermeira são essenciais para que eles compreendam a situação de risco a que o bebê está exposto, e saibam como cuidá-lo no domicílio (Brum e Schermann, 2004). Os autores do E2, E5, E6, E7, E8 e E9 corroboram afirmando que é crucial que a equipa de enfermagem realize procedimentos envolvendo a família no atendimento de crianças prematuras durante a hospitalização, favorecendo o desenvolvimento de habilidades e aquisição de conhecimentos específicos, recorrendo a estratégias emocionais, psicológicas e sociais que podem ajudar a adquirir segurança e aumentar a competência familiar para cuidar com sucesso dos bebês prematuros em casa. O domínio das habilidades e comportamentos necessários para prestar cuidados ao RNP e integrar uma identidade reformulada (ou seja, dinâmico *versus* estável) são indispensáveis para que a família transite (essencialmente a mãe) com sucesso do hospital para o lar, com o bebê prematuro. Se uma mãe atinge o domínio das habilidades e comportamentos necessários para cuidar do seu filho irá ser bem-sucedida em integrar o cuidado e a identidade da criança na sua vida, melhorando a saúde da díade, refletida no crescimento e o desenvolvimento do prematuro.

Como protagonista das estratégias para efetivar a continuidade de cuidados ao prematuro, os enfermeiros devem possuir habilidades e competências de gestão dos cuidados desde a admissão na unidade desenvolvendo ainda atividades em conjunto com a equipa, viabilizando a adesão da família ao acompanhamento. Nesse contexto o enfermeiro é

reconhecido como facilitador do processo de construção de autonomia da família no cuidado ao prematuro, após a alta hospitalar (E3, E5, E7, E10).

A construção de um plano de alta, que se inicia no momento do acolhimento, mantendo-se ao longo de todo o internamento, deve envolver tanto os profissionais de saúde como os familiares responsáveis pelo RN, para que no domicílio estes possam atender adequadamente às necessidades do bebê. A participação dos pais nos cuidados deverá ser de forma gradual, através do ensino e supervisão promovidos pela equipa de enfermagem e adequados às suas dúvidas e dificuldades (OE, 2010; Rodrigues, 2010). Para que este processo seja bem-sucedido, é necessária a definição clara dos temas e conteúdos dos ensinamentos a realizar, bem como a uniformização das práticas, prevenindo a confusão gerada pelo conflito de informações contraditórias. Como temas de incidência dos ensinamentos na preparação dos pais para a alta foram apontados: características da prematuridade, banho, cordão umbilical, pele, limpeza das vias aéreas, amamentação, aleitamento artificial, posicionamento, segurança, desenvolvimento infantil, choro, sono, vacinação, vinculação, parentalidade e problemas comuns do RN. As sessões grupais com os pais mostraram ser eficazes ao oferecerem suporte e educação antes da alta (E5, E7, E11).

Na mesma linha de pensamento Siqueira e Dias (2011) afirmam que além da instabilidade do bebê e do ambiente da unidade a existência das rotinas no serviço podem dificultar a aprendizagem dos pais, contudo o conhecimento pode ser realizado de modo gradativo, com estratégias motivadoras de capacitação. As orientações implementadas pela equipa de enfermagem na preparação da alta hospitalar da criança devem ser concisas, de fácil compreensão e que atendam às necessidades individualizadas.

A equipa de saúde deve ser consciencializada sobre a importância das orientações, visando promover a saúde em seres frágeis como o prematuro, após a saída do hospital, pois cuidados básicos podem impedir várias doenças respiratórias e infecciosas que levam a uma taxa de mortalidade elevada no primeiro ano de vida. Orientar os pais sobre a forma de cuidar do bebê prematuro requer uma linguagem bem estruturada e documentada. Estes aspetos intensificam a importância de fornecer aos cuidadores de prematuros, durante o internamento do bebê, as informações de forma a envolver os pais no processo de aprendizagem, não apenas como recetores passivos de informações, mas como sujeitos ativos da educação (E5, E8, E10, E11).

O momento da alta hospitalar simboliza uma nova fase, rica em inseguranças e dúvidas, e, por mais capacitados que os pais estejam, a partir desse momento, eles estarão sozinhos na responsabilidade de cuidar do filho e no desempenho do seu papel parental (E1, E2, E4, E5, E8, E9, E11). Durante o período de internamento os pais participam do processo de preparação para a alta, quando são capacitados para realizar cuidados gerais como

administrar medicações, alimentar o prematuro (peito, tetina ou sonda) cuidados de higiene e conforto, sono e repouso.

Segundo os autores do E2 e E8 a participação das mães foi muitas vezes limitada aos cuidados básicos (troca de fraldas, banho e outros procedimentos simples). A participação dos pais também foi limitada às horas de visita, tornando impossível a compreensão desta nova realidade e estabelecer o seu papel real no cuidado.

Os autores do estudo E7 que desenvolveram a sua intervenção com o Programa de Cuidados Transitórios tendo por base a Teoria da Transição da Experiência de Meleis acrescentam que a preparação da família para a alta hospitalar do prematuro deve ser mais global e incluir 4 fases: preparação das mães para a transição do hospital para o lar; preparação dos membros da família (avós, tias, maridos) que atuariam como cuidadores, junto das mães, dos prematuros; preparação dos provedores de cuidados de saúde primários das mães na comunidade para servirem de suporte e como recursos facilitadores após a alta hospitalar, através do envio do hospital de informação eletrónica para o respetivo provedor (história médica e informações sobre os possíveis problemas de saúde de cada bebé) e provisão de continuidade de cuidados após a alta hospitalar que incluíram uma visita domiciliar de uma hora na 1ª e 3ª semana após a alta de cada bebé e um telefonema de 10 a 15 minutos durante a 2ª e 4ª semana, para verificar o grau de realização das mães e a identificação com o seu papel materno.

Neste sentido torna-se crucial conferir autonomia aos pais e familiares nos cuidados ao RN durante o internamento, tendo por objetivo a redução da ansiedade e a melhoria da autoconfiança, de forma a promover o seu *empowerment* e preparando-os para a alta através dos ensinamentos, adequando a linguagem à cultura familiar, num processo contínuo de educação para a saúde (E5, E7, E10 e E11).

Assim a educação em saúde aliada à promoção em saúde deve incitar mudanças, estabelecer ligação entre a qualidade de vida e compromisso com a vida provocando mudança no tratamento da doença, de forma que a saúde seja vista como co-responsabilidade do profissional de saúde e família. Partilhar conhecimentos com a família do prematuro em todo o processo de alta hospitalar, faz parte da assistência de enfermagem para o alcance da integralidade do cuidado, que deve ser inserida por meio de metodologias ativas.

A ausência de estratégias, tempo limitado dos profissionais, justificado pela falta de recursos humanos ou acumulação de atividades são apontados pelos autores do E5 e E8 como barreiras na parceria de cuidados, enquanto a organização do trabalho, o plano de cuidados para alta hospitalar e a inserção de metodologias ativas com os pais são consideradas ferramentas na articulação do processo de alta hospitalar do neonato e a continuidade do cuidado.

A avaliação da compreensão, da apreensão dos ensinamentos e da evolução da aprendizagem deve ser realizada constantemente pela equipa de enfermagem, através da atualização do plano de cuidados e do registo adequado de todas as intervenções, de forma a gerir corretamente a informação veiculada por esses registos (E11). Como parte integrante deste processo de cuidados de transição neonatal os autores do E3 e E10 realizaram a visita na pré-alta com o prematuro ainda internado com a finalidade de apoiar e auxiliar a família na preparação do lar para a chegada do bebé.

Uma forma de melhorar essa transição seria com o recurso ao método de enfermeiro de referência, que preconiza que cada cliente esteja associado a um enfermeiro responsável pela coordenação e acompanhamento dos cuidados. O principal objetivo, facilitado por este método de trabalho, é a promoção da humanização dos cuidados e a autonomia, em que o foco de enfermagem é o cliente, pretendendo-se a prestação de cuidados individualizados, com qualidade, desde o acolhimento, ao longo do internamento e até à alta, num processo contínuo e faseado. O enfermeiro de referência assume assim um papel crucial como elo de ligação entre a unidade neonatal e os cuidados de saúde primários, pois conhece detalhadamente a situação do recém-nascido, tendo estabelecido um vínculo com a família durante o internamento ao atender as necessidades da família (E5, E7, E11). A preparação não adequada da alta irá refletir-se na primeira visita domiciliária onde possivelmente os pais estarão com dúvidas que deveriam ter sido esclarecidas durante o internamento.

Preocupações, dificuldades e sentimentos no cuidado ao prematuro no domicílio

Para a família do prematuro, o momento em que regressam a casa é marcado por sentimentos contraditórios em que comemoram a superação dos obstáculos durante a hospitalização do bebé e ao mesmo tempo expressam insegurança e ansiedade relacionada com as responsabilidades acrescidas à família e o fim do apoio prestado pela equipa hospitalar.

As preocupações dos pais no cuidado do RNP em contexto familiar prendem-se sobretudo com as complicações, porque o associam a um ser frágil e indefeso e com maior probabilidade de adoecer do que um bebé de termo. Cuidar desta criança implica três desafios: garantir o seu prognóstico imediato, ou seja, a sua sobrevivência; minimizar a morbilidade imediata e propiciar um bom prognóstico tardio. Para os pais de prematuros, a preocupação após o nascimento e durante a hospitalização concentra-se na sua sobrevivência e após a alta é substituída pela manutenção da sua saúde. Isto deve-se à perceção e constatação de que mesmo obtida a estabilidade clínica, o prematuro pode apresentar intercorrências, havendo riscos para a sua saúde (E1, E2, E4, E8).

As apreensões com as intercorrências incluem a exacerbação de alguma doença pré-existente, o aparecimento de outras e a adequação das condutas diante dos sintomas

apresentados. A preocupação com o crescimento da criança foi demonstrada pelo aumento da altura e principalmente do peso. Para as mães a única referência significativa diz respeito ao ganho de peso, independente desse ganho ser o esperado. Outra preocupação evidenciada foi relativa ao desenvolvimento do filho sendo preponderante a observação dos movimentos que consegue realizar. Embora as mães estivessem satisfeitas por estarem em casa com os filhos, sentiram o peso da responsabilidade de cuidar desses bebês frágeis sem o apoio das equipas hospitalares (E2, E3, E4, E5, E8, E9).

Ir para a casa com um bebé prematuro, acarreta dificuldades, independente do contexto de vida, experiências anteriores ou idade dos pais. Em cada visita, surgiram relatos de situações difíceis que estavam sendo vivenciadas naquele momento ou mesmo anteriormente, decorrentes dos diversos fatores envolvidos nos cuidados ao prematuro. As dificuldades referidas envolveram questões relacionadas com os serviços de saúde, as características do bebé, alterações na rotina diária familiar e retorno ao trabalho (E4). Os autores dos estudos E1, E2 e E8 corroboram afirmando que as dificuldades referidas pelas famílias com a chegada do bebé ao domicílio foram as mudanças na dinâmica familiar, as alterações nas rotinas diárias, como, por exemplo, o aumento das tarefas domésticas, como a causa de um repouso inadequado que influencia a produção do leite ou a sua recuperação da cirurgia. Com o retorno ao trabalho as mães sofrem pela distância do filho e passam por momentos de ansiedade e preocupação. A restrição das atividades rotineiras, em particular o retorno à vida social, foi mencionada pelas mães como algo que sentem falta, manifestando o desejo de retomar logo que possível. Pelos estudos percebemos que a mãe é o membro da família que sofre o maior impacto das alterações na rotina, associando-se ao facto de se sentirem inseguras tendem a dedicar-se inteiramente a cuidar do bebé ao ponto de negligenciar a sua própria aparência sendo compreensível a demonstração do sentimento de perda da liberdade (E1, E2, E4, E8).

A chegada ao domicílio com o bebé representa também o rompimento com o mundo hospitalar e gera situações próprias no contexto domiciliar. O momento é aguardado pelos pais no entanto, surge uma oposição de sentimentos permeados por tranquilidade, alegria, medo e insegurança. Esses sentimentos podem estar associados ao facto de os filhos terem permanecido por um longo período na UCIN. O longo período de internamento do bebé e a privação de carinho e afeto aumentam o *stress* da mãe e família, o que pode prejudicar a continuidade do vínculo e apego. A chegada ao domicílio é um período crítico de adaptação do neonato e dos pais ao novo ambiente, pois a partir desse momento serão os responsáveis por todo o cuidado prestado ao novo membro da família. Essa adaptação traz aspetos positivos relacionados com a tríade mãe-pai-bebé, reforçando o desenvolvimento físico e cognitivo do filho. A atribuição de papéis a cada membro da família indica a partilha de responsabilidades e a emoção mostrada diante de dificuldades decorrentes da prematuridade.

As dificuldades encontradas diariamente pelos pais em relação ao cuidar do bebê prematuro está relacionada com a qualidade da informação fornecida pela equipa durante o internamento e na fase de transição do hospital para o domicílio (E1, E2, E4, E8, E11).

Durante a apropriação do cuidar do prematuro no domicílio, revelam-se sentimentos de apreensão com as possíveis complicações, porque o associam a um ser frágil e com maior probabilidade de doenças graves. Os prematuros, ao receberem alta da UCIN para o domicílio, requerem da família atenção e cuidados especiais, por terem maior risco de complicações. Esta realidade mostra que a família deve ser apoiada não apenas na hospitalização, mas após alta capacitando-a para os cuidados no domicílio. Por outro lado o ato de cuidar do bebê no domicílio e tê-lo perto podendo desempenhar a sua parentalidade, gera uma satisfação inexplicável. Isso faz com que o trabalho de cuidar do filho prematuro seja mais aprazível levando a família a sentir-se mais confiante e a arquitetar um futuro (E2, E4, E7, E8).

Estratégias para a continuidade do cuidado após a alta hospitalar

Paralelamente aos avanços tecnológicos, que têm contribuído para a sobrevivência de recém-nascidos de pré-termo cada vez mais prematuros, houve um aumento na taxa de morbilidade que acompanham estas crianças ao longo da vida. O risco de desenvolver doenças aumenta com a diminuição da idade gestacional ao nascer, o que justifica a necessidade de acompanhamento pós-alta a esta população de alto risco para anormalidades neurológicas e atraso no desenvolvimento, na tentativa de favorecer a qualidade de vida do prematuro e para agir precocemente diante das alterações identificadas. A saída do bebê prematuro, embora muito desejada pelos pais, não significa a resolução desses problemas. Geralmente está condicionada à disponibilidade de acompanhamento especializado e cuidados domiciliários específicos, exigindo maior contato entre o profissional e a família (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10).

As famílias de bebês prematuros e de baixo peso, como unidades produtoras de cuidados, precisam de se sentir amparadas e protegidas após deixarem o hospital, para que a transição do cuidado profissional especializado para o cuidado em contexto familiar, se dê de forma segura e tranquila, mediada pela presença e pela atuação do enfermeiro neste novo contexto de vida e de cuidado. A vulnerabilidade dessas famílias e a sua participação no processo de desenvolvimento destas crianças constitui um dos grandes desafios da assistência neonatal ao promover ações de cuidado que atendam às suas necessidades e dos prematuros (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10).

Os autores dos estudos E9 e E10 afirmam que nos primeiros dias após a alta, as preocupações da família estão voltadas para a continuidade dos cuidados que o bebê recebia durante a hospitalização, proteção contra infeções e a identificação precoce de possíveis

intercorrências. Nesse sentido devem ser realizadas orientações para a prevenção de complicações e promoção da saúde. Além disso, a partir das dúvidas e das experiências vividas pelas mães, foram elaborados e entregues folhetos explicativos, facilitando a identificação dos sinais de alarme. Embora cada família apresentasse uma dúvida particular, os folhetos produzidos foram distribuídos para todas as famílias participantes do estudo, para que pudessem igualmente ser beneficiadas com as orientações.

A condição de prematuridade desencadeia a necessidade de um cuidado específico e diferenciado, que se torna possível ao alargar a assistência profissional ao domicílio. A alta planeada em conjunto com a família e as visitas domiciliares do enfermeiro constituem um suporte de orientação e apoio para a família contribuindo para a redução da ansiedade, insegurança e medo. A possibilidade de individualização do cuidado, ao fornecer informações, atenção humanizada e o seguimento desse processo com implementação de intervenções que aumentem a capacidade de adaptação da família, reduzem os riscos de *stress* e o número dos reinternamentos (E5, E7, E9, E10).

Neste sentido o acompanhamento dos prematuros por especialistas torna-se num dos principais focos da assistência de enfermagem neonatal no domicílio, sendo fundamental o *follow-up*, contribuindo para a redução da morbilidade, além de repercussão positiva no comportamento e no estado mental destas crianças. Este seguimento deve ter periodicidade e ocorrer até à idade escolar, constituindo um processo contínuo, flexível, de diálogo e avaliação, devendo ser a primeira consulta de enfermagem iniciada no período de uma semana após a alta, para avaliar a adaptação do prematuro ao lar, incluindo a observação da criança durante a visita, habilidades parentais, sinais de interação, participação e valorização da opinião dos pais (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9 e E10).

Uma das técnicas mencionadas pelos pesquisadores do E6 e E10 para manter a adesão dos pais e família ao programa de continuidade de cuidados é a divulgação permanente das ações de acompanhamento, que deve ser feita com os familiares, desde o período de internamento e ter continuidade após a alta. Outras estratégias apontadas para manter a adesão das famílias no programa são a construção de vínculo, relação de confiança e responsabilização, fundamentais para o seu sucesso. A existência do vínculo estabelecido anteriormente entre os profissionais e a família é o alicerce desse recurso. Segundo os mesmos autores a evasão do programa de monitorização e acompanhamento é entre 20% e 25%, podendo ser reduzida através das seguintes estratégias: prestar informações aos pais durante o internamento hospitalar; manter o registo de vários endereços, como de outros familiares e locais de trabalho dos pais, após a alta; manter o contato até que seja iniciado o acompanhamento; estreitar a comunicação entre os profissionais dos cuidados de saúde primários, secundários e terciários; manter um profissional de referência, disponível, para que

a família possa fora do horário de trabalho; oferecer atendimento, conforme a disponibilidade da família, utilizando como estratégia as visitas domiciliares.

A visita na pré-alta foi realizada a partir da evolução favorável do bebê com a expectativa de alta hospitalar, tendo como objetivo apoiar e auxiliar a família na preparação do lar para a chegada do bebê, utilizando os recursos disponíveis em contexto domiciliar e social (E3 e E10). O profissional responsável pelo ato de cuidar deve permitir que as necessidades sentidas pelas mães aflorem, em vez de determiná-las. Deve desenvolver as ações de cuidado ao prematuro com as mães, em vez de para as mães, dando-lhes oportunidade para falarem sobre o medo, a ansiedade e insegurança para cuidar do filho, sendo primordial para que a criança prematura tenha uma assistência adequada das suas necessidades.

A elaboração de protocolos de ações de enfermagem nos domicílios, incluindo a visita domiciliar e a disponibilidade da enfermeira para esclarecimento de dúvidas (E1, E6 e E10), é uma das possíveis estratégias para uma assistência adequada às necessidades específicas da criança prematura.

Os objetivos da continuidade do cuidado ao RN de risco podem ser assim traduzidos: acompanhar a adaptação da criança ao ambiente após a alta hospitalar; incentivar o vínculo família-criança; acompanhar o crescimento e o desenvolvimento, diagnosticando e tratando precocemente os seus desvios, observando as particularidades de cada caso; encaminhar para outros profissionais envolvidos no atendimento à criança e analisar dados do seguimento em ambulatório, procurando correlacionar com o atendimento pré e pós-neonatal, a fim de promover melhorias no serviço de saúde perinatal (Rugolo, 2005). Deste modo o acompanhamento da criança de risco ao fornecer suporte à família, engloba a possibilidade de melhorar sua condição a médio e longo prazo, considerando que a continuidade do cuidado poderá tratar e prevenir precocemente algum atraso no crescimento e desenvolvimento, garantindo a sobrevivência do prematuro com boa qualidade de vida.

Sendo uma estratégia na continuidade do Cuidar a VD é entendida como a deslocação do profissional ao domicílio com a finalidade de promoção da saúde, aprendizagem ou investigação, constituindo um momento rico, no qual se estabelecem a escuta qualificada, o vínculo e o acolhimento, favorecendo os grupos familiares na sua capacitação para que tenham as melhores condições de se tornarem mais independentes na sua própria produção de saúde e segurança nos cuidados. A visita é realizada *in loco*, permeando o ambiente familiar, mundo vivido e enfrentado, de acordo com sua visão individualizada.

A complexidade desta estratégia requer uma força de trabalho capaz de se articular no intuito de compreender o contexto sociocultural dos seus utentes e construir um campo de diálogo que abarque as suas representações sociais e culturais. Esse processo deve ser considerado também como um meio de educação em saúde, contribuindo para a mudança de alguns comportamentos, promovendo a qualidade de vida do prematuro, prevenindo

situações de risco e reinternamentos e promover o vínculo entre a família e o novo membro (E6, E5, E7, E10 e E11). Portanto, a VD permite que as ações educativas se consolidem por meio da possibilidade de conhecer os indivíduos para os quais se destinam as ações de saúde, incluindo a cultura, crenças, hábitos e papéis e as condições em que vivem (Roecker e Marcon, 2011).

Os investigadores do E3, E5, E7, E8, E9 e E10 realizaram a visita pós-alta preferencialmente, na primeira semana (período crítico) tendo sido discutido com a família a adaptação do bebé ao ambiente domiciliar. A sensibilidade e a escuta atenta do enfermeiro foram importantes para identificar as angústias da família. A disponibilidade de tempo para as visitas domiciliárias e a valorização dos anseios, dúvidas e incertezas, permitiram compreender melhor o significado da experiência do cuidar na visão da família. Foram identificadas as dificuldades no processo de cuidar e feitas intervenções sobre problemas novos ou remanescentes, com o objetivo de minimizar as inseguranças da mãe e da família.

Para a qualidade dos cuidados foi recomendado pelos estudos citados que a visita deve ser realizada pelas enfermeiras das UCIN afirmando que os pais verbalizaram sentirem-se mais à vontade interagindo com as enfermeiras que estabeleceram um vínculo durante a hospitalização dos filhos, criando uma relação de confiança mútua (E5, E7, E11). Quando não for possível a visita presencialmente esse acompanhamento poderá ser realizado recorrendo a videoconferência com a equipa da UCIN constituindo uma maneira moderna de se comunicar e mostrou resultados bem-sucedidos (E5).

A enfermeira deve atuar como educadora na prestação de cuidados familiares, avaliar o estado de saúde do bebé, o peso, a alimentação, o estado emocional da mãe, a capacidade da família e o ambiente familiar. Também deve avaliar o envolvimento dos pais no cuidado físico aos bebés e a sensibilidade às suas necessidades como irritabilidade, choro e alterações nos padrões de sono, focando sempre a interação cuidador-filho. Além disso, como elemento chave nos cuidados de transição deve fornecer apoio emocional aos pais e auxiliar na implementação do tratamento e nos cuidados necessários ao bebé prematuro em casa (E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11).

Uma forma de contribuir para a garantia de um cuidado adequado e integral é a articulação com os centros de saúde. No período pós-alta, foi realizado um contacto com os cuidados de saúde primários da área de residência da família para partilha dos principais dados relativos ao RN: data e história de nascimento, período de internamento, diagnósticos, assim como dados sobre a alta, cuidados a serem mantidos no domicílio, necessidade de medicamentos e/ou cuidados especiais, alimentação (situação do aleitamento materno) entre outros (E3, E5, E6, E7, E9, E10). Estes dados juntamente com os dados recolhidos na visita são contributos importantes para a continuidade da assistência da equipa dos centros de saúde ajudando a determinar o nível de cuidado necessário e identificar potenciais problemas

que podem interferir nesse cuidado. Além disso, a partilha sistemática e formalizada entre os vários níveis de cuidados em saúde contribui para que a enfermeira da unidade de saúde também se sinta responsável e envolvida com o seguimento do prematuro e da sua família.

No final de cada visita as informações do seguimento em ambulatório são registadas num impresso próprio, semiestruturado, guardado em pasta própria. Todos os dados constantes nessa pasta foram digitados num banco de dados para fins de pesquisa do grupo.

Outra estratégia de acompanhamento da criança de risco referida pelos autores do E3, E5, E6, E7 e E10 é a interação com a família através do contato telefónico, sobretudo, logo após a alta, para verificar a presença de dúvidas dos pais ou problemas com a criança. Nesse contato, pode ser usado um questionário para verificar a vulnerabilidade da criança a morbididades. Apontam ainda a necessidade de articulação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde, permitindo o acompanhamento e a efetivação da integralidade e intersectorialidade de serviços, como estratégias para garantir a continuidade do cuidado à criança de risco e sua família. É essencial utilizar uma abordagem baseada na integralidade do cuidado e na interação entre sujeitos, famílias e profissionais de saúde, mediada por uma relação de confiança e no estabelecimento de um processo terapêutico participativo.

A parceria entre serviços de saúde, serviços sociais, educação das famílias para operacionalizar uma estrutura articulada e contínua de cuidado, é mencionada como sendo o eixo de estruturação no acompanhamento aos prematuros. Os resultados do estudo E7 corroboram o que foi dito ao verificarem que as mães no grupo experimental demonstraram uma transição significativamente mais saudável do que as do grupo de controlo entre a 8^a e a 16^a semana após a alta dos RNs do hospital. Além disso no mesmo período de tempo os bebés no grupo experimental registaram um número significativamente menor de doenças e uma diferença significativa no aumento do comprimento corporal em comparação com os bebés do grupo de controlo. Nos estudos E5, E6 e E7 concluíram que a visita condiciona sucesso com a amamentação, redução das situações críticas e dos custos com menos visitas à urgência, menos consultas médicas não programadas, menor período de internamento nas re-hospitalizações e diminuição do sofrimento sendo evidente a sua eficácia. O fato de as mães envolvidas no programa de intervenção terem aumentado o conhecimento e as habilidades sobre como cuidar das necessidades dos seus filhos prematuros, contribuiu para a prestação de cuidados infantis adequados. Estes dados vêm reforçar que o contato constante com a família no domicílio possibilita ao enfermeiro estar mais próximo permitindo o planeamento de uma assistência condizente com as reais necessidades e com o contexto no qual criança e família se inserem, promovendo, inclusive, o fortalecimento do vínculo pais-bebé e uma parentalidade vivida positivamente (E3, E5, E6, E7, E9, E10).

As orientações realizadas nas visitas foram baseadas nas necessidades mais comuns apresentadas pelas famílias, principalmente nas dúvidas e problemas demonstrados durante

os cuidados (E3, E5, E7, E9 e E10). As dúvidas maternas prendem-se com questões sobre higiene e conforto e sinais e sintomas diversos apresentados pelos bebês, como cólicas, secreção ocular, perda de peso, hipertermia choro contínuo, alterações no padrão de sono e problemas respiratórios leves como nariz congestionado a muito graves como pneumonia. A capacidade materna, o desenvolvimento neuro-comportamental, a interação com o filho e a adequação do meio ambiente também foram sujeitos a avaliação (E2, E6, E5, E7).

Neste sentido a visita domiciliar além reforçar o ensino feito anteriormente sobre a prematuridade, serviu também para atender os pedidos de auxílio às famílias diante de intercorrências, sendo necessário avaliar os bebês, orientar, fazer encaminhamentos inclusive reinternamentos de acordo com as necessidades detetadas. Os ensinamentos foram realizados nesse sentido envolvendo também medidas de prevenção de infecções como a restrição de visitas (evitar que o bebê tenha contato com pessoas constipadas ou com gripe), a lavagem das mãos, a esterilização dos biberões, chupetas, restrição de perfumes e evitar correntes de ar (E1, E3, E6). Essas medidas domiciliares foram mencionadas por Balbino (2004) revelando que os pais de prematuros previnem a infecção domiciliar com hábitos de higiene em relação à casa, limpeza de um modo geral e nos cuidados com o RN, como lavar as mãos antes dos cuidados ao bebê e higiene na preparação da alimentação. A vacinação constitui uma estratégia eficaz para prevenção de doenças infectocontagiosas, que são muito graves quando afetam crianças prematuras e de baixo peso.

A percepção e diferenciação pela mãe entre o que é perigoso, duvidoso ou conhecido é bastante complexo e faz parte da vivência de criar filhos, mas, nos casos de bebês prematuros, estas situações são vivenciadas com maior frequência e de maneira mais intensa, sendo o desgaste maior. Os diferentes modos de resolução das intercorrências pelas mães, bem como as narrativas revelaram que a questão que move o seu agir está diretamente relacionada com o conhecimento ou experiência de criar os filhos. Ou seja, se a situação já foi experienciada por ela própria, pela mãe, família ou por alguém de suas relações, é enfrentada com mais tranquilidade, mas, se acontece algo desconhecido, a mãe demonstra medo e preocupação (E4, E5, E9, E10).

Sendo a estratégia e o recurso mais apontado pelos estudos analisados a visita contribui para a melhoria da qualidade do cuidado domiciliar considerando a família o centro dessa assistência e um parceiro insubstituível no cotidiano de seu trabalho, adotando uma postura profissional percebida como apoio e fortalecimento para as famílias, tendo como objetivo potencializar a autonomia e destacar as habilidades dos indivíduos, por meio de ações educativas, demonstração e/ou execução de procedimentos no seu ambiente familiar. Essa postura deve ser destituída de pré-julgamentos e preconceitos, reconhecendo e respeitando incondicionalmente a família na sua diversidade através da individualização do cuidado, aos seus problemas e necessidades. Na perspectiva do cuidado centrado na família, o profissional

ao ajustar a sua atitude à realidade concreta encontrada, incorporara nas políticas e práticas o reconhecimento e o respeito pela diversidade cultural, fortalezas e individualidade de cada família, incluindo diversidade étnica, racial, espiritual, social, económica, educacional e geográfica (E2, E3, E7, E10).

Rede de apoio familiar e social no cuidado ao prematuro

O contexto social e o suporte familiar devem ser considerados pelo profissional de saúde para o planeamento da assistência no cuidado ao domicílio que se pretende que seja integral, valorizando os seus valores e cultura dando atenção aos pais, ouvindo as suas queixas e a verbalização de seus sentimentos, com uma postura de escuta e compreensão das necessidades da família e do bebé (E1, E2, E3, E5, E6, E7, E8, E9, E10). Por estar no puerpério, período de forte instabilidade emocional e fragilizada pelo tempo em que esteve afastada do filho, a mãe requer maior atenção de familiares e do marido, para que atravesse este momento complicado e vença a insegurança de cuidar do bebé sem o auxílio de profissionais.

Além dos serviços de saúde, outros elementos constituintes do cuidado são apontados como necessários para efetivar o cuidado pós-alta, como a rede de apoio familiar (família e vínculos de amizade da família como amigos e vizinhos) e a rede de apoio social (composta por diferentes instituições, como escolas, serviços de saúde, comunidade, igrejas). A rede social é identificada como um elemento que auxilia o fortalecimento da família atendendo às suas experiências de vida, atuando na redução da taxa de mortalidade, na prevenção de complicações e na recuperação da saúde. O suporte da rede de apoio é identificado como fundamental para as famílias ajudando-as a superar crises, como é o nascimento de uma criança prematura.

Na análise dos estudos E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10 verificou-se que é a mãe quem cuida do prematuro, sendo a principal cuidadora na assistência do seu filho, reafirmando que o cuidar da criança é uma tarefa culturalmente delegada à mulher, principalmente quando se trata de uma criança prematura, que requer acompanhamento, facto este que vem reforçar a importância da preparação das mães para a alta hospitalar, reduzindo a ansiedade e melhorando o conhecimento e a confiança materna no cuidado domiciliar.

As mudanças ocorridas devido ao nascimento de uma criança prematura podem ter interferência significativa na dinâmica familiar, logo, o apoio familiar representa uma contribuição expressiva para os pais do recém-nascido. A mãe sente-se mais confortável e segura a realizar cuidados diários ao receber apoio de pessoas próximas e experientes, como a avó, mãe e tia, que colaboraram no cuidado indireto, com ações auxiliares nos cuidados diários ao prematuro. Essa ajuda contribuiu para a manutenção do equilíbrio emocional da puérpera, que se apresenta fragilizada devido ao período de internamento do filho. O apoio

oferecido pela família foi descrito nos estudos mencionados como referência de segurança em atender as necessidades do bebê, pela transmissão da experiência das gerações anteriores, tendo um papel significativo na adaptação dos pais à nova realidade na dinâmica familiar e na construção da autoconfiança materna no cuidar.

Os estudos analisados também expuseram a necessidade de existir uma rede de apoio de serviços que possa ser acionada em casos de intercorrência com tratamento imediato de problemas que possam comprometer o desenvolvimento saudável dos prematuros e também para assessorar a família na implementação e acompanhamento da assistência no domicílio.

Conhecendo o contexto de cada família, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, condição financeira restrita, inexistência de políticas públicas que dêem suporte ao acompanhamento dos prematuros, podemos atuar e evitar que resulte num seguimento ineficaz, ou inexistente. Ao fazer o encaminhamento para recursos comunitários podemos impedir que estes recém-nascidos prematuros fiquem expostos a um risco maior de morbidade e mortalidade.

Desta forma, a VD passa a ser uma importante estratégia de cuidado, ao mobilizar a participação da família e gera avanço do conhecimento, principalmente por atender as necessidades individuais de cada família. Deverá ser fortalecida em todos os níveis de assistência possibilitando a agregação do cuidado formal e informal, formando redes de apoio familiar e social, direcionadas para melhor assistir e desenvolver autonomia e segurança às famílias dos prematuros. O cuidado passa a ser aperfeiçoado na medida em que essa família percebe que a responsabilidade do cuidado é dela, mas pode ser partilhada com o serviço de saúde que passa a ser uma rede de apoio e não o principal responsável pelo crescimento e desenvolvimento de seu filho.

É notório que a continuidade do cuidado, após a alta hospitalar é fundamental para a qualidade de vida da criança nascida prematura e da sua família, no entanto essa assistência exige um suporte da rede de cuidados em saúde que seja eficaz (E1, E2, E3, E5, E6, E7, E8, E9, E10). Ao incentivar o apoio familiar e social, estamos a promover a construção da autoestima e da capacitação das mães prestadoras de cuidados a bebês vulneráveis, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados aos bebês prematuros.

2.3 – Conclusões

Os estudos analisados nesta revisão diferem na metodologia, tamanho da amostra, variáveis de resultados e instrumentos de medida. No entanto, existem em todos eles elementos/estratégias/formas de atuar que se mostram úteis e eficazes na transição de bebês prematuros e seus pais do hospital para o domicílio.

Desde a admissão que os pais devem ser preparados para a alta do prematuro, melhorando a autonomia, segurança e habilidades parentais visíveis depois no cuidado em

ambiente familiar. As sessões formativas em grupo de pais fomentaram uma rede com outros pais ao experimentarem desafios semelhantes e um ambiente para comunicar livremente, pensamentos e sentimentos, permitindo trocas de informação valiosa, mostrando ser uma melhor maneira para aprender comparativamente às sessões educacionais individuais. As aulas devem oferecer ensinamentos sobre o cuidado e desenvolvimento do bebé e fornecer orientação para os pais lidarem com a situação após a alta.

Os estudos abordam várias estratégias na continuidade de cuidado a estas famílias desde ofereceram suporte através do uso de formas de comunicação, como telefones e videoconferências, bem como grupos educacionais e de apoio ou educação através de material gravado. Todos os artigos com exceção do E11, indicam a visita domiciliar após a alta como uma importante e efetiva componente estratégica de cuidado, no seguimento destes bebés/família, estando incluído em todos a avaliação geral da criança e das competências parentais. Preferencialmente deve ser realizada na primeira semana após a alta do prematuro, por uma enfermeira da UCIN pela manutenção de vínculo e da relação de confiança estabelecida durante o internamento, em articulação com os cuidados de saúde primários. Os folhetos de divulgação e os protocolos com ações de enfermagem conjuntas entre os vários níveis de cuidados de saúde são apontados como instrumentos de suporte às visitas domiciliárias.

As visitas devem reforçar ensinamentos anteriores sobre a prematuridade, desenvolvimento infantil, método canguru, necessidades diárias de cuidados e sinais de alarme para tratamento médico, impondo sempre a avaliação do bebé, do ambiente/situação familiar, da interação entre pais-bebé e das competências parentais, assegurando assim a continuidade do cuidado e uma transição bem-sucedida. O número e a duração das visitas deveram ser definidos de acordo com as necessidades específicas de cada bebé/família.

As evidências demonstradas da eficácia da visita prendem-se com: a redução da ansiedade materna e melhoria das competências parentais; menos depressão pós parto; interações pais-bebé mais positivas; o sucesso com a amamentação; identificação e redução das situações críticas para o bebé prematuro em casa; menos episódios de urgência para todos os tipos de condições (prematuros, bebés de baixo peso e muito baixo peso); menos consultas médicas não programadas; menor período de permanência em caso de reinternamentos, em suma diminuição dos custos em serviços de saúde e do sofrimento dos bebés e família. Os benefícios são ainda mais extensos com um maior número de visitas realizadas.

O acompanhamento da família no domicílio deve ser mantido por contacto telefónico na 2ª semana e na 4ª semana sempre que seja necessário, permitindo aos pais a comunicação continua e o suporte de profissionais de saúde, devendo ser avisados para entrarem em contacto sempre que surgirem dúvidas ou preocupações.

O papel das enfermeiras foi um elemento-chave em todos os cuidados de transição envolvendo vários componentes: avaliação da criança e da sua situação antes da alta e em casa; apoio necessário à família através de cuidados profissionais; educação aos pais sobre a prematuridade; avaliação do ambiente doméstico; avaliação da saúde materna; encaminhamento para recursos comunitários. A continuidade de cuidados mantém o vínculo entre famílias e profissionais, no período crítico após a alta hospitalar, minimizando dúvidas, medos e ansiedades maternas, auxiliando nos cuidados domiciliares e capacitando as mães para atenderem as necessidades do bebé, motivando assim a adesão aos cuidados e tratamentos propostos. Ao oferecerem apoio e assistência às famílias constituem um elo de ligação com os serviços que darão continuidade a essa assistência, tornando-se imprescindíveis em todos os países do mundo ao ajudarem a diminuir as complicações dos prematuros após a alta hospitalar.

Impõem-se a necessidade de mais pesquisas desenvolvidas sobre a temática, principalmente realizadas em território nacional e como tal mais próximas da nossa realidade, de modo a favorecer uma compreensão mais abrangente do cuidado pós-alta ao prematuro e família, bem como o impacto, os custos e os benefícios da visita domiciliar em populações de risco.

Os resultados desta revisão baseados em evidências científicas serviram de orientação para a implementação e desenvolvimento do Projeto CUIDAR⁺ que pretende ser um suporte de apoio na continuidade de cuidados após a alta, aplicando essas evidências na prática, através das visitas domiciliárias, ajudando as famílias a superar as dificuldades de cuidar de um bebé prematuro/baixo peso em casa. No final do projeto pretendo avaliar e publicar os resultados obtidos incluindo a avaliação do impacto que a visita teve nas famílias que integraram o projeto, podendo ser um contributo para a construção de novas políticas em saúde.

Continuando com a análise reflexiva e de modo a potencializar as visitas realizei entrevistas informais aos pais com o propósito de conhecer a sua perceção sobre a finalidade e as vantagens da implementação da visita, bem como as suas dificuldades e preocupações. Os pais abordados mostram-se agradados com a implementação das visitas e mais confiantes nos cuidados a prestar em ambiente familiar.

Todo este processo condicionou a reflexões diárias sobre os recursos disponíveis e os necessários, limites pessoais e profissionais, de forma a permitir a consciencialização e a gestão dos fatores emocionais, mantendo a motivação individual e coletiva em termos de equipa. Procurei ter o controlo sobre as ações por mim desenvolvidas e satisfação nas atividades realizadas, valorizando sempre o *locus* de controlo interno em detrimento do *locus*

de controlo externo, pois acredito que influencio as minhas ações e comportamentos e o que posso conseguir será determinado pelos meus esforços e competências.

Recorri sempre que necessário à enfermeira supervisora e professora orientadora para orientação e esclarecimento de dúvidas. Pelo descrito atingi o objetivo delineado e as competências necessárias para a sua obtenção, com facilidade quer a nível técnico e científico quer a nível relacional.

3 – CONHECER A PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE A VISITA DOMICILIÁRIA

Justificação: Identificação de necessidades de formação da equipa facilitando a sua integração no projeto e a gestão da mudança.

As competências que estão implícitas a este objetivo são:

Competência Acrescida Avançada em Gestão

A – Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a Deontologia Profissional.

B – Desenvolve um sistema de gestão de qualidade como modelo de excelência e referência para a melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados de saúde e das organizações.

C – Adota estratégias de liderança que assegurem o desenvolvimento profissional e organizacional sendo um agente ativo dos processos de mudança que acrescentam valor à profissão e à organização.

D – Operacionaliza as funções de planeamento, organização, direção e controlo como componentes estruturantes, interdependentes e sequenciais do processo de gestão, utilizando um modelo facilitador do desenvolvimento organizacional e promotor da qualidade e da segurança.

Competências de Mestre

M1 – Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada.

M2 – Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.

M3 – Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.

M5 – Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.

M6 – Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular.

M7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Considerando o serviço como um sistema complexo em rede e como produto do processo de comunicação, é exigida coordenação às atividades que decorrem na unidade, sendo essa coordenação adquirida através da comunicação, onde as práticas são inerentemente comunicacionais. Saber comunicar não é especificamente ensinado, e na área da saúde assume um peso fundamental. A forma como a informação circula e é trabalhada, tem vindo a tornar-se cada vez mais num instrumento de gestão, constituindo uma necessidade básica para a decisão, realização e controlo das atividades.

O processo de comunicação na enfermagem encontra-se relacionado com a melhoria dos resultados em saúde através da informação, com o objetivo de influenciar indivíduos e comunidades pretendendo-se que seja corporativa, para que o resultado final reflita ganhos efetivos em saúde (O'Hagan *et al.*, 2014). A informação é essencial na área de enfermagem, dado que é a base de todo o processo de cuidados, no entanto, esta só tem valor se a sua circulação for eficaz, e assim transformar-se em conhecimento, contribuindo para a excelência técnica e qualidade dos cuidados prestados.

3.1 – Metodologia

Desde que decidi implementar o Projeto CUIDAR⁺ recorri à rede de comunicação informal tendo efetuado várias conversas informais de sensibilização dirigidas à equipa de enfermagem da unidade de neonatologia. Para a apresentação formal do projeto organizei uma sessão formativa dirigida à equipa, usando a formação como instrumento de integração motivação e gestão em enfermagem, contribuindo desta forma para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. A data foi agendada em concordância com a enfermeira responsável pela formação em serviço, ficando a seu cargo a divulgação. Foi elaborado o plano da sessão e realizada a preparação do material pedagógico (Apêndice II).

A sessão foi apresentada no dia 16 de Novembro de 2017, às 14h, com recurso a diapositivos em *PowerPoint* (Apêndice III). Em relação aos métodos utilizados na sessão além do expositivo recorri também ao participativo visando a motivação do grupo e o diálogo, facilitando a compreensão, retenção de conhecimentos e incentivo à participação, possibilitando o *feedback*. Fomentou-se o debate de ideias entre o grupo promovendo assim a partilha de opiniões e experiências.

Efetuando uma avaliação imediata subjetiva através de participação e interesse demonstrada pela equipa durante a sessão diria que o *feedback* foi muito positivo.

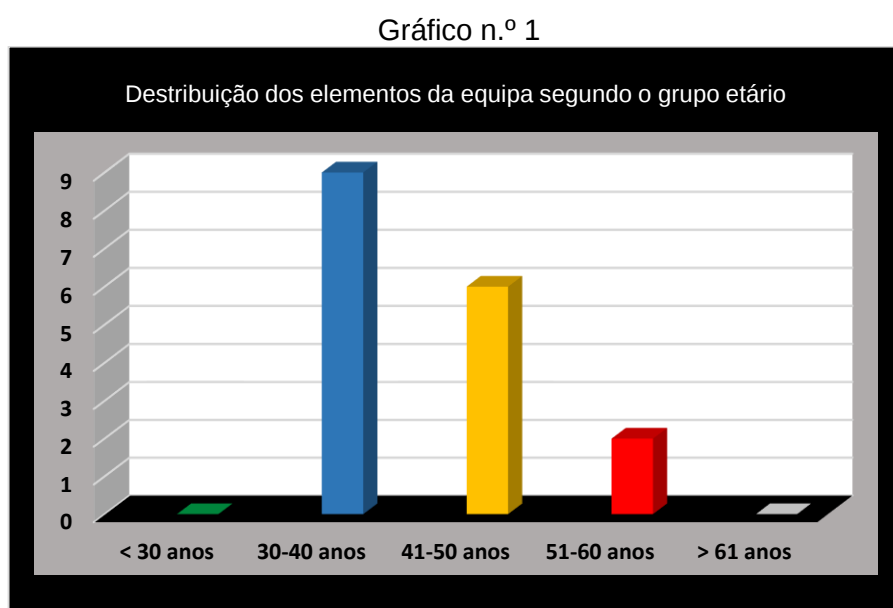
Procedendo a uma avaliação imediata objetiva e utilizando o indicador de processo verifiquei que das 19 enfermeiras que compõem a equipa, 17 elementos assistiram à formação dando uma percentagem de participação de 89.5%, demonstrando o interesse que o tema suscitou. Para utilizar o indicador de resultado seguiu-se a construção de um instrumento de recolha de dados com base na pesquisa bibliográfica e na experiência académica e profissional. A escolha recaiu no questionário pelo facto de tal com refere Polit-O'Hara, Hungler & Polit (2005), ter a vantagem de garantir o anonimato, não haver tendenciosidade nas respostas e requer menos tempo ao investigador. O questionário composto por perguntas de resposta aberta e de resposta fechada (Apêndice IV) foi entregue no final da sessão formativa. Pretendia que as inquiridas dessem livremente a sua opinião, expondo exatamente o que pensam, permitindo uma análise de resultado mais precisa e mais profunda.

Tratou-se de uma pesquisa de natureza quanti-qualitativa do tipo exploratório descritivo, tendo por objetivo: Conhecer a perceção da equipa de enfermagem sobre a implementação da visita domiciliária aos bebés prematuros e de baixo peso. Foi definido como critério de inclusão para a amostra, todos os elementos da equipa de enfermagem que assistiram à formação. O estudo cumpriu os princípios éticos que orientam a investigação científica. No processo de recolha de dados as participantes foram devidamente informadas do objetivo da investigação, da garantia do respeito, confidencialidade e anonimato dos dados. Todas as participantes deram o seu consentimento livre e informado para o fim pretendido e acederam voluntariamente a participar no estudo.

Para sustentar a compreensão e significado dos dados qualitativos utilizei a técnica de análise de conteúdo, tendo por base Bardin (2009). Após realizada uma leitura cuidadosa de cada questionário individualmente, seguiu-se uma releitura por forma a descobrir os significados e a elaboração das categorias e subcategorias que iam emergindo. Os dados quantitativos foram tratados manualmente com recurso ao programa *Microsoft Excel* para a elaboração dos gráficos.

3.2 – Apresentação, Análise e Interpretação dos Dados

Os valores apresentados no gráfico n.º 1 permitem constatar que a predominância no total da amostra, relativamente ao grupo etário situa-se entre os 30-40 anos (53%), seguindo-se o grupo dos 41-50 anos com 35,3%. Todos os elementos da equipa são do sexo feminino sendo uma profissão ainda hoje muito ligada à mulher cuidadora.



Fonte: Questionário (Apêndice IV)

Como pode ser observado no gráfico n.º 2 a maioria dos elementos que constituem a equipa de enfermagem 59,8% apresenta entre 10-20 anos de experiência profissional. Logo a seguir em termos de representatividade com 29,4% verifica-se que é assumido pelo grupo de profissionais com 21-30 anos de experiência. Se aliarmos estes dados de experiência e maturidade profissional ao fato de a equipa ser composta na sua totalidade por enfermeiras especialistas em saúde infantil e pediatria, posso concluir que dada a sua formação e o seu saber experiencial estão mais aptas para a prestação de cuidados de excelência, mobilizando esse conhecimento diariamente para a prática.



Partindo da análise do conteúdo, utilizada como fio condutor, foi possível identificar as ideias centrais, realizar a comparação das diferentes opiniões presentes nos questionários, permitindo desta forma a descoberta de eixos comuns, agrupados em categorias e subcategorias. Tive a preocupação de transcrever para as subcategorias, textualmente entre aspas as respostas dadas.

Perante o quadro n.º 6 posso depreender pelas categorias e subcategorias encontradas que a informação que pretendia transmitir foi assimilada pela equipa, que através das respostas dadas demonstrou compreender a importância vital da implementação da visita aos bebés prematuros e de baixo peso, constituindo um motivo de satisfação pessoal e profissional. A comunicação informal e formal por mim utilizada com a finalidade de dar a conhecer a importância da implementação do projeto, revelou ser um catalisador positivo no âmbito do relacionamento interpessoal, bem como no processo de desenvolvimento individual e coletivo dos elementos da equipa.

Quadro n.º 6: Principais razões apontadas pela equipa que justificam a importância da visita domiciliária

Categorias	Subcategorias
Capacitação parental	• “Maior segurança parental” • “Aumenta a confiança parental na prestação de cuidados” • “Validação e reforço das competências parentais” • “Responsabilização parental” • “Diminuir a ansiedade dos pais” • “Fornecer o apoio necessário à família” • “Apoio e esclarecimento de dúvidas aos pais no domicílio” • “Definir estratégias “<i>in loco</i>” de como colmatar algumas dificuldades dos pais” • “Permite ver as competências parentais no seu meio natural” • “Ensinos mais adequados ao serem realizados e adaptados às condições do bebé e família” • “Verificar a consolidação de conhecimentos”
Ganhos em saúde/ Redução dos custos de saúde	• “Melhoria das práticas de promoção da saúde” • “Promover a saúde e o bem-estar da unidade familiar” • “Altas precoces” • “Diminuição dos reinternamentos” • “Diminuição das idas ao serviço de urgência” • “Assegura a continuidade de cuidados no domicílio e a sua articulação com os centros de saúde” • “Despiste de situações de potencial risco para o RN” • “Identificar precocemente alterações no RN” • “<i>Follow up</i> de enfermagem por profissionais que já têm uma relação terapêutica de confiança e proximidade com o núcleo familiar dos prematuros/ elo de ligação” • “Solucionar problemas que não necessitem de meio hospitalar ou centros de saúde” • “Avaliação e controlo do peso e do estado nutricional do bebé” • “Permite conhecer na realidade as condições de vida do bebé e as condições habitacionais da família” • “Acompanhamento aos bebés prematuros e de baixo peso”

Fonte: Questionário (Apêndice IV)

Na mesma linha do quadro anterior, verifica-se no quadro n.º 7 que pelas subcategorias encontradas a equipa tem a plena consciência dos resultados que a implementação da visita irá condicionar na área da promoção da saúde, neste grupo de bebés de risco. A sua capacidade de prever resultados com base em ações de promoção da saúde e de qualidade de vida para estes bebés e família a curto e a longo prazo, é claramente justificada não só pela sessão formativa em si, mas também pelo sólido conhecimento teórico-prático da equipa demonstrado *a priori*.

Quadro n.º 7: Opinião da equipa relativamente aos resultados condicionados pela implementação da visita aos bebés prematuros e de baixo peso

Categories	Subcategorias
Capacitação parental	• “Maximização das competências parentais”
Ganhos em saúde/ Redução dos custos de saúde	• “Diminuição do nº de dias de internamento” • “Menor incidência de infeções hospitalares” • “Diminuição do nº de episódios de urgência e reinternamentos” • “Uma mais-valia na maximização dos ganhos em saúde” • “Diminuição da morbilidade” • “Redução dos custos de saúde a nível hospitalar e da comunidade nas diferentes dimensões bio-psíco-social” • “Otimizar a prevenção de possíveis situações de doença” • “Despiste de situações de risco” • “Prevenção de complicações ou problemas de saúde” • “Promoção do máximo bem-estar no domicílio” • “Cuidados adequados às necessidades específicas do bebé” • “Melhorar a qualidade dos cuidados prestados”

Fonte: Questionário (Apêndice IV)

Em relação à concordância da equipa com as estratégias apresentadas para a implementação e desenvolvimento da visita, os 17 elementos que participaram no estudo ou seja 100% responderam afirmativamente a essa questão o que é muito gratificante e motivador. Gostaram particularmente da apresentação da estrutura geral do protocolo constituído por 4 fases, envolvendo todas as estratégias relativas a cada uma delas. Incluídos nas estratégias foram divulgados os instrumentos que dão suporte à visita para uma melhor gestão dos cuidados: Protocolo; Folheto de divulgação; Guião de avaliação do bebé no domicílio e o instrumento de avaliação da visita (questionário aplicado aos pais após a visita).

Pela análise do quadro n.º 8 as justificações apresentadas pela equipa permitem apresentar resultados mais conclusivos. Verifica-se que todas as estratégias foram mencionadas com concordância, desde as formas de divulgação, o envolvimento da administração no projeto, a elaboração do protocolo e do guia de avaliação do bebé no domicílio, o tempo de realização para a primeira visita, bem como os resultados esperados com essas ações dos quais destaco: “o bem-estar da família (pais/ bebé) ”; “dar mais visibilidade aos nossos cuidados”; “articulação com os cuidados de saúde primários” e “ganhos em saúde”.

Quadro n.º 8: Justificações da equipa em relação à concordância com as estratégias apresentadas

“Estratégias bem estruturadas baseadas em evidência científica que visionam ganhos em saúde e económico-financeiros”
“São estratégias fáceis de atingir e conseguir, dependem da boa vontade de todos incluindo da administração, pois trazem ganhos em saúde”
“Projeto bem planeado, bem fundamentado, identificadas as necessidades e as expetativas da equipa de saúde/pais/cuidadores”
“Estratégias adequadas para a realização dos objetivos”
“As estratégias apresentadas têm em vista o bem-estar da família (pais/bebé) sendo fundamental o papel do enfermeiro para detetar algum problema atempadamente e fornecer o apoio necessário”
“Estas estratégias irão possibilitar a continuidade dos cuidados e esclarecer as dúvidas que surgem no domicílio refletidas nos vários telefonemas recebidos após a alta”
“Estratégias bem fundamentadas, estruturadas e bem planeadas dando continuidade ao nosso trabalho após o internamento”
“ As estratégias apresentadas estão bem delineadas e fundamentadas, de modo a dar mais visibilidade ao nosso trabalho”
“O projeto está bem delineado e fundamentado sendo fundamental a visita domiciliária uma vez que permite dar mais visibilidade aos nossos cuidados”
“Considero importante o “ <i>timing</i> ” da realização da 1ª visita permitindo detetar o mais precocemente possível qualquer dúvida ou dificuldade existente”
“É importante a primeira visita passada uma semana, bem como a existência de um guia orientador para a enfermeira assinalar a mesma e orientar as visitas seguintes”
“É importante existir um Protocolo da visita para uniformizar os cuidados e a articulação com os cuidados de saúde primários”
“Formas adequadas de divulgação do projeto”
“Importância da divulgação da visita nos meios disponíveis dando mais visibilidade aos cuidados”
“Identificadas as necessidades e as expetativas da equipa de saúde/pais/cuidadores”
“Importância do Guia Orientador assinalando a avaliação do bebé e encaminhamentos se necessário”

Fonte: Questionário (Apêndice IV)

As sugestões apresentadas pela equipa no quadro n.º 9 são bastante pertinentes. Em relação às altas precoces dos prematuros com peso inferior a 2kg, só conseguiremos dar resposta numa fase mais desenvolvida e avançada do Projeto, quando já estiver implementado e com bons resultados, não descurando a envolvimento de toda a equipa médica. Alargar esta intervenção a toda a área pediátrica, seria muito interessante e indiscutivelmente iria trazer ganhos em saúde, mas para ser possível, está dependente de mais recursos materiais e humanos, que não dispomos neste momento, sendo fundamental a participação dos administradores da organização, tornando-o num projeto da instituição.

A sinalização de situações de risco com o CS já está previsto no Projeto, constituindo um dos objetivos da VD. A revisitação efetuada pela enfermeira da neonatologia deve ser equacionada em casos concretos que se justifique a sua realização e/ou quando o CS da área de residência não consegue dar resposta. Quanto à formação contínua dos profissionais que prestam cuidados aos bebés prematuros, ao nível das Unidades Familiares de Saúde e que apresentam grande escassez de enfermeiros especializados nesta área, gostaria de dar resposta já nesta fase do Projeto, pois considero vital transmitir esse conhecimento contribuindo para a melhoria na qualidade dos cuidados, contudo é de todo impossível com o

tempo que disponho para a sua implementação.

Quadro n.º 9: Sugestões indicadas pela equipa para melhoria do projeto

“Envolver a equipa médica no projeto de modo a ser possível as altas precoces”
“Promover a alta do prematuro com peso <2kg (pais presentes e autonomia alimentar do RN)”
“O projeto está muito bem delineado sugiro apenas que após implementado seria pertinente alargar o projeto também aos cuidados domiciliários em pediatria, principalmente às crianças com doença crónica”
“Preparação dos profissionais que prestam cuidados ao RN, através de formação continua e atualização dos conhecimentos”
“Projeto bem pertinente, centrado no cuidar ao RN e sua família, tendo em conta os seus interesses, expectativas e valores”
“O recurso a doações pode ser uma estratégia para conseguir o material necessário”
“Sinalização de situações de risco com o centro de saúde (Equipa de Intervenção Precoce)”
“Fazer revisitação caso se justifique”

Fonte: Questionário (Apêndice IV)

3.3 – Conclusões

Partindo dos resultados encontrados posso destacar que o objetivo da pesquisa foi atingido, tornando-se notória a percepção que a equipa de enfermagem tem sobre a visita domiciliária. Este estudo tornou-se essencial ao permitir conhecer de forma mais precisa as opiniões da equipa sobre toda a envolvimento do projeto, sendo minha pretensão mobilizarmos forças em conjunto para a sua implementação e desenvolvimento.

As enfermeiras intervenientes no estudo demonstraram interesse, empenho e motivação para participarem no projeto, considerando-o uma mais-valia para a unidade que sendo acreditada assume uma responsabilidade acrescida como elo de ligação para a continuidade de uma prática de qualidade. Dada a formação dos elementos da equipa, a capacidade de ajuizar e tomar decisões é claramente alicerçada num sólido conhecimento teórico-prático, e na proficiente e efetiva mobilização e utilização desse conhecimento na prática, visível ao nível global de desempenho profissional, demonstrando competências científicas, técnicas, humanas e relacionais.

As categorias encontradas: capacitação parental e ganhos em saúde/redução dos custos de saúde, assim como as subcategorias demonstram isso mesmo que estamos em concordância, caminhando em conjunto para alcançar os mesmos objetivos que deixam de ser individuais para ser coletivos. A comunicação e a troca de informação produzem ganhos ao nível dos mecanismos de ligação coordenação e partilha de objetivos (Pissarra, 2014) o que significa estar a contribuir de forma indiscutível para a melhoria da qualidade e eficácia dos cuidados. A possibilidade de alargar o projeto envolvendo toda a área pediátrica na partilha dos mesmos objetivos é pertinente, mas terá que ser adiada, no contexto atual dos recursos existentes.

Em termos de avaliação, este objetivo foi atingido sem dificuldade e todas competências implícitas desenvolvidas.

4 – IMPLEMENTAR O PROJETO CUIDAR⁺ “VISITA DOMICILIÁRIA A BEBÉS PREMATUROS E DE BAIXO PESO”

Justificação: Como forma de delinear estratégias que promovam a vinculação e as competências parentais constituindo um complemento influenciador no desenvolvimento do bebé, indispensáveis a uma cultura de promoção da segurança e qualidade dos cuidados, com ganhos em saúde.

Neste objetivo estavam inerentes a aquisição das seguintes competências:

Competência Acrescida Avançada em Gestão

A – Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a Deontologia Profissional.

B – Desenvolve um sistema de gestão de qualidade como modelo de excelência e referência para a melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados de saúde e das organizações.

C – Adota estratégias de liderança que assegurem o desenvolvimento profissional e organizacional sendo um agente ativo dos processos de mudança que acrescentam valor à profissão e à organização.

D – Operacionaliza as funções de planeamento, organização, direção e controlo como componentes estruturantes, interdependentes e sequenciais do processo de gestão, utilizando um modelo facilitador do desenvolvimento organizacional e promotor da qualidade e da segurança.

E – Garante uma prática profissional baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde.

F – Desenvolve a assessoria e a consultadoria visando processos de mudança que agreguem valor às organizações de saúde.

Competências de Mestre

M1 – Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada.

M2 – Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.

M3 – Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.

M4 – Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida.

M5 – Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.

M6 – Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular.

M7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Conhecer a missão, visão, valores, objetivos, políticas, obrigações, área de influência, termos contratuais e modelo de financiamento da instituição descritos no capítulo II, tornou-

se fundamental para deter um pensamento estratégico no planeamento do Projeto e na organização de todas as intervenções.

Segundo Tavares (1990:51) “a existência de um projeto entende-se na medida em que proporciona a satisfação de uma necessidade identificada (...)” tendo ainda como finalidade a aplicação de conhecimentos teóricos à prática e o aperfeiçoamento e desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais visando assegurar e vigiar a qualidade dos cuidados.

A melhoria dos cuidados e a sua adequação à população, às necessidades e expectativas das famílias está na base do conceito de qualidade, tornando-se essencial entender as tendências de evolução dessas necessidades e expectativas, a forma como os cuidados de saúde se desenvolvem e o que se passa na interface entre as famílias e os profissionais de saúde. Hoje em dia as pessoas não estão só preocupadas com a melhoria do estado de saúde, estão também com a melhoria da qualidade de vida, dando importância entre outras variáveis, à acessibilidade, ao respeito pelos seus direitos, à segurança, à continuidade de cuidados, e daí dependerá a sua satisfação. Deste modo a melhoria da qualidade passa por promover uma maior coordenação entre cuidados, com enfoque no ciclo de vida, tendo por base a evidência científica e o envolvimento da família.

No distrito de Évora as visitas domiciliárias realizadas aos RNs são efetuadas pelas Unidades de Saúde até ao décimo quarto dia de vida, pelo que com este critério só os nados de termo são incluídos nessa visita. Os bebés prematuros uma vez que ainda se encontram internados nesse período, não são abrangidos pelas visitas, embora constituam o grupo populacional que mais beneficiaria dessa intervenção. Ao exercer funções de enfermeira especialista em saúde infantil e pediatria na UCIN e na realização das entrevistas informais efetuadas aos pais de prematuros na pré-alta constatei que a grande maioria demonstra inseguranças, relativamente às competências parentais e défices de conhecimentos sobre a prematuridade, facto este que acrescenta ainda mais relevância a esta intervenção.

Neste contexto identificada a visita domiciliária a este grupo de bebés de risco como área prioritária de intervenção, surge o Projeto CUIDAR⁺ enquadrado nas Políticas de Saúde que preconizam o reforço dos serviços de apoio domiciliário, através da implementação de projetos integrados de apoio domiciliário e o reforço do uso de tecnologias da comunicação e informação (DGS, 2016).

Este Projeto pretende colmatar uma lacuna existente nesta área de cuidados específicos, facilitando a integração do prematuro no seu ambiente familiar promovendo as competências parentais, contribuindo assim para a redução da morbilidade. Com este processo pretendo atuar de forma adequada e oportuna de modo a avaliar e a realizar o acompanhamento (*follow-up*) destes bebés indo ao encontro das reais necessidades dos pais/famílias maximizando o seu nível de independência.

Segui a metodologia de planeamento em saúde em todas as suas etapas: Diagnóstico da situação (recorrendo a técnicas qualitativas e a análise de dados estatísticos dos últimos 5 anos sobre – Taxa de Prematuridade, Taxa de Readmissões dos bebés prematuros após a alta nos serviços da área pediátrica no período 0-3 meses); Determinação de prioridades (levantamento das necessidades prioritárias e racionalização dos recursos disponíveis); Fixação de objetivos; Seleção de estratégias (divulgação, formação e implementação); Preparação operacional e Avaliação, apresentadas e desenvolvidas no PE (Apêndice I).

Foi elaborada a Estrutura Geral do Projeto (Apêndice I) o que possibilita ter uma visão global de todas as fases que o constituem, bem como a sua finalidade e os benefícios esperados da sua implementação, quer a nível pessoal, disciplinar, institucional e profissional, quer ao nível económico e no serviço de saúde.

A autorização para a implementação do Projeto e respetivo estudo foi solicitada à instituição, dirigida à Presidente do Conselho de Administração, que por sua vez enviou à Comissão de Ética, ao Diretor de Enfermagem, ao Diretor do Serviço, Coordenador da Unidade e Enfermeira Chefe, cujos pareceres foram todos favoráveis à sua concretização (Apêndice V). Foi também requerida à Presidente do Conselho a autorização para divulgação do Projeto na intranet do HESE, tendo sido autorizado, permitindo que os profissionais de outros serviços conheçam esta intervenção. Para esse fim elaborei uma nota de publicação, que foi enviada para o Serviço de Informática e posteriormente publicada (Apêndice VI).

No sentido de difundir externamente e dar mais visibilidade ao Projeto este foi apresentado em Comunicação Livre no 7.º Congresso Internacional da APEGEL (Apêndice VII).

Mobilizei todos os recursos e parcerias que poderiam potenciar os resultados finais do Projeto como o Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão, o Gabinete de Comunicação e *Marketing*, o Serviço de Informática e o ACES Alentejo Central com reuniões com a Diretora Executiva Dr.^a Laurência Gemitto e com a Enf.^a Carla Calça Vogal Conselho Clínico e de Saúde, onde apresentei a estrutura geral do projeto, a sua finalidade e os resultados espectáveis de ganhos em saúde. O projeto foi considerado interessante e pertinente podendo também ser uma mais-valia para o ACES. Foi enviado via correio eletrónico a todos os enfermeiros chefes, responsáveis, ou em funções de chefia, das Unidades Familiares do ACES Alentejo Central (Anexo I).

Neste contexto a VD será a consulta de enfermagem no domicílio, realizada pela enfermeira da neonatologia do HESE-EPE após a alta do bebé da unidade, em articulação com os CSP da área de residência. Foi elaborado o Protocolo da VD visando a articulação com os CS (Apêndice VIII).

4.1 – Metodologia

Este projeto de contexto académico implicou o desenvolvimento de investigação científica, tratando-se de um estudo descritivo com abordagem quanti-qualitativa, tendo por objetivos: Caracterizar os pais e os bebés que participaram no Projeto CUIDAR⁺ ; Avaliar o estado de saúde dos bebés e a sua adaptação ao ambiente familiar; Avaliar as competências parentais; e Identificar as dificuldades no processo de cuidados no domicílio.

Foram definidos como critérios de inclusão para a realização da visita: Recém-nascidos com Idade Gestacional <36 semanas e/ou Recém-nascidos com peso ao nascer <2000 gr, com residência na área de influência de primeira linha, correspondendo ao Distrito de Évora, Alentejo Central (NUT III) abrangendo os seus 14 Concelhos: Alandroal, Arraiolos, Borba, Évora, Estremoz, Montemor-o-Novo, Mora, Mourão, Portel, Redondo, Reguengos de Monsaraz, Viana do Alentejo, Vendas Novas e Vila Viçosa.

Os pais cujos RNs cumpriam os critérios de inclusão foram convidados a participar no Projeto durante o internamento dos filhos, aproveitando a sua permanência na instituição. Nesse momento foi entregue aos pais o folheto de divulgação da VD (Apêndice IX) e foram dadas informações completas, quanto aos objetivos e forma de participação. A receptividade dos pais a esta intervenção foi muito positiva, demonstrando agradecimento pela iniciativa.

Sob o ponto de vista ético na investigação assumi como princípios elementares: os participantes não devem ser prejudicados, o que se relaciona com o princípio da não maleficência; os participantes deram o seu consentimento informado de forma voluntária, o que permite assegurar o princípio da autonomia; e assegurar aos participantes a confidencialidade e o anonimato, respeitando assim, os princípios de beneficência e justiça (Streubert & Carpenter, 2002). O processo de consentimento informado dos participantes baseou-se na informação relativa à investigação, sendo garantida a possibilidade de recusa na participação sem que daí resultasse qualquer tipo de consequência pejorativa.

Todos os pais abordados aceitaram participar à exceção de um casal, pais de gêmeos de 35 semanas de idade gestacional, que por motivos pessoais “estavam em mudança de habitação” não aceitaram receber a visita domiciliária.

Assim sendo a amostra foi constituída por 14 bebés com internamento na UCIN, do HESE, no período de Dezembro de 2017 a Abril de 2018, com o diagnóstico principal de prematuridade e/ou baixo peso e respetivas famílias (12 famílias, dois casos de gravidez múltipla).

Neste estudo foi usada a técnica de **Observação Direta Descritiva** tendo optado pela observação participante por constituir a melhor técnica de recolha de dados neste tipo de estudos, pois recolhe dados dos indivíduos em atividade permitindo “comparar aquilo que dizem, ou que não dizem, com aquilo que fazem” (Vale, 2000: 233). Esta técnica permite a investigação qualitativa de fenómenos nos seus contextos de ocorrência natural, implicando

a inserção do investigador, que pode envolver-se nas atividades que está a estudar, tendo sempre como prioridade primária a observação (Lapassade, 2001).

Sendo uma observação planeada e estruturada, focalizada no que constitui o objeto de estudo, registar comportamentos, interações e acontecimentos, está em posição de obter pontos de vista adicionais através da experiência direta dos fenómenos, relativamente ao RN/bebé e aos pais/família, tendo por base os cuidados prestados durante as visitas e outras informações relevantes (ouvidas, sentidas) que apareceram espontaneamente em cada contexto e que foram registadas no guião orientador de avaliação do RN no domicílio (Apêndice X) criado como matriz de observação, sintetizado no quadro seguinte.

Quadro n.º 10: Matriz de Observação

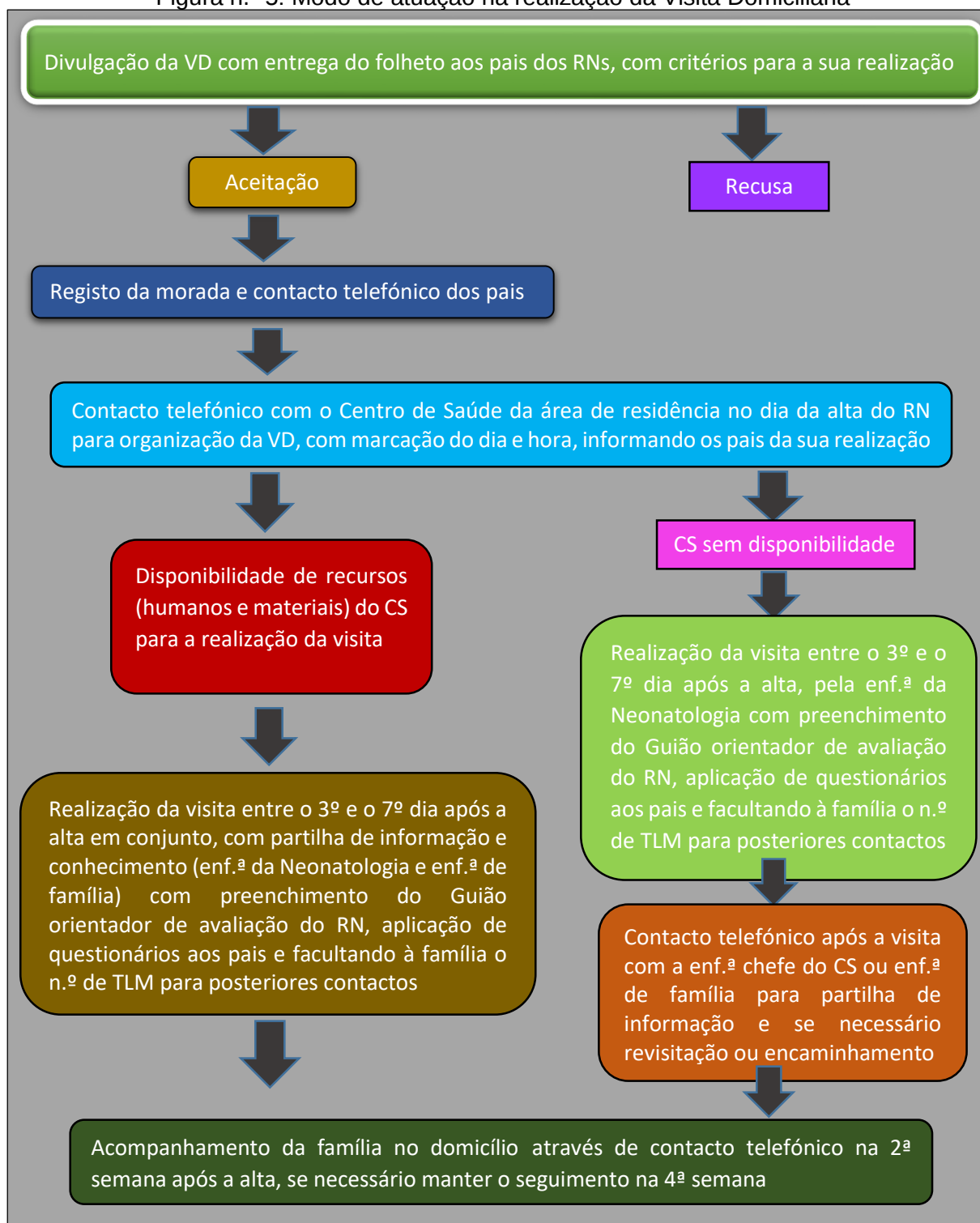
RN/bebé	Pais/família
▪ Estado de saúde (sinais vitais, peso, características da pele, tipo de alimentação, vestuário, roupa do berço/cama, posicionamentos, em que divisão da casa dorme, condições habitacionais em termos de ambiente e segurança). ▪ Adaptação ao meio familiar (ambiente envolvente do RN e dinâmica familiar incluindo a interação do RN com os pais).	▪ Avaliação emocional (tranquilos, ansiosos, deprimidos, preocupados, cansados). ▪ Vinculação com o RN (interação pais-bebé). ▪ Autonomia dos pais face ao RN (autonomia nos cuidados, compreensão do choro do RN, dificuldades e/ou preocupações manifestadas, ensinamentos efetuados). ▪ Adaptação ao papel parental (principal prestador de cuidados, participação do pai nos cuidados). ▪ Apoio familiar (participação da família no cuidado ao bebé e nas tarefas domésticas).

Fonte: Elaborado pela própria

À técnica de observação foram adicionados mais dois instrumentos de recolha, através da colheita de dados presentes nos processos clínicos dos RNs envolvidos no estudo, acedendo ao programa informático *ALERT* para gestão hospitalar e do questionário aplicado aos pais no final da visita, composto por perguntas de resposta aberta e de resposta fechada com recurso à escala de *Likert*, constituída por vários níveis de resposta (Apêndice XI).

Foi realizada uma visita a cada família com a duração média de 1h.30m, durante a 1ª semana após a alta hospitalar. As visitas foram agendadas através de contacto telefónico com o Centro de Saúde ou Unidade Familiar da área de residência, no dia da alta do RN. Os pais foram informados da marcação do dia e hora da visita tendo sido combinado a realização do banho e alimentação do RN durante a visita de modo a ter mais atividades para observação. A figura seguinte mostra de forma esquematizada o modo de atuação na realização da visita.

Figura n.º 5: Modo de atuação na realização da Visita Domiciliária



Fonte: Elaborado pela própria

4.2 – Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados

Nos três quadros seguintes são apresentadas as variáveis que em conjunto com os dados observados me permitiram caraterizar melhor os sujeitos da amostra - pais e bebés que participaram no estudo: idade, habilitações académicas e situação profissional maternas e

paternas; tipo de parto; n.º de gestações; idade gestacional (IG); peso ao nascer; idade corrigida (IC) na alta hospitalar; tempo de internamento; tipo de aleitamento materno na alta (AME – aleitamento materno exclusivo, AM – aleitamento materno e leite artificial, Não AM – alimentado só com leite artificial). Estes dados quantitativos do grupo de variáveis maternas, paternas e neonatais foram analisados e tratados com recurso à análise estatística descritiva, utilizando o programa informático *Microsoft Excel*.

Os valores apresentados nos quadros n.º 11 e n.º 12 permitem constatar que 50% das mães pertence ao grupo etário dos 31-35 anos, enquanto a maioria dos pais (41,8%) tinha entre 36-40 anos. Verifica-se que são as mães que detêm mais habilitações académicas, 66,7% com o secundário e 25% com curso superior e 16,7% com o 2º ciclo (mestrado). Comparativamente a maioria dos pais (50%) refere ter o ensino básico, 25% o ensino secundário e 25% curso superior. Todos os pais estão empregados. Das 12 mães que participaram no estudo 91,7% encontra-se a exercer uma profissão. De salientar que 57,1% das mães são primíparas necessitando de um maior apoio nos cuidados ao bebé.

Relativamente ao tipo de parto 57,1% foi por cesariana, que se justifica pelas situações de emergência na origem dos nascimentos prematuros.

Quadro n.º 11: Distribuição das Variáveis Maternas

Variáveis Maternas	N	%
Idade Materna (n=12)		
21-25	2	16,7%
26-30	1	8,3%
31-35	6	50%
36-40	1	8,3%
41-45	2	16,7%
Habilitações académicas (n=12)		
< ou igual ao 9º Ano	1	8,3%
>9º Ano- 12º Ano	8	66,7%
Licenciatura	1	8,3%
Mestrado	2	16,7%
Situação Profissional (n=12)		
Empregada	11	91,7%
Desempregada	1	8,3%
Tipo de Parto (n=14)		
Eutócico	4	28,6%
Ventosa	2	14,3%
Cesariana	8	57,1%
N.º de Gestações (n=14)		
Primípara	8	57,1%
2 a 3 gestações	6	42,9%

Fonte: Questionário (Apêndice XI)

Quadro n.º 12 – Distribuição das Variáveis Paternas

Variáveis Paternas	N	%
Idade Paterna (n=12)		
21-25	1	8,3%
26-30	1	8,3%
31-35	3	25%
36-40	5	41,8%
41-45	1	8,3%
>45	1	8,3%
Habilitações académicas (n=12)		
< ou igual ao 9º Ano	6	50%
>9º Ano-12º Ano	3	25%
Licenciatura	3	25%
Situação Profissional (n=12)		
Empregado	12	100%

Fonte: Questionário (Apêndice XI)

Pela análise do quadro n.º 13 constata-se que em relação aos RNs a grande maioria (71,4%) nasceu com IG inferior a 34 semanas e 35,7% dos RNs (5) nasceu com peso inferior a 1500gr, dando pertinência ao seguimento nos cuidados após a alta. O tempo de internamento foi superior a 30 dias em 28,6% dos casos, em que 14,3% dos RNs permanecerem hospitalizados mais de 60 dias e 64,3% dos bebés assistidos no âmbito do projeto tiveram alta antes de completar 37 semanas de IG corrigida, demonstrando assim a importância da realização da visita não só para conhecimento *in loco* da realidade do ambiente familiar, mas também para avaliar as competências parentais.

Dos 14 bebés que integram o estudo 71,4% (10) necessitaram de assistência ventilatória, 50% (7) não invasiva com CPAP nasal e 21,4% (3) dos RNs foram conectados ao ventilador, entre os quais 2 grandes prematuros (IG à nascença de 28 semanas).

Estes 2 bebés nascidos com muito baixo peso (869gr e 1030gr) dada a sua vulnerabilidade, foram os que registaram mais complicações durante o internamento (displasia pulmonar, pneumotórax, anemia, infeções, retinopatia da prematuridade etc.) e após desconexão do ventilador ainda permaneceram por um longo período com aporte de oxigenoterapia. Um deles (após 63 dias de internamento) por não apresentar autonomia respiratória no dia da alta teve necessidade de ir com oxigenoterapia por óculos nasais a 0,5l/m, que manteve por 3 meses no domicílio.

Quadro n.º 13 – Distribuição das Variáveis Neonatais

Variáveis Neonatais	N	%
IG ao nascer (n=14)		
26s-29s+6d	2	14,3%
30s-33s+6d	8	57,1%
34s-36s+6d	4	28,6%
Peso ao nascer (n=14)		
<1000gr	1	7,1%
1000-1499gr	4	28,6%
1500-1999gr	5	35,7%
2000-2500gr	3	21,4%
>2500	1	7,1%
Assistência ventilatória (n=14)		
Não invasiva (CPAP)	7	50%
Invasiva (ventilador)	3	21,4%
Sem assistência	4	28,6%
Idade corrigida na alta (n=14)		
35s-36s+6d	9	64,3%
> ou igual a 37s	5	35,7%
Tempo de Internamento (n=14)		
< ou igual a 30 dias	10	71,4%
31-60 dias	2	14,3%
>60 dias	2	14,3%
Aleitamento Materno na alta (n=14)		
AME	1	7,1%
AM	5	35,7%
Não AM	8	57,1%

Fonte: Questionário (Apêndice XI)

4.2.1 – Resultados referentes à Observação Direta

A observação sendo um dos instrumentos básicos de enfermagem, constitui um processo de trocas de informações, implicando a utilização da percepção visual, mas também de todos os outros órgãos dos sentidos (tato, olfato, audição e visão). Segundo Morse (2007) a observação enquanto técnica exige treino disciplinado, preparação cuidada e conjugação de alguns atributos indispensáveis ao investigador, tais como atenção, sensibilidade e paciência, favorecendo uma abordagem indutiva, com natural redução de “pré-concepções”, reduzindo a subjetividade do observador.

Consciente disso e sendo simultaneamente instrumento, na recolha de dados e na sua interpretação, procurei não interferir com a objetividade dos fatos observados, tendo atenção e clara identificação dos meus pressupostos e valores, registando sempre as alterações que ocorreram durante o período de observação. O facto de conhecer os pais/família ajudou na

construção de uma base de confiança e empatia, possibilitando a imersão na dinâmica familiar, indispensável a uma desejada flexibilidade nos momentos de observação.

O quadro n.º 14 apresenta a síntese dos dados observados e registados durante as visitas. Nas 12 visitas domiciliárias efetuadas observei 14 bebés, 12 mães e 8 pais em contexto familiar (3 pais ausentes no dia da visita por “estarem a trabalhar” e 1 pai que já não vive com a mãe). Os 14 bebés observados foram avaliados no final da visita com Estado de saúde considerado normal e Boa adaptação ao meio familiar. Só 25% das visitas domiciliárias foram efetuadas em parceria com a enfermeira de família, o que significa que em 75% das solicitações para a continuidade dos cuidados em parceria o Centro de Saúde da área de residência, não disponha de recursos humanos para concretizar esse acompanhamento. Nesses casos após a visita estabeleci contato telefónico com a Unidade de referência onde foram partilhadas informações relevantes com a enfermeira de família, sobre a história de nascimento e internamento do bebé, assim como dados sobre a alta, a situação do aleitamento materno e a necessidade de medicamentos, vigilância e/ou cuidados especiais.

Após a visita foi agendado seguimento para 9 bebés/famílias em articulação com o centro de saúde/unidade familiar: 3 bebés para vigilância do peso e mamadas (sem aumento de peso); 1 bebé com anemia multifactorial para vigilância das características da pele (palidez facial, com pele atópica muito exacerbada); 2 bebés gêmeas com palidez facial (suspeita de anemia congénita) para seguimento do controlo analítico; 1 bebé para vigilância em termos de resultado do teste do pezinho (repetiu o teste TSH/PKU durante a visita); 1 bebé/família para vigilância com Trissomia 21 (Síndrome de Down) referenciado para a Intervenção Precoce, incentivamos os pais a inscreverem-se na Associação Pais 21 (criada em 2008 com a finalidade de promover o apoio, a informação e a partilha de novidades relativas à trissomia 21); 1 bebé/família sinalizados pela assistente social (mãe seguida pela psiquiatria, diabetes tipo I insulínica dependente, e que necessita de vigilância no controlo da diabetes, o pai não quer assumir a paternidade).

Em relação à vigilância do peso e mamadas após 3 a 4 dias da VD a enfermeira de família revisitou as famílias e pesou novamente os bebés. Os 3 RNs nessa situação registaram um aumento ponderal significativo face à 1ª visita, certificando a eficácia dos ensinamentos efetuados. O bebé com pele atópica na reavaliação efetuada pela enfermeira de família após 5 dias da 1ª visita apresentava melhoras significativas em relação às características da pele, confirmando a efetividade das intervenções e orientações. As bebés com suspeita de anemia aguardam ainda a realização de novo controlo analítico.

Verifiquei que as mães são sempre as principais cuidadoras, mostrando mais preocupação, ansiedade e cansaço em relação aos pais, devido em parte ao peso da responsabilização nos cuidados, no entanto 91,7% dos pais participam nos cuidados ao bebé (preparação da água do banho, biberões e troca de fraldas). Todas as mães mencionaram

receber apoio familiar principalmente dado pela mãe em 75% dos casos, no cuidado indireto ao bebé e nas tarefas domésticas. No decorrer das 12 visitas constatei que em todas elas existia uma boa interação mães-bebé e bebé-mães. Nas 8 famílias em que os pais estavam presentes e participaram nos cuidados também verificar a boa interação que existia entre a tríade.

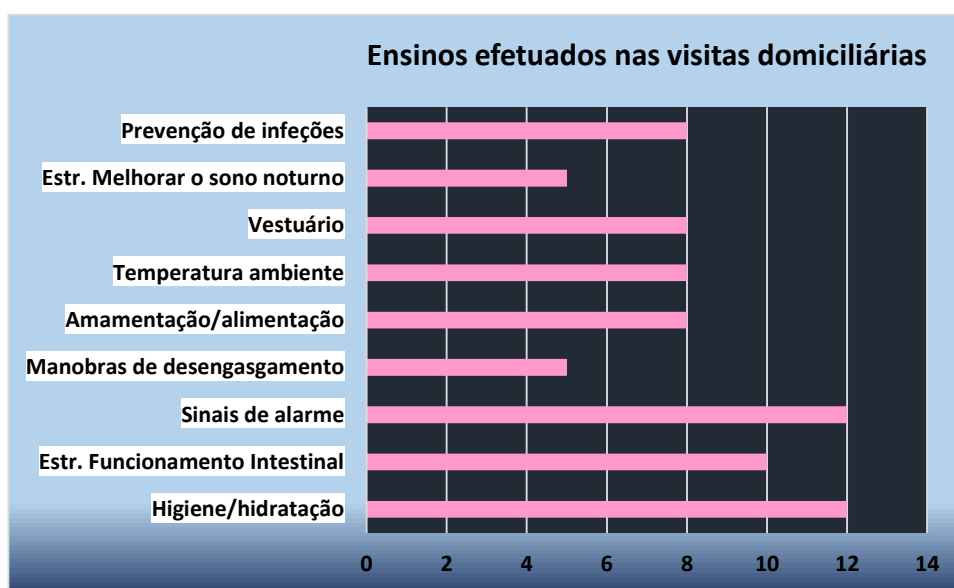
Durante a visita 83,3% dos pais apontaram como principal dificuldade/preocupação o funcionamento intestinal do RN (não tem dejeções), 75% manifestaram dúvidas na amamentação e/ou alimentação do bebé, 66,7% dos pais referiram a temperatura e vestuário adequados do RN e 41,6% mencionaram o sono noturno do bebé (não dorme). A alteração no padrão de sono do bebé foi também descrita pelas famílias como uma situação que causa *stress*, prejudicando o descanso noturno dos pais, essencialmente das mães, alterando toda a rotina diária.

Quadro n.º 14: Síntese dos dados Observados

RN/bebé (n=14)	Pais/ família (mães n=12; pais n= 8)
➤ Estado de saúde - Sinais vitais normais (14) - Peso - com aumento ponderal (11) - Características da pele: - Rosado (11); - Levemente rosado (1); - Pálido (2); - Hidratado (14) - Tipo de alimentação: L. Materno Exclusivo (2); L. Materno e L. Artificial (4) L. Artificial (8) - Vestuário adequado (14) - Roupa do berço/cama adequada (14) - Posicionamentos adequados (14) - Dorme no quarto dos pais (14) - Condições habitacionais adequadas (14) ➤ Boa adaptação ao meio familiar (14)	➤ Avaliação emocional da mãe - Tranquila (2); Ansiosa (8); Cansada (4); Preocupada (9) ➤ Avaliação emocional do pai - Tranquilo (6); Ansioso (2); Preocupado (3) ➤ Vinculação com o RN - Boa interação pais-bebé (8) - Boa interação mãe-bebé (12) ➤ Autonomia dos pais face ao RN - Autonomia nos cuidados (12) - Compreensão do choro do RN (9) - Dificuldades e/ou preocupações manifestadas: Pele do RN e oxigenoterapia (1); Vestuário (6); Alimentação (9); Sono noturno (5); Funcionamento intestinal (10); Engasgamento (5); Temperatura do quarto (8). - Ensinos efetuados: Higiene e hidratação da pele do RN (12); Estratégias para funcionamento intestinal (10); Sinais de alarme (12); Manobras de desengasgamento (5); Amamentação e alimentação do RN (9); Temperatura e vestuário adequados (8); Estratégias para melhorar o sono noturno do RN (5); Prevenção de infeções (8). ➤ Adaptação ao papel parental - Mãe como principal prestador de cuidados (12) - Participação do pai nos cuidados (11) ➤ Apoio familiar - No cuidado ao bebé e nas tarefas domésticas (12), pela mãe (9); sogra (2); irmã (1); tia (1); avó (1)

No gráfico n.º 3 são apresentados os ensinamentos efetuados que incidiram nas temáticas apontadas pelos pais de modo a colmatar as dificuldades concretas, aos quais adicionei alguns assuntos que achei relevantes: sinais de alarme (gemido, adejo nasal, tiragem, mucosas cianóticas, hipotonia, tremores, movimentos convulsivos, hipertermia, hipotermia); manobras de desengasgamento; estratégias de prevenção de infeções; e também no reforço da higiene e hidratação da pele do RN uma vez que presenciei os cuidados nos banhos em todas as visitas.

Gráfico n.º 3



Fonte: Guião orientador de avaliação do RN

Durante ou no final de cada visita as informações do seguimento em ambulatório, foram registadas no guião orientador de avaliação do RN, estruturado para esse fim e guardado em pasta própria na unidade. Todos os dados relativos às visitas que sejam fundamentais para a continuidade dos cuidados, deveriam ser digitados num banco de dados, possibilitando futuras pesquisas, com recurso ao programa informático SClínico, mas que na instituição onde trabalho ainda não está disponível. Sendo um sistema de informação evolutivo o SClínico insere-se na estratégia definida pelo Ministério da Saúde para a área de informatização clínica do SNS, que prevê a uniformização dos procedimentos dos registos clínicos, de forma a garantir a normalização da informação. Acredito que a curto prazo dispor do mesmo sistema informático a nível hospitalar e dos centros de saúde, vai possibilitar o acesso à informação clínica dos utentes, a utilização, partilha e sistematização dos dados entre profissionais de saúde de diversas áreas permitindo uniformizar as práticas, com melhor apoio, assistência e acompanhamento às famílias e RNs, tornando a atuação dos profissionais de saúde mais eficaz e eficiente.

Na continuação do seguimento familiar através de contacto telefónico na 2ª semana englobando as 12 famílias, o principal problema referido por 9 pais/famílias (75%) continuava a ser o funcionamento intestinal do RN (9 bebés alimentados só com leite artificial ou na maioria das mamadas) pelo que foram reforçados os ensinamentos sobre o tema e dadas novas indicações, como por exemplo, mudar o leite artificial para anti-obstipante com pré-bióticos e alterar o tipo de água na preparação dos biberons (água com PH alcalino). Na 4ª semana apenas 4 famílias/pais identificaram esse problema verificando-se uma redução de 41,7% o que é bastante significativo.

A prática da amamentação exclusiva até os seis meses de idade é incentivada pela equipa de enfermagem em concordância com as diretrizes emanadas do Ministério da Saúde. Esta prática torna-se ainda mais relevante quando os RNs são prematuros melhorando o seu sistema imunitário e ao mesmo tempo que regulariza o funcionamento intestinal dos bebés. No entanto constatei pelos registos que no dia da alta hospitalar, 57,1% das mães já não amamentam sendo a taxa de aleitamento materno exclusivo apenas de 7,1%. Devido a uma maior vulnerabilidade destes bebés à morbilidade e à mortalidade neonatal e que poderiam ser protegidos pelo aleitamento materno, coloca-se aqui um grande desafio à equipa neonatal que deve incentivar as mães a permanecerem mais tempo na unidade para intensificar a amamentação e estimular a produção láctea, evitando desta forma o desmame precoce que acontece na grande maioria dos casos ainda durante o internamento.

Na visita pós alta em parceria com a unidade familiar e com o apoio e vigilância da enfermeira de família, conseguimos após um período de aproximadamente uma semana, que mais uma mãe amamentasse de forma exclusiva, passando para 16,7%, melhorando assim a continuidade da amamentação após a alta.

Através deste acompanhamento soube que o resultado do teste do pezinho repetido na visita veio negativo para grande alegria dos pais que tinham ficado muito preocupados.

Esta forma de continuação de cuidados veio estreitar ainda mais a minha ligação a estes bebés e famílias sentindo uma grande receptividade por parte dos pais, que me telefonam e continuam a convidar para novas visitas e a enviar fotografias dos bebés por *e-mail* incluindo-me na evolução e desenvolvimento do bebé e da própria família.

4.2.2 – Resultados referentes ao Questionário

Quanto ao questionário, após a colheita dos dados relativos às opiniões dos pais, transcritos textualmente, foi realizada uma abordagem do método qualitativo de análise de conteúdo temático, proposto por Bardin (2009). A análise recaiu sobre a narrativa escrita, relacionando os dados da observação e fundamentação teórica com os estilos de linguagem e intenções. Após leitura cuidadosa as respostas foram agrupadas em categorias específicas pelas semelhanças de significado.

1. Adaptação à parentalidade em contexto de prematuridade

Neste conjunto de questões pretendia que os participantes expusessem as suas opiniões sobre o significado de serem pais de um bebé prematuro e quais as dificuldades sentidas nos cuidados em contexto familiar.

Verifica-se pelas respostas apresentadas no quadro n.º 15 que os pais têm plena consciência da fragilidade do RN prematuro/ baixo peso, referindo na sua grande maioria a percepção da necessidade de cuidados especiais. Demostram sentimentos/emoções assumindo a preocupação grande representatividade, seguindo-se os medos e receios. Descrevem a parentalidade em contexto de prematuridade como uma fase de adaptação e de confiança. O sentido de responsabilidade foi mencionado por 9 pais.

Quadro n.º 15: Opinião dos progenitores sobre o significado de serem pais de um bebé prematuro/baixo peso

Categorias	Subcategorias	Indicadores
Consciência da fragilidade do RN prematuro/baixo peso	• Bebé com condições especiais • Tem menos imunidade em relação aos outros bebés • Requer mais cuidados e atenções especiais • Uma grande ansiedade em relação ao desenvolvimento e a eventuais problemas de saúde • Suscita várias dúvidas no dia-a-dia • É muito complicado vermos os nossos filhos na incubadora • Todo este percurso é difícil com medos e incertezas • É uma fase tão difícil, complicada e incerta da nossa vida • Maior peso e responsabilização nos cuidados básicos • Existe uma maior pressão da família mais alargada e amigos como consequência da constante preocupação • Maior responsabilidade e algum receio • É um processo de adaptação constante • Foi um grande desafio sermos pais e ainda mais sendo um bebé prematuro • Uma responsabilidade maior e requer mais cuidados • O apoio constante de profissionais suaviza o processo de mudança no meio familiar • Medo de lidar com um bebé mais frágil mas aprendemos a fazer e a perder os medos • É uma adaptação mais intensa • É uma questão de adaptação que consegui rapidamente	Cuidados especiais (10) Preocupação (9) Ansiedade (4) Sofrimento (3) Medo/Receio (6) Responsabilização (9) Adaptação (7) Apoio (3) Confiança (7) Alegria (4)

	• É uma descoberta, cada dia aprendemos sempre qualquer coisa • É uma fase de adaptação valorizando cada momento, cada vitória • Temos que ter mais cuidado mas com o apoio da neonatologia tudo se faz com mais confiança	
--	--	--

Podemos constatar perante o quadro n.º 16 que são várias as preocupações sentidas pelos pais. As principais dificuldades/preocupações foram organizadas em 4 categorias: Saúde do RN; adaptação à nova dinâmica familiar; adaptação ao ambiente familiar; Risco de infeções. A categoria com mais representatividade nas narrativas foi a adaptação à nova dinâmica familiar, referenciada como sendo a principal dificuldade por 9 famílias, incluindo a adaptação do bebé aos irmãos e dos irmãos ao bebé e a alteração no padrão de sono do RN. Este processo de mudança requer tempo de adaptação, sendo natural que na 1ª semana ainda seja uma preocupação. Comparando com os dados observados as dificuldades verbalizadas pelos pais inseriam-se na manutenção da saúde e bem-estar do RN. Tranquilizados durante a visita sobre o estado de saúde do bebé e com a realização de ensinamentos adequados às dificuldades específicas de cada família é compreensível que no final da visita ao preencherem o questionário as preocupações já não sejam as mesmas.

Quadro n.º 16: Dificuldades/preocupações sentidas em contexto familiar

Categorias	Subcategorias
Saúde do RN	• O facto de vir acompanhado de oxigénio e não conseguirmos ouvir os alarmes • Com a saúde dele em 1º lugar • Com a alimentação e o funcionamento intestinal • Com o umbigo (hérnia) • No controlo da alimentação
Adaptação à nova dinâmica familiar	• Assegurar as condições para que a adaptação ao meio familiar fosse tranquila • Conciliar em ambiente familiar a presença do irmão, os hábitos e os cuidados adicionais • A adaptação do irmão mais velho ao bebé • Receio de estar a fazer algo de errado • Se conseguimos tomar conta de forma adequada da nossa filha • Se sabemos responder adequadamente se acontecer alguma coisa inesperada • As maiores dificuldades foram à noite, fica mais agitado e não dorme • A maior dificuldade foi à noite ninguém dorme • Foram as mudanças familiares de ter uma prematura em casa
	• Adaptar o meio às necessidades específicas da bebé (temperatura da habitação) • Com a temperatura do quarto e a roupa adequada (se teria calor ou frio)

Adaptação ao ambiente familiar	• Com a caminha • Com a temperatura ambiente (quarto e casa) • O que mais me preocupou foi se ele tinha frio, se estava a temperatura certa
Risco de Infecções	• Limitações no contacto (não poder mexer nele sem se desinfetar) • Contacto com terceiros que possam apresentar problemas de saúde • Cuidados especiais de limpeza, higienização e esterilização

2. Perceção da necessidade de um processo *continuum* em Cuidados de Saúde

Para se avaliar este grupo de questões foi pedido aos pais que indicassem o grau de concordância em relação à realização da visita, ao fim de quantos dias deve ser efetuada, se consideram importante ou não a sua realização, o grau de satisfação em relação aos ensinamentos efetuados e quais os assuntos que devem ser abordados na visita.

Das 12 famílias que receberam a visita 100% concordaram totalmente e consideram importante a sua realização, 75% (9) referiu que deverá ser efetuada na 1 semana, as restantes respostas (3-4 dias, 4-5 dias e 1-2 semanas) obtiveram cada uma 8,3% respetivamente. Estes resultados confirmam o tempo apontado de 1 semana após a alta, como sendo o período ideal para a realização da 1ª visita, descrito na Revisão Integrativa da Literatura e que trará mais benefícios para toda a família, pais e bebé. Na mesma linha posso acrescentar que na etapa do diagnóstico de situação apresentada no Projeto de Estágio (Apêndice I) pela análise dos dados, pode constatar-se que é no período dos 0-10 dias após alta da unidade que se verifica o maior n.º de readmissões nos últimos 5 anos estudados, constituindo o período mais crítico, perfazendo 55% do valor fase ao n.º total de readmissões no serviço.

Podemos verificar no quadro n.º 17 que das justificações dadas pelos pais para a importância da visita emergiram 3 categorias: Esclarecimento de dúvidas (12); Continuidade dos cuidados (7); e Otimização das competências parentais (11). Em continuidade à assistência prestada no hospital e ao seguimento dos prematuros, as visitas realizadas tinham como principal finalidade capacitar as famílias para o cuidado de seus filhos prematuros em casa, esclarecendo as suas dúvidas e conferindo confiança parental.

Destaca-se a importância que assume para as famílias a visita ao ser realizada por uma enfermeira que as atendeu no hospital, com quem se estabeleceu um vínculo, garantindo a continuidade dos cuidados, sustentada por uma relação segura e de confiança entre as famílias e a enfermeira permitindo continuar como uma referência mesmo depois da alta, o que facilitou a minha atuação na implementação de intervenções mais individualizadas e coerentes. Este facto foi mencionado verbalmente e por escrito por vários pais como sendo facilitador no processo de transição entre o cuidado hospitalar e o cuidado domiciliar.

Quadro n.º 17: Justificações apontadas pelos pais relativas à importância da visita

Categorias	Subcategorias
Esclarecimento de dúvidas	• Tirar dúvidas que para nós pais existem sempre • Permite dissipar duvidas surgidas em contexto familiar • Tirar dúvidas no cuidado dos nossos bebés • É sem dúvida uma grande iniciativa, ajuda-nos em algumas dúvidas que temos • Permitiu tirar as nossas dúvidas • Esclareceu-me todas as minhas dúvidas • É sempre importante esta visita para esclarecer dúvidas que surgem • É importante porque tirei as minhas dúvidas • Podemos tirar qualquer dúvida em relação ao bebé e como cuidar dele • Surgem sempre dúvidas, a 1ª semana é a mais difícil • É uma oportunidade de excelência para expor dúvidas e receios que de outra forma seria muito mais difícil • Deu para tirar dúvidas
Continuidade dos cuidados	• Sentir apoio e continuarmos a ser acompanhados com mais regularidade • É muito importante sentir que viemos para casa mas o acompanhamento do nosso filho continua a ser tido em conta • Recebemos outros tipos de conselhos que são importantes para o dia-a-dia • Assegurar a continuidade dos cuidados nomeadamente do peso • É muito importante para percebermos a evolução dos nossos bebés • Permite a observação por um profissional no seio do ambiente real do bebé e família • Deve sempre haver um acompanhamento
Otimização das competências parentais	• O facto de vir um enfermeiro a casa tranquiliza-nos bastante • Foi crucial para o meu percurso de aprendizagem no pós alta, acalmou-me e tranquilizou-me, só tenho a agradecer • Nós pais ficamos mais descansados por a enfermeira ver como está o bebé • Ajudar e ver se estamos a fazer tudo correto com o bebé • A ajuda da enfermeira é sempre uma mais-valia para os pais • Com esta visita ficamos mais tranquilos • Esta visita dá-nos conforto • Foi uma visita muito produtiva e calmante para os pais • Com ajuda, muito apoio e carinho a enfermeira conseguiu facilitar a nossa passagem • Apazigua e dá confiança nos tempos de adaptação tanto do bebé como da família • Deu-me confiança ao saber que a bebé estava bem

As famílias quando inquiridas sobre grau de satisfação em relação aos ensinamentos efetuados durante a visita, 100% (12) responderam estarem muito satisfeitas. Foi sempre minha intenção adequar a linguagem utilizada nos ensinamentos com a formação e cultura da família, aumentando a sua receptividade e potencializando os resultados esperados.

Perante o quadro n.º 18 observamos que os assuntos/temas que na opinião dos pais devem ser tratados nas visitas foram reunidos em 2 categorias: Cuidados aos bebés e Meio envolvente, assumindo a primeira grande relevância. Inserido nos cuidados aos bebés o tema alimentação/amamentação foi o mais referenciado, seguindo-se o desenvolvimento, situações de risco e padrão de sono do RN. O meio envolvente também preocupa as famílias que mencionaram como temas a temperatura adequada da casa e do quarto. Apesar da relação de confiança existente foi fundamental ganhar a aceitação da família através da envolvimento nos cuidados, permanecendo o tempo necessário em cada visita, o que veio facilitar a integração no ambiente e na cultura familiar.

Quadro n.º 18: Assuntos/temas que na opinião dos pais devem ser abordados na visita

Categorias	Subcategorias	Indicadores
Cuidados aos bebés	• Todos os assuntos que sejam pertinentes e que nos ajudem a cuidar de forma correta • Cuidados gerais aos bebés • Questões específicas de cada mãe • Depende das circunstâncias específicas de cada bebé e/ou agregado familiar • Devem conciliar com as dificuldades próprias de cada um sem esquecer a "formação da família" • Correções ao nível dos cuidados diários • Cuidados sobre a saúde dos bebés • Maximizar o bem-estar do bebé • Percurso do bebé	• Horários do bebé (2) • Peso (3) • Higiene (5) • Padrão de sono (5) • Alimentação/ amamentação do RN (9) • Situações de risco/ engasgamentos (5) • Desenvolvimento (6)
Meio envolvente	• Melhorar a adaptação à casa • Ambientes adequados	• Temperatura da casa (6) • Onde o bebé dorme (4)

3. Expectativas e sugestões

Neste agregado de questões foi proposto aos participantes que dessem a sua opinião em relação às expectativas criadas inicialmente sobre a visita e que indicassem algumas sugestões de melhoria.

A visita decorreu de acordo com as expectativas para 100% dos inquiridos. Pela análise do quadro n.º 19 constata-se que as categorias formadas com as justificações dos pais relativamente às expectativas são muito semelhantes às categorias que resultaram da importância da realização da visita (quadro n.º 17). Surgiram 3 categorias: Esclarecimento de dúvidas; Seguimento na continuidade de cuidados e Capacitação parental. As famílias inquiridas tinham criado expectativas em relação à visita, que esta iria esclarecer as dúvidas

e capacita-los para serem ainda melhores cuidadores, o que veio a concretizar-se, tendo como referência as respostas transcritas para as subcategorias.

As visitas foram sempre dinâmicas e envolventes possibilitando o desenvolvimento da relação de confiança com a família, iniciada na neonatologia, durante o internamento do RN. Senti os pais mais à vontade para revelarem a sua experiência e os “bastidores” da realidade familiar. A participação nos cuidados permitiu-me aproximar da ação e de ter uma leitura mais correta em relação ao que significa o CUIDAR no domicílio para os sujeitos do estudo.

Quadro n.º 19: Justificação dos pais quanto às expectativas criadas

Categorias	Subcategorias
Esclarecimento de dúvidas	• Serviu para tirarmos todas as dúvidas que tínhamos até à data • Permitiu retirar dúvidas • Correu muito bem e foi muito esclarecedora • Foi muito útil ao retirar várias dúvidas que existiam • A visita foi muito boa e permitiu tirar dúvidas sobre os bebés e os cuidados • Foi muito importante porque a 1ª semana é a mais difícil em termos de dúvidas
Seguimento na continuidade de cuidados	• Serviu de acompanhamento intermédio entre a saída da unidade e a 1ª consulta • Controlo do peso do bebé
Capacitação parental	• Conseguimos perceber o que estamos a fazer bem e o que podemos melhorar • A enf.ª sempre acompanhou e lidou com a bebé na neonatologia e a sua visita é reconfortante • Valida e/ou melhora os cuidados prestados pelos pais indo ao encontro da melhor evolução da criança e da família como um todo • O apoio da enf.ª ajuda-nos bastante e tranquiliza-nos, fiquei muito surpreendida pela positiva com este serviço • Foi-nos dada muita informação importante para o dia-a-dia do bebé • A visita correu maravilhosamente, toda a ajuda é indispensável

O quadro n.º 20 apresenta as sugestões de melhoria apontadas pelos pais. Nem todas as famílias indicaram sugestões referindo: “não tenho sugestões, nada a melhorar”; “no geral não há nada a melhorar, porque no decorrer da conversa falou-se de todos os assuntos”; “não precisa de ser melhorada, todos os temas foram abordados desde os aspetos mais fundamentais aos mais básicos”. Contudo as sugestões apontadas pelos pais são muito pertinentes ao proporem um seguimento continuado no tempo, com mais visitas, dando relevo ao exposto na Revisão Integrativa da Literatura, em que este acompanhamento deve ser prolongado no tempo com mais vigilância no primeiro mês após a alta, maximizando os ganhos em Saúde, sendo os benefícios mais extensos com um maior número de visitas realizadas.

A utilização de novas tecnologias também referida pelos autores dos estudos selecionados para a revisão, a longo prazo, penso que será possível de concretizar, já que não acarreta grandes custos e permite uma aproximação e acompanhamento da família em tempo real.

Quadro n.º 20: Sugestões de melhoria apontadas pelos pais

Categorias	Subcategorias
Seguimento continuado no tempo	- Nas duas primeiras semanas devia haver mais visitas destes profissionais - Deviam ser ajudados até ao nível do centro de saúde para fazerem mais visitas - Um acompanhamento mais prolongado com mais visitas - Deveria ser possível mais visitas ao domicílio nos primeiros meses
Utilização das novas tecnologias	- Tirar partido das tecnologias atuais - Alguns contactos poderiam ser feitos através de plataformas <i>on-line</i> de videochamada - <i>Skype, WhatsApp, etc...</i>)

4.3 – Avaliação da Efetividade do Projeto – análise custo-benefício

O conselho de administração autorizou a operacionalização do projeto, mas com a condição de não implicar custos para o HESE e de não interferir no normal funcionamento do serviço. Como pretendia que o projeto extrapolasse do âmbito académico para se tornar um projeto da unidade e da instituição, pensado desde o início a nível coletivo envolvendo toda a equipa de enfermagem, ao tomar conhecimento do sucedido pedi uma reunião com o Enfermeiro Diretor que me informou que poderia usar um dos carros e o motorista do hospital, mas tinha que agendar as visitas do respetivo mês todas para o mesmo dia independentemente do dia da alta. Essa proposta para a realização da visita não cumpria os objetivos definidos *a priori*.

Acrescentando ainda que devido à escassez de recursos humanos não disponha de enfermeiros para efetuar a visita como horas efetivas de atividade, pelo que teria que ser realizada por mim e fora do meu horário de trabalho.

Para a realização da visita necessitava de uma balança para efetuar a pesagem dos bebés no domicílio, constituindo um dos parâmetros de avaliação. Na sequência disso fiz o pedido de empréstimo da balança eletrónica à Gestora de Imobilizado do HESE (Lília Ramalho), que posteriormente foi encaminhado para o Vogal Executivo do Conselho de administração, Dr. Francisco Chalaça sendo o despacho favorável (Anexo II).

Os custos relativos à impressão dos folhetos de divulgação da visita (12), guião orientador de avaliação do RN (14) e questionários (12) foram assumidos pela instituição, ficando a cargo da central de impressão, com um custo total de 10€. Do restante material, descrito no

Protocolo (Apêndice VIII) de suporte à realização da visita não se verificou o seu consumo, em grande parte porque os pais disponham desse mesmo material no domicílio.

Contudo como se pode verificar pela análise do quadro n.º 21, a implementação do Projeto trouxe custos variados a nível pessoal, tanto financeiros, com as deslocações ao usar carro próprio, como de tempo gasto na realização da atividade. A realização das 12 visitas domiciliárias teve um custo total com gastos em combustível de 197,74€. Não foram contabilizados os custos com o desgaste do carro. Tendo presente que a média de duração de cada visita foi de 1h.30m, ganhando cerca de 9€/hora o hospital relativamente ao total de tempo gasto na realização da atividade, teria tido um custo total de 162€, perfeitamente comportável com horas efetivas de trabalho, possibilitando desta forma o envolvimento de toda a equipa.

Quadro n.º 21: Custos afetos à realização das Visitas Domiciliárias

Deslocações	Tempo gasto na realização da atividade	Material de impressão	Custo total
197,74€	162€	10€	369,74€

No Projeto de Estágio (Apêndice I) verificou-se que nos últimos 5 anos analisados a taxa média de readmissões dos 0-3 meses foi de 66,91% bastante alta, incluindo episódios de urgência e internamentos na neonatologia e pediatria, justificando uma intervenção efetiva neste grupo de pais e bebés, através da antecipação de situações de risco, tendo como Indicador a diminuição da Taxa de Readmissões após a alta da Unidade. As limitações do estudo em termos de tempo (Projeto foi implementado entre Dezembro e Abril) não me permite comparar valores, uma vez que das últimas visitas efetuadas ainda não decorreram os 3 meses necessários para a comparação de dados. Contudo através do rastreamento informático dos bebés integrados no estudo posso afirmar que até ao momento não tenho registos de episódios de urgência ou internamentos, apenas consultas de rotina, o que certifica os ganhos em Saúde, sendo gratificante e motivador.

Os indicadores de resultado do projeto correspondem à realização pelos pais das atividades ensinadas, constituindo por isso os indicadores de competência ou mestria. Ao longo deste processo, foram ocorrendo mudanças que conduziram à adaptação dos pais a uma nova condição, a de prestadores de cuidados de saúde. Estes indicadores relativos ao autoconhecimento correspondem aos novos hábitos na rotina diária destas famílias, agora capazes, refletindo-se nos resultados obtidos. Como produto final em termos de resultados posso afirmar que de acordo com a análise e interpretação dos dados, o Projeto obteve ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e outros ganhos em saúde como autonomia, segurança e satisfação das famílias (segundo os padrões de expectativas). Alguns

resultados só serão visíveis a longo prazo, no desenvolvimento e na qualidade de vida destas crianças e famílias.

Com recurso ao mesmo programa informático *ALERT* obtive a informação que um dos gêmeos não incluídos no Projeto por recusa dos pais, após 1 mês da alta recorreu à urgência por infeção respiratória, realizou RX de tórax e colheita de sangue para fins analíticos. Teve alta ao fim de algumas horas. Só este episódio de urgência teve um custo de 100 €.

Como o HESE é financiado com base no Índice de *case-mix*, ajustado anualmente pelo risco da população, os custos de urgência e internamento são iguais para toda a população beneficiária independente da idade e das características do serviço e do tempo de internamento, como se pode verificar no quadro seguinte.

Quadro n.º 22: Custos de urgências e internamentos

	Urgência	Internamento
Custo	100,00 €	1 979,95 €

Fonte: Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão

Somando os custos com 369,74€ foi possível realizar 12 visitas a famílias e bebés de risco apresentando imensos benefícios alguns deles só visíveis a longo prazo. O valor gasto é insignificante comparado com o custo de um só internamento que é cerca de 5,5 vezes superior ao custo destas 12 visitas. Se esta intervenção evitar o reinternamento de um bebé, já torna o Projeto eficaz, em termos de criação de valor em Saúde e simultaneamente na redução de custos.

Em suma o Projeto teve impacto em variáveis de resultado organizacionais e nos utentes nomeadamente, ao nível da sua satisfação, diminuição de eventos adversos e complicações. Esta intervenção apresentou benefícios a vários níveis: Individuais ao favorecer o desenvolvimento e capacitação pessoal e profissional; Disciplinar ao promover a pesquisa e a inovação; Institucional e profissional ao contribuir para a qualidade da praxis; Económicos com Ganhos em Saúde diminuindo as readmissões; e no Serviço de Saúde incorporando Intervenções adequadas diminuindo a morbilidade. Por tudo o que foi descrito a análise custo-benefício do Projeto não acarreta dúvidas, uma vez que pode e deve continuar a ser desenvolvido a um custo reduzido face aos benefícios obtidos.

4.4 – Conclusões

De uma maneira geral, todo o processo de planeamento exige recursos e tem limitações de vária ordem, cabendo a quem elabora o Projeto identificar, ponderar e resolver. A implementação deste Projeto exigiu uma conduta criativa e sobretudo de previsão, adotando desde o início uma atitude pró-ativa. Consciente das limitações e dos recursos disponíveis contrapostos aos necessários, tentei ajustar o mais possível os objetivos definidos para que pudessem ser concretizáveis.

Perante os resultados obtidos posso concluir que o objetivos do estudo foram alcançados, tornando-se notória a importância que a visita assume para a capacitação parental, confirmada pela efetividade das intervenções e orientações realizadas.

As principais dificuldades/preocupações verbalizadas pelos pais durante a visita inserem-se na categoria – Saúde do RN, proferida várias vezes pelas famílias como sendo “a principal preocupação”. Comparando estes resultados observados durante a visita com os da narrativa escrita no final da atividade, relativamente ao mesmo assunto, verificou-se que a categoria com mais representatividade foi a adaptação à nova dinâmica familiar, referenciada como sendo a principal dificuldade por 9 famílias. O facto de os pais no final da visita manifestarem menos preocupação com a saúde do RN, vem realçar a efetividade dos ensinamentos realizados de acordo com as suas dificuldades específicas.

Também se verificou diferenças em relação aos ensinamentos efetuados na visita comparativamente aos ensinamentos que devem ser abordados na opinião dos pais sendo a mais evidente o ensinamento realizado em 10 visitas sobre o funcionamento intestinal por ser a principal preocupação verbalizada e que foi completamente ignorado pelas famílias no preenchimento do questionário, não sendo já não motivo de preocupação.

A associação de dois métodos qualitativos (a técnica de observação durante a visita e o questionário aplicado no final da intervenção, convidando os pais a exporem as suas opiniões, dificuldades e preocupações) facultou o cruzamento de informação, permitindo estabelecer ligações entre os resultados obtidos pelos diferentes métodos, melhorando a sua compreensão e validação, sendo crucial para uma compreensão mais completa e holística dos sujeitos em estudo.

O processo de transição da alta hospitalar para o domicílio é um momento crítico tanto para o bebé como para a família. A visita domiciliária realizada neste período vulnerável após a alta hospitalar veio possibilitar a atuação precoce do profissional de saúde na otimização dos recursos e potencialidades existentes promovendo o *empowerment* da família tanto no ambiente familiar como no social.

As visitas realizadas em parceria com a enfermeira de família da Unidade de Saúde da área de residência, que apesar da representatividade baixa (25%), mostraram ser uma mais-valia ao tornar possível a integração de diferentes níveis de cuidados (primários e

diferenciados), através da vigilância, articulação e encaminhamentos realizadas, na assistência às crianças prematuras e de baixo peso, colaborando para o atendimento integral de suas necessidades.

As limitações do estudo relativamente ao tempo não permitem generalizações ou inferências dos resultados a outras populações. Gostaria de continuar com o Projeto por mais três meses de modo a desenvolver um estudo mais alargado, com comparação de dados, com resultados ainda mais significativos, tendo como indicador a diminuição da taxa de readmissões, contribuindo assim para uma avaliação mais abrangente do Projeto, certificando esta intervenção, como uma Boa Prática em Saúde, que deve ser mantida e replicada.

Em termos de avaliação, por tudo o que foi exposto, pela adaptação às situações e resolução dos problemas que foram surgindo, este objetivo foi superado e todas competências implícitas desenvolvidas.

5 – PROMOVER O DESENVOLVIMENTO PESSOAL E PROFISSIONAL

Justificação: Para estimular a enfermagem baseada na evidência e promover a formação e o desenvolvimento da prática de enfermagem.

As competências subjacentes a este objetivo são:

Competência Acrescida Avançada em Gestão

A – Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a Deontologia Profissional.

B – Desenvolve um sistema de gestão de qualidade como modelo de excelência e referência para a melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados de saúde e das organizações.

C – Adota estratégias de liderança que assegurem o desenvolvimento profissional e organizacional sendo um agente ativo dos processos de mudança que acrescentam valor à profissão e à organização.

D – Operacionaliza as funções de planeamento, organização, direção e controlo como componentes estruturantes, interdependentes e sequenciais do processo de gestão, utilizando um modelo facilitador do desenvolvimento organizacional e promotor da qualidade e da segurança.

E – Garante uma prática profissional baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde.

F – Desenvolve a assessoria e a consultadoria visando processos de mudança que agreguem valor às organizações de saúde.

Competências de Mestre

M2 – Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.

M3 – Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.

M4 – Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida.

M5 – Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.

M7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Prendia-se o desenvolvimento de competências nas três vertentes do desempenho nomeadamente a científica, técnica e relacional/humana, ou seja nas três dimensões do saber, designadamente o saber-saber, saber-fazer e o saber-ser/estar. Apesar dos anos de exercício profissional identifiquei algumas lacunas no meu saber pelo que tentei aproveitar todas as oportunidades de aprendizagem na procura do conhecimento mais atual, visando o aperfeiçoamento da minha prática assistencial junto do recém-nascido e família. Procurei estar sempre disponível para participar em todas as experiências de aprendizagem relacionadas com a gestão de cuidados, incluindo a gestão de recursos humanos e materiais, demonstrando iniciativa na resolução de problemas, assumindo um papel ativo no processo de formação.

No planeamento e organização das atividades tive sempre em linha de conta os referenciais teóricos e uma metodologia científica, procurando manter um espírito crítico relativamente ao meu desempenho, o que me permitiu estabelecer com a enfermeira supervisora e com a professora orientadora sugestões de melhoria relativamente ao Projeto.

Inserida na área de prestação de cuidados também considerei competências relacionadas com o pensamento crítico. Segundo Santos (2003) o pensamento crítico é a capacidade de julgar com discernimento e raciocínio com vista a uma compreensão consciente dos fenómenos, de modo ordenado, objetivo, coerente e com recurso a provas, não admitindo afirmações sem reconhecer a sua legitimidade. O pensamento crítico constitui uma ferramenta essencial para os enfermeiros na medida em que devem ser capazes de pensar e refletir criticamente para poderem usar o conhecimento adequado e as habilidades de julgamento no processo de cuidados.

Na enfermagem, o pensamento crítico consiste numa ferramenta altamente favorecedora do processo de resolução de problemas, na medida em que os enfermeiros necessitam tomar decisões complexas e adaptar-se a novas situações diariamente, bem como, atualizar os seus conhecimentos e desenvolver as suas competências continuamente de forma criativa. O enfermeiro especialista é o profissional que assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde, e uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do cliente (Conselho de Enfermagem, 2010).

A implementação do Projeto Cuidar⁺ baseado em evidências científicas, tem implícito algumas mudanças a nível organizacional, obrigando ao alargamento do conceito de missão e de visão da própria instituição, sustentadas na criação de parcerias entre profissionais em diferentes níveis de cuidados, com objetivos comuns, prestar cuidados de qualidade, maximizando os resultados em Saúde. No decurso do estágio foi sempre minha preocupação como agente de mudança ser capaz de estabelecer parcerias, de ser criativa e inovadora, servindo de modelo neste processo. Só assim foi possível exercer um papel fulcral e efetivo nos cuidados aos prematuros e família, com elevado nível de qualidade e autonomia, adequados às necessidades detetadas, demonstrando responsabilidade na tomada de decisão.

A prática reflexiva é um instrumento importante para validar as tomadas de decisão e consequentemente, para o desenvolvimento pessoal e profissional, permitindo valorizar o que foi realizado corretamente e reformular o que estiver menos correto.

O primeiro exercício de reflexão concretizou-se com a elaboração do PE, enquanto documento orientador do processo de aprendizagem, aquisição e desenvolvimento de competências, servindo de guia organizacional para este Estágio.

Refletir sobre a prática realizada torna-se fundamental para se obter uma maior compreensão do recém-nascido e família no contexto onde se encontram inseridos, identificar

problemas reais ou potenciais, tomar decisões sobre um plano de ação, de modo a diminuir os riscos evitáveis, melhorando assim os resultados e os ganhos em saúde. A partilha e reflexão de experiências no decorrer do Estágio, com a Enf.^a Chefe/supervisora, restantes elementos da equipa multidisciplinar e Professora orientadora, foi fundamental para o sucesso das intervenções.

Esta prática reflexiva crítica e criativa na e sobre a prática realizada, permitiu-me manter sempre atualizada, com interesse para adquirir mais conhecimentos e aplicá-los da melhor forma, de acordo com as situações e necessidades. Permitiu-me também uma melhor adaptação a novas situações, bem como, otimizar a capacidade para gerir situações complexas, decidir com autonomia e responsabilidade em matéria de cuidados especializados de enfermagem, e nas competências que pretendia desenvolver ao longo deste Estágio.

A elaboração deste Relatório de Estágio é um bom exemplo da prática reflexiva, tendo por base a reflexão crítica das atividades realizadas, seguindo como linha orientadora os objetivos delineados, os atingidos e as competências desenvolvidas. Avaliação final será com a discussão pública do relatório. Pretendo divulgar os resultados da efetividade do Projeto na intranet do HESE, Centros de Saúde do distrito de Évora e nas próximas Jornadas de Pediatria. Posteriormente penso publicar os resultados numa revista científica, dando visibilidade às boas práticas e ao seu impacto na Saúde dos bebés prematuros e de baixo peso.

Desta forma penso ter desenvolvido uma prática reflexiva, assente no pensamento crítico, analisando e escolhendo a melhor alternativa, para a tomada de decisão, baseada em conceitos de maximização e otimização, o que se revelou muito importante na aquisição e desenvolvimento de competências, cruciais para o meu desempenho em matéria de gestão e assessoria no âmbito da continuidade de cuidados.

Em síntese pelo descrito considero que este objetivo foi concretizado com sucesso. A reflexão crítica pessoal não é uma tarefa fácil de se realizar, principalmente devido à dificuldade em se fazer um distanciamento do que foi idealizado e do que foi concretizado.

CONCLUSÃO

A construção de uma enfermagem com responsabilidade social baseada no conhecimento e na evidência científica de qualidade que eficaz e adequadamente responda à emergência de novas necessidades de cuidados em saúde aumenta a sua credibilidade na sociedade, potencializando a sua influência nas políticas de saúde.

O *empowerment* dos enfermeiros é determinante para o desenvolvimento científico e humano da profissão, implicando uma prática baseada na evidência, o que permitirá acompanhar o progresso, antecipando-o e construindo-o, tendo como meta a obtenção de ganhos em saúde pela população.

A assistência ao prematuro no domicílio requer instrumentos de continuidade de cuidados que potencializem a qualidade de vida dos bebés nascidos prematuras ou de baixo peso e suas famílias, demonstrando a visita domiciliária ser a estratégia mais eficaz, na capacitação e satisfação das famílias.

Para efetivar a rede de cuidados a este grupo de bebés são necessárias ações conjuntas com diferentes serviços e setores (saúde, educação, organizações não governamentais, comunidade), sistematização do acompanhamento da criança baseadas em protocolos, na monitorização dos resultados obtidos e no desenvolvimento de pesquisas. A inexistência de políticas públicas que dêem suporte ao acompanhamento dos prematuros, resultam em seguimento ineficaz, quando não inexistente, expondo estas crianças a maior risco de morbilidade e de mortalidade, a curto, médio e a longo prazo.

Dada a relevância do tema, estas intervenções incluídas no Projeto CUIDAR⁺ devem ter seguimento. Importa aprofundar e alargar o estudo no tempo, constituindo uma amostra ainda mais significativa, tendo em vista discutir e identificar as áreas de melhoria e os instrumentos e metodologias de ação futura. As sugestões, propostas e recomendações inquiridos neste trabalho são válidas, numa perspetiva integrada e de visão global da qualidade em saúde em Portugal. Portanto, numa lógica de desenvolvimento futuro desta investigação, seria importante, e sem dúvida, um desafio interessante que acrescenta valor e conhecimento nesta área dar seguimento aos objetivos deste estudo, apresentando e dando a conhecer o que se faz em qualidade e o seu nível de impacto.

Para a continuidade do Projeto impõem-se uma mudança organizacional, no cumprimento dos objetivos e políticas da própria instituição, adaptando os conceitos de missão e visão às emergentes necessidades e expectativas dos utentes. A envolvimento das organizações de saúde neste tipo de intervenções irá melhorar os indicadores de estrutura, processo e resultado do Projeto e da própria organização.

As organizações de saúde terão de mudar para dar resposta aos desafios de um mundo em mudança. A valorização da gestão do conhecimento por parte das organizações deve tornar-se uma realidade, investindo no capital humano e intelectual como conhecimento que pode ser convertido em valor, sendo fundamental para a gestão moderna (Martins & Lopes, 2012).

Com o presente documento procurei que, para além de servir como um requisito de avaliação, seja um relato fidedigno do percurso e das atividades realizadas dando informações claras e objetivas do seu positivo contributo na aquisição de conhecimentos aptidões e desenvolvimento de Competências de Mestre em Enfermagem e de Competência Acrescida Avançada em Gestão, essenciais ao alcance de uma prática assistencial de excelência.

A integração destes conhecimentos na prática profissional reforça a inter-relação e a interdependência dos diferentes padrões e das diferentes formas de aprendizagem e desenvolvimento, simbolizando a concha *Nautilus* considerada por Descartes o modelo de crescimento contínuo ao longo da vida sem modificação da estrutura.

Apesar de algumas dificuldades em termos de tempo uma vez que é um recurso escasso, o esforço e a dedicação pessoal foram constantes para atingir e superar tudo o que foi proposto, assim como, para tirar o maior proveito possível de todas as experiências vivenciadas no aprender a aprender, conduzindo a um enriquecimento pessoal e profissional que me permita no futuro marcar a diferença na continuidade de cuidados a este grupo de risco, bebés prematuros ou com baixo peso e família.

Penso ter alcançado todos os objetivos inicialmente propostos e adquiridas as competências a eles subjacentes. A capacidade de adaptação, compreensão e de aplicar os novos conhecimentos permitiram a resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de especialização em Gestão de Unidades de Saúde.

BIBLIOGRAFIA

- Alegre, C. (2006). O Enfermeiro terá em consideração o “Público-alvo” que deseja cuidar. Nº 22, Julho. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Als, H. (2009). Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP): new frontier for neonatal and perinatal medicine. J Neonatal-Perinatal Med; 2:135-47.
- Arco, A; Costa, A; Pinto, B; Martins, M. & Arriaga, M. (2010). Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos. Portalegre: Escola Superior Saúde de Portalegre.
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança [APEGEL] (2010). Referencial de Competências do Enfermeiro Gestor. Disponível em: <http://www.apegel.org/documentos.aspx>
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança [APEGEL] (2009). Conclusões do 1º Congresso da APEGEL. Nota de Imprensa. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/norte/informacao/Documents/Conclus%C3%B5es%20Congresso.pdf>.
- Balbino F. (2004). Preocupações dos pais de recém-nascidos prematuros com a proximidade da alta da unidade de terapia intensiva neonatal. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo.
- Bardin, L. (2009). Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições Setenta.
- Barros, L. & Brandão, A. (2002). Preocupações, dificuldades e perturbação emocional em pais de bebés hospitalizados numa unidade de neonatologia. Psicologia: Teoria, Investigação e Prática. Lisboa. Vol. 7, n.º 2, p. 261-272.
- Barros, P. (2013). Pela sua Saúde. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Barros, P. (2016). Economia da Saúde – Conceitos e Comportamentos. Lisboa: Edições Almedina.
- Benefield L. (2003). Implementing evidence-based practice in home care. Home Healthc Nurse. Dec; 21(12); pp. 804-11.
- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem. Coimbra: Editora Quarteto.
- Bento, M. (1997). Cuidados de Enfermagem, que identidade? Lisboa: Fim da Século Edições.

- Bittar, O. (2001). Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. Revista de Administração em Saúde, Vol. 3, n.º 12, Jul-Set. Disponível em: <http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/indicadorQualidadeI.pdf>
- Bloch *et al.* (2006). A criança prematura. Lisboa, Portugal: Instituto Piaget.
- Braga *et al.* (2001). Maternagem ampliada e transgeracionalidade em UTI neonatal. *Pediatria Mod* 37:312-7.
- Brazelton, T. (2010). Tornar-se família. O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento. Lisboa: Editores Terramar.
- Brazelton, T. & Cramer, B. (2007). A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interação precoce. Lisboa: Editores Terramar.
- Brum E. & Schermann L. (2004). Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciências Saúde Coletiva*: 9(2):457-67.
- Campos, A. (2015). Saúde e Preconceitos – Mitos, Falácias e Enganos. Lisboa: Livros Horizonte.
- Campos L, & Carneiro A. (2010). A Qualidade no PNS 2011-2016. Alto Comissariado da Saúde. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/2010/07/30/ae-q>
- Cardim, J. (2007). Competências e trabalho: o que há de novo nas profissões? *Revista AB0*. 32, 27-35.
- Carvalho *et al.* (2009). Representação social de pais sobre o filho prematuro na unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (5), 734-738. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/14.pdf>
- Carvalho, J. & Ramos, T. (2016). Logística na saúde. 3ª ed. Lisboa. Edições Sílabo, Lda
- Carvalho, T. (2006). A nova gestão pública: as reformas no sector da saúde e os profissionais de enfermagem com funções de gestão em Portugal. Aveiro: Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências Sociais Jurídicas e Políticas. Tese de doutoramento.
- Centa *et al.* (2004). A experiência vivida pelas famílias de crianças hospitalizadas em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Texto e Contexto Enfermagem*, 13 (3), 444-451. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n3/a15v13n03.pdf>
- Chick, N.; Meleis, A. (2001). Transitions: a nursing concern. *Nursing research methodology*. Rockville: Aspen.
- Comissão Nacional de Saúde Infantil. (2008). Relatório nacional de saúde infantil. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Cunha, M., Rego A., Cunha, R., & Cardoso, C. (2007). Manual de Comportamento Organizacional e Gestão (6ª ed.). Lisboa: Editora RH.

- Diaz *et al.*, (2014). Dificuldades dos pais com bebés internados numa Unidade de Neonatologia. Revista de Enfermagem Referência. Série IV, n.º 3 - nov./dez, p.85-93. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12134>.
- Donabedian A. (1997). The Quality of Care. How Can It Be Assessed? Arch Path Lab Med;121:11.
- Escoval *et al.* (2010). Plano nacional de saúde 2011-2016: cuidados de saúde hospitalares. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- Fernandes & Silva (2015). Vivência dos pais durante a hospitalização do recém-nascido prematuro. Revista de Enfermagem Referência, IV, n.º 4. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14032>.
- Ferreira, M. & Costa, M. (2004). Cuidar em parceria: subsídio para a vinculação pais/bebé prematuro. Millenium. Viseu. 30, pp. 51-58.
- Ferreira M. & Silva F. (2012). Reformas da gestão na saúde: desafios que se colocam aos enfermeiros. Revista de Enfermagem Referência. III Série - n.º 8 - Dez. 2012 pp.85-93.
- Formiga, J. (2011). Transição para a parentalidade em mulheres primíparas: processos e resultados. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa.
- Fortin, M. (2000). O Processo de investigação: da concepção à realização. 2ª ed. Loures: Lusodidática.
- Galvão *et al.* (2003). A busca das melhores evidências. Revista Escola Enfermagem USP, Dez; 37(4); pp. 43-50.
- Garcês. M. (2011). Vivência da figura paterna no trabalho de parto e nascimento no processo de transição para a parentalidade. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Hesbeen, W. (2001). Qualidade em Enfermagem: pensamento e ação na perspetiva do cuidar. Loures: Lusociência.
- Instituto Nacional de Estatística (2017). Dados estatísticos de 2016. Resultados definitivos. Disponível em : <http://censos.ine.pt>
- Internacional Council of Nurses (2006). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 1.0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Kérourac, S. *et al.* (1994). La pensée infirmière; conceptions et strategies. Québec: Éditions Études Vivantes.
- Klaus H & Kennel H. (1995). Assistência aos pais. In: Klaus H, Fanaroff A. Alto risco em Neonatologia. 4th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.86-97.
- Laino, A. & Rodriguez, M. (2004). O diagnóstico da cultura organizacional através do modelo dos valores contrastantes: um estudo de caso. XI SIMPEP – Bauru. SP. Brasil.

- Lamelas, E. (2002). La investigación en el currículum de enfermería: grado de influencia y límites de la enfermería basad en la evidencia. *Enfermería Clínica*. 12 (4):182-7.
- Lapassade, G. (2001). L'Observation participante. *Revista Europeia de Etnografia de Educação*,1, 9-26.
- Le Boterf, G. (2002). Desenvolvendo a competência dos profissionais. 2ª ed. São Paulo: Editora Artemed.
- Lemos, E. (2008). Profissão de Enfermeiro. Compreensão sociológica da Identidade Profissional. Porto, Faculdade de Letras/Universidade do Porto. Disponível em: http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/9144/2/tese_mest_profissao_de_enfermeiro_000063585.pdf
- Lopez, M (1994). Atención domiciliaria: diagnósticos de enfermería. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Leprohon, J. (2001). A qualidade dos cuidados de enfermagem. 1º Congresso da Ordem dos Enfermeiros: Melhor Enfermagem, Melhor Saúde. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros Portugueses.
- Marinheiro, P. (2008). Enfermagem de ligação: cuidados pediátricos no domicílio. Coimbra: Quarteto Editora.
- Martins, C. (2013). A Transição no exercício da Parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança: uma Teoria explicativa de Enfermagem. Tese para obtenção do grau de Doutor, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Meleis, A. (2010). Transitions theory: middle – range and situation –specific theories in nursing research and practice. Springer Publishing Company.
- Meleis, A. (2012). Theoretical Nursing: development and progress. (5.ª Edition). Philadelphia: Wolters Kulwer Health, Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 978-1-60547-211-9.
- Meleis, A. & Trangenstein, P. (2010). Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. In: A. I. Meleis. Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.
- Mercer, R. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*. Vol. 36, 3, pp. 226-232. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&hid=8&sid=0f2e4a31-e695-4ee7-859d-d5e92b02965f%40sessionmgr11>
- Mezomo, J. (2001). Gestão da Qualidade na Saúde: princípios básicos. 1ª ed: São Paulo, Brasil: Editora Manole, Lda. ISBN 85-204-1263-7.

- Minayo, M. (2008). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10^a ed. São Paulo: Hucitec.
- Morse, J. (2007). Aspetos Essenciais de metodologia de Investigação Qualitativa. Coimbra. Formasau.
- Nóbrega F. (2005). Vínculo mãe/filho. Rio de Janeiro: Revinter
- Nunes, L. (2003). Um Olhar Sobre o Ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998). Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN 972-8383-30-4.
- Nunes *et al.* (2005). Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- O'hagan, S. *et al.* (2014). What counts as effective communication of nursing? Evidence from nurse educator's and clinician's feedback on nurse interactions with simulated patients. *Journal of advanced nursing*, 70 (6), 1344-1355.
- Ordem dos Enfermeiros (2006). Investigação em Enfermagem. Tomada de Posição in www.ordemdosenfermeiros.pt
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Guia Orientador de Boa Prática. Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. Cadernos OE, Série I, N.º 8, Vol. I. Lisboa. Tipografia Tadinense, Artes Gráficas. ISBN: 978-989-8444-26-4
- Ordem dos Enfermeiros (2011b). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. (3^a ed.). Cadernos OE, Série I, N.º 3, Vol. III. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). Desenvolvimento Profissional – Individualização das Especialidades em Enfermagem /fundamentos e proposta de sistemas. Lisboa. Março.
- Pearson, A. (2010). Balancing the evidence: incorporating the synthesis of qualitative data into systematic reviews. *JB I Reports*. Vol. 2, nº 2, p. 45-64. Balancing the evidence: incorporating the synthesis of qualitative data into systematic reviews. *JB I Reports*. Vol. 2, nº 2, p. 45-64.
- Pignone *et al.* (2005) - Challenges in systematic reviews of economic analyses. *Annals of Internal Medicine*. Vol. 142, nº 12, Pt 2, p. 1073-1079.
- Polit-o'hara, D.; Hungler, B. & Polit, D. (2005). *Nursing Research: Principles and Methods*. Philadelphia: Pippincott Williams & Wilkins Publishers, 6th ed.
- Porter M. & Teisberg E. (2006). *Redefining Health Care*. Boston: Harvard Business School Press.
- Ramos, C. & Cuman, N. (2009). Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. *Research - Investigación. Esc Anna Nery Rev Enferm*, abr-jun; 13 (2): 297-304.

- Regulamento n.º 76/2018. Competência Acrescida Avançada em Gestão. Diário da República, 2.ª série, N.º 21, 30 de janeiro de 2018. Ordem dos Enfermeiros.
- Reis, L. (2010). Manual da Gestão de Stocks, teoria e prática. Lisboa: Editorial Presença.
- Relvas, A. (1996). O ciclo vital da família, perspetiva sistémica. Porto: Edições Afrontamento.
- Ribeiro *et al.* (2008). Qualidade dos cuidados de saúde. Instituto Politécnico de Viseu. Relatório da Série n.º: 35. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/357>.
- Roecker, S & Marcon, S. (2011). Educação em saúde. Relatos das vivências de enfermeiros com a Estratégia da Saúde Familiar. Invest Educ Enferm. 29(3): 381-90.
- Roque, S. & Costa, G. (2014). Preparação dos Pais para o Cuidar do Recém-Nascido Após a Alta: Avaliação dos Registos de Enfermagem. Millenium, 47 (jun/dez).p. 47-60.
- Rugolo L. (2005). Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. J.pediatr.;81 (1Suppl):S101-10.
- Sackett, D. (2003). Medicina baseada em evidências: prática e ensino. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Santana, R. (2006). O financiamento hospitalar e a definição de preços. Revista de Saúde Pública 5; 93-118.
- Santos, A (2011). NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados... Nascer e Crescer, revista do hospital de crianças, maria pia, vol XX, n.º 1.
- Santos, E. (2003). Pensamento crítico: estratégias de desenvolvimento no ensino da enfermagem. Referência, 17-23.
- Santos, G. (2009). Satisfação e qualidade: A visão dos clientes de uma unidade de reabilitação respiratória. Dissertação do Curso de Gestão dos Serviços de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real.
- Santos *et al.* (2007). Sentimentos de pais diante do nascimento de um recém-nascido prematuro. Revista Enfermagem UFPE, 1 (2), 140-149. Disponível em: <http://www.doi:10.5205/reuol.374-8796-1-LE.0102200704>.
- Scalzi, C. & Anderson, R. (1989). Conceptual model for theory development in nursing administration. In B. Henry, C. Arndt., M. Vincenti, A. Marriner-Tomey, (Eds). Dimensions of nursing research – theory, research, education, practice (pp. 137-141). Massachusetts: Blackwell Scientific Publications.
- Schmidt *et al.* (2012). A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: Percepção dos pais. Escola Anna Nery, 16 (1), 73-81. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a10.pdf>
- Schumacher, K. & Meleis, A. (2010). Transitions: A Central Concept in Nursing. In: A. I. Meleis. Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing

Research and Practice. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.

- Sielloff, C. & Raph, S. (2011). Nursing theory and management. Journal of Nursing Management, 19 (8), p. 979-980.
- Silva, M. (2010). Necessidades dos pais de recém-nascidos prematuros no pós alta clínica: Exercício de uma parentalidade autónoma (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Silveira, R. (2005). O cuidado de enfermagem e o cateter de Hickman: a busca de evidências (Dissertação). Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.
- Siqueira, M. & Dias M. (2011). A percepção materna sobre vivência e aprendizado de cuidado de um bebé prematuro. Epidemiol. serv. saúde. mar.; 20(1): 27-36.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria (2005-2007). Secção de Neonatologia. Nascer prematuro: um manual para os pais de bebés prematuros, Direção da Secção de Neonatologia.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria (2008). Secção de Neonatologia. Consensos nacionais em neonatologia, Coimbra.
- Souza *et al.* (2004). A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliar. Revista da UFG [on line]. N.º 6. Dezembro.
- Streubert, H. & Carpenter, D. (2002). Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista, Lisboa: Lusociência.
- Tavares, A. (1990). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde – Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional. Lisboa.
- Vilelas, J. (2017). Investigação: O processo de construção do conhecimento. Lisboa: Edições Sílabo.
- Whaley, L. & Wong, D. (2006). Enfermagem Pediátrica – Elementos Essenciais à intervenção Efetiva de Enfermagem. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,.
- Widerstrom, A., Mowder, B. & Sandall, S. (2001). Infant development and risk (2nd Edition). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Winnicott, D. (1988). Os Bebés e suas mães. São Paulo: Martins Fontes.
- World Health Organization (2006). Quality of care : a process for making strategic choices in health systems. Geneva: WHO. Disponível em: http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf.
- Zagonel, I. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. Revista latino-americana enfermagem, 7(3): 25-32. Ribeirão Preto. ISSN 0104-1169.

APÊNDICES

Apêndice I – **Projeto de Estágio**



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde

V Mestrado em Enfermagem
Especialização em Gestão de Unidades de Saúde
Unidade Curricular de Estágio
Docente Professora Doutora Graça Gama



PROJETO CUIDAR⁺

“Visita Domiciliária a Bebés Prematuros e de Baixo Peso”



Mestranda:
Olívia Engenheiro n.º18577

Julho
2017

*"Todas as coisas são criadas duas vezes; primeiro, mentalmente; depois, fisicamente.
A chave para a criatividade é começar com o fim em mente,
com uma visão e um esboço do resultado desejado".*

Stephen Covey

Abreviaturas e símbolos

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

CPAP – *Contiunous Positive Airway Pressure*

Dr.^a – Doutora

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

Enf.^a – Enfermeira

EPE – Entidade Pública Empresarial

ESIP – Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

GPCG – Gabinete de Planeamento e controlo de Gestão

HESE – Hospital Espírito Santo de Évora

INE – Instituto Nacional de Estatística

NIDCP – *Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RN – Recém-nascido

RNs – Recém-nascidos

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPN – Sociedade Portuguesa de Neonatologia

SPP – Sociedade Portuguesa de Pediatria

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Índice

	f.
INTRODUÇÃO.....	8
I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	11
1 – PREMATURIDADE	11
2 – VISITA DOMICILIÁRIA E CONTINUIDADE DE CUIDADOS.....	15
3 – AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	18
II. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	21
4 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO.....	21
4.1 – HOSPITAL ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA	21
4.1.1 – Missão.....	21
4.1.2 – Visão	22
4.1.3 – Valores.....	22
4.1.4 – Objetivos Organizacionais	22
4.1.4.1 – Objetivos Estratégicos para o Subsistema de Enfermagem	23
4.1.5 – Políticas da Organização.....	23
4.1.6 – Obrigações de Serviço Público.....	23
4.1.6.1 - Objeto	23
4.1.6.2 - Área de Influência.....	24
4.1.7 – Termos Contratuais da Prestação de Serviço Público.....	24
4.1.8 – Modelo de Financiamento Subjacente à Prestação de Serviço Público	25
4.2 – SERVIÇO DE PEDIATRIA	25
4.2.1 – Unidade de Neonatologia	26
4.2.1.1 – Recursos Humanos	28

5 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	30
6 – DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES	36
7 – FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	37
8 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	38
9 – PREPARAÇÃO OPERACIONAL	40
9.1 – Recursos e Limitações.....	40
9.2 – Descrição do Orçamento	41
10 – AVALIAÇÃO	42
 CONCLUSÃO.....	 44
BILIOGRAFIA	46
APÊNDICES	
Apêndice I – Estrutura Geral do Projeto.....	49
Apêndice II – Objetivos, Atividades a Realizar e Competências a Desenvolver	51
Apêndice III – Cronograma.....	59
ANEXOS	
ANEXO I – Conhecimentos, Aptidões e Competências de Mestre em Enfermagem.....	62

Índice de Figuras

	f.
Figura n.º 1: Área de Influência.....	24
Figura n.º 2: Imagem da Sala A	27
Figura n.º 3: Imagem da Sala B	27
Figura n.º 4: Imagem da Sala C	27

Índice de Gráficos

	f.
Gráfico n.º 1: Distribuição dos nados prematuros segundo o peso e ano	31
Gráfico n.º 2: Distribuição do n.º de nados e nados prematuros por ano.....	32
Gráfico n.º 3: Taxa de Prematuridade	32
Gráfico n.º 4: Distribuição do n.º total de nados prematuros e de readmissões dos 0-3 meses segundo o ano.....	33
Gráfico n.º 5: Taxa de Readmissões dos 0-3 meses segundo o ano	34
Gráfico n.º 6: Distribuição do n.º total de readmissões dos 0-3 meses pelos serviços de pediatria segundo o ano	34
Gráfico n.º 7: Distribuição do n.º total de readmissões na unidade de neonatologia segundo o ano	35

INTRODUÇÃO

O presente projeto insere-se no âmbito da Unidade Curricular de Estágio integrada no Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Gestão de Unidades de Saúde, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre aprovado pelo Despacho n.º 23088/2009, publicado no Diário da República, 2ª série, n.º 203, de 20 de Outubro, a decorrer na Unidade de Neonatologia do Hospital Espírito Santo de Évora (HESE) sob a supervisão clínica da Enfermeira Chefe Ana Dias, Mestre e Especialista em Saúde Infantil e Pediatria e com a Orientação Pedagógica da Professora Graça Gama. Este Ensino Clínico teve início no dia 12 de Junho e termina com a entrega do projeto para avaliação no dia 21 de Julho de 2017, tendo a duração de 6 semanas, totalizando 180 horas.

O estágio envolve a elaboração de um projeto de intervenção, que promova a articulação entre a teoria e a prática e que tenha implicações na qualidade de Saúde da população alvo e que permita o desenvolvimento de competências na área de Gestão de unidades de saúde. No planeamento da referida unidade curricular foram definidos como objetivos gerais:

- Identificar os diversos modelos de gestão das organizações de saúde, no contexto das necessidades das populações e das políticas de saúde;
- Desenvolver competências avançadas no domínio da gestão de serviços de saúde e de cuidados de saúde;
- Desenvolver competências avançadas no domínio da gestão dos Recursos Humanos e Materiais.

Um Projeto de Intervenção em Saúde tem como finalidade contribuir para a implementação e para o desenvolvimento de sistemas de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e da qualidade dos cuidados, visando a identificação sistemática de problemas e oportunidades no sentido de os solucionar ou melhorar, estabelecendo objetivos desejáveis e realistas, planeando e implementando as mudanças, monitorizando e avaliando os resultados (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

A preocupação com a qualidade dos cuidados de saúde tem sido transversal a toda a história da Medicina, desde Hipócrates, passando por Florence Nightingale e Ernest Codeman que procurando obter medidas de desempenho deu início ao processo de acreditação hospitalar em 1913, baseado nos “Resultados finais” do seu hospital, visando a melhoria dos cuidados e a sua adequação à população.

A adequação dos cuidados às necessidades e expectativas das famílias está na base do conceito de qualidade é por isso importante entender as tendências de evolução dessas necessidades e expectativas, a forma como os cuidados de saúde se desenvolvem e o que

se passa na interface entre as famílias e os profissionais de saúde. Hoje em dia as pessoas não estão só preocupadas com a melhoria do estado de saúde, estão também com a melhoria da qualidade de vida, dando importância entre outras variáveis, à acessibilidade, ao respeito pelos seus direitos, à segurança, à continuidade de cuidados, e daí dependerá a sua satisfação. Deste modo a melhoria da qualidade passa por promover uma maior coordenação entre cuidados, com enfoque no ciclo de vida, tendo por base a evidência científica e o envolvimento da família.

Segundo Tavares (1990:51) “a existência de um projeto entende-se na medida em que proporciona a satisfação de uma necessidade identificada (...)” tendo ainda como finalidade a aplicação de conhecimentos teóricos à prática e o aperfeiçoamento e desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais visando assegurar e vigiar a qualidade dos cuidados.

No distrito de Évora as visitas domiciliárias realizadas aos recém-nascidos são efetuadas pelas Unidades de Saúde até ao décimo quarto dia de vida, pelo que com este critério só os nados de termo são incluídos nessa visita. Os bebés prematuros uma vez que ainda se encontram internados nesse período, não são abrangidos pelas visitas, embora constituam o grupo populacional que mais beneficiaria dessa intervenção. Enquadrado nas Políticas de Saúde preconiza-se o reforço dos serviços de apoio domiciliário, através da implementação de programas integrados de apoio domiciliário e o reforço do uso de tecnologias da comunicação e informação (DGS, 2016). Neste contexto identificada a necessidade e tendo como linha orientadora os objetivos gerais enunciados pela unidade curricular foi delineado como objetivo geral do projeto:

- Implementar a Visita Domiciliária a Bebés Prematuros e de Baixo Peso após a alta da Unidade de Neonatologia do HESE-EPE.

Este Projeto intitulado provisoriamente de CUIDAR⁺ pretende colmatar uma lacuna existente nesta área de cuidados específicos, facilitando a integração do prematuro no seu ambiente familiar promovendo as competências parentais, contribuindo assim para a redução da morbilidade. Com este processo pretendo atuar de forma adequada e oportuna de modo a avaliar e a realizar o acompanhamento (*follow-up*) destes bebés indo ao encontro das reais necessidades dos pais/famílias, articulando a unidade de Neonatologia com os Centros de Saúde e Unidades de Saúde Familiar do distrito de Évora.

Para melhor compreensão do projeto e tendo em conta o objetivo geral optei por estruturá-lo em 2 capítulos principais. No primeiro capítulo será apresentado o enquadramento teórico ou seja a fundamentação conceptual do projeto. No segundo apresentarei o enquadramento metodológico, caracterizando o local de estágio, a metodologia utilizada para a realização do diagnóstico da situação, identificando e definindo a área problemática e determinando prioridades tendo em conta a magnitude do problema e as

repercussões na população abrangida. Neste contexto foram definidos os objetivos, recursos a utilizar, seleção de estratégias e a forma como será feita a avaliação do projeto. A finalizar apresentarei as considerações finais onde farei uma apreciação global do trabalho realizado, seguidas das referências bibliográficas, informação disponível, em livros e artigos, consultada para a realização deste trabalho.

Foi elaborada a Estrutura Geral do Projeto (Apêndice I) o que possibilita ter uma visão global de todas fases que o constituem, bem como a sua finalidade e os benefícios esperados da sua implementação, quer a nível pessoal, disciplinar, institucional e profissional, quer ao nível económico e no serviço de saúde. Será apresentado os objetivos, as atividades que pretendo realizar e as competências a desenvolver (Apêndice II) e o cronograma (Apêndice III).

Saliento que por se tratar de um projeto com carácter flexível e dinâmico e tendo em conta que se estão a planear ações que teriam de ser adaptadas às necessidades, pode ser necessário introduzir alterações e fazer reajustamentos de forma a conseguir responder a essas necessidades em concreto.

Este trabalho foi redigido e formatado em conformidade com as Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos da ESSP (Arco, Pinto, Martins & Arriaga, 2010).

I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – PREMATURIDADE

Os bebés prematuros até meados do século XIX eram designados como “bebés fraquinhos”. A seleção natural era aceite, limitando-se os cuidados apenas à higiene e alimentação. O termo “bebé prematuro” surge por volta de 1870.

A Neonatologia é considerada como tendo o seu início com o obstetra francês Pierre Budin, que foi o responsável pelo desenvolvimento dos princípios e métodos que baseiam a medicina neonatal; e os primeiros cuidados especiais para os “bebés “fraquinhos” foram instituídos pela maternidade de Paris (Paris Maternité Hospital em 1893). Em 1923 o Hospital de Chicago, Sarah Morris desenvolveu o primeiro centro hospitalar para tratar os bebés prematuros, que encorajava a produção do leite materno em casa e incentivava as mães a cuidarem dos seus filhos. No entanto, as Unidades que se formaram depois desenvolveram políticas rígidas em relação aos prematuros, restringindo a manipulação destes bebés apenas no essencial e um isolamento total em relação aos pais, (Klaus,& Fanarof, 1995).

A partir da segunda metade do século XX, houve uma melhoria quer do conhecimento científico, quer do desempenho dos médicos e enfermeiros, assim como o aparecimento sofisticado das tecnologias, adaptadas aos variados grupos etários pediátricos, dando-se também o *boom* das Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricas. A saúde materna e infantil em Portugal também teve uma grande evolução a partir do final dos anos setenta e início dos oitenta. Desde 1989, o Programa Nacional da Saúde Materno Infantil elaborado pela Comissão da Saúde da Mulher e da Criança emanou diretrizes no sentido de garantirem uma vigilância segura da grávida e qualidade do parto a toda a população, através da concentração dos partos de grande risco em hospitais com capacidades de resposta, a nível de recursos humanos qualificados e tecnológicos, assegurando o transporte seguro e atempado para o hospital mais adequado da grávida e do recém-nascido com necessidades de cuidados especiais, quando não era possível a sua transferência in-útero.

Desde 1990 foram criadas a nível nacional, redes de referência entre os Hospitais de Apoio Perinatal (HAP) e Centros de Saúde, permitindo uma racionalização equilibrada dos recursos humanos e tecnológicos, para que o nascimento seja o mais seguro possível; os Centros de Saúde foram também dotados de recursos humanos que permitem localmente vigiar a grávida e detetar as situações de risco, encaminhando-as posteriormente para os

hospitais da sua rede de referência de apoio Perinatal. Associado a estas diretrizes houve um investimento das Instituições para que os serviços se dotassem de pediatras com competências na área da Neonatologia e os Enfermeiros se especializassem na área da Saúde Materna e Obstétrica e na área da Saúde Infantil e Pediátrica (SPP-Secção de Neonatologia, 2007).

Segundo Behrman et al (2004:232), citando a Organização Mundial de Saúde (OMS), “os bebés nascidos vivos antes das trinta e sete semanas a contar do primeiro dia do último período menstrual, são denominados prematuros”. Muitos destes bebés nascem com um peso adequado ao seu tempo de gestação, mas outros, cujo peso ao nascer seja inferior ao percentil dez ou dois desvios padrão abaixo da média do peso para a idade gestacional, são considerados Leves para a Idade Gestacional - LIG (Widerstrom, Mowder e Sandall, 2001). Estes últimos têm um maior risco de desenvolverem complicações no período neonatal, porque durante a gestação houve algum problema que não permitiu um crescimento adequado.

Segundo a OMS (2008) os bebés recém-nascidos (RNs) são classificados segundo o peso: RNs de extremo baixo peso (abaixo dos 1000g); RNs de muito baixo peso (entre os 1000g e os 1500g); e os RNs de baixo peso (abaixo dos 2500g). Atendendo à idade gestacional (IG) considera-se três categorias de recém-nascidos prematuros: os bebés que nascem antes das 28 semanas de gestação e/ou com peso inferior a 1000g, são classificados de prematuridade extrema e de risco muito elevado (24 semanas de gestação é considerado o tempo limite mínimo para intervir); os que nascem entre as 28 e as 32 semanas de gestação e/ou com peso à nascença entre 1000g e 1500g, são classificados de prematuridade moderada e de risco elevado; os que nascem entre as 33 e as 36 semanas de gestação e/ou com peso à nascença entre 1500g e 2500g são classificados de pré-termo limiar e de baixo risco.

As possibilidades de sobrevivência estão condicionadas pela idade gestacional, o peso ao nascer e pelas complicações que o bebé prematuro apresenta. De todos estes fatores, o mais importante é a idade gestacional, uma vez que esta determina a maturidade dos órgãos. Assim em relação aos prematuros com IG inferior às vinte e três semanas, apenas há esporadicamente sobreviventes e todos com sequelas graves; dos recém-nascidos com IG de vinte e quatro semanas, a taxa de sobrevivência é de 50% e apenas 15 a 20% sobrevivem sem sequelas; dos recém-nascidos com IG de vinte e cinco semanas, a taxa de sobrevivência é superior a 50% e metade destes têm problemas (SPS-Consensos em Neonatologia, 2008).

Dependendo da idade gestacional com que nasceu, o RN prematuro pode desenvolver várias complicações inerentes à sua própria prematuridade, sendo as mais frequentes: a dificuldade respiratória resultante da doença de membrana hialina, podendo o RN necessitar de ventilação invasiva por longos períodos e /ou de oxigénio suplementar com risco acrescido

de desenvolverem displasia broncopulmonar e /ou retinopatia da prematuridade; apneias que estão relacionadas com a imaturidade dos mecanismos neurológicos e químicos, caracterizada por uma interrupção da respiração por vinte ou mais segundos; intolerância alimentar, relacionada com a imaturidade do sistema digestivo; sepsies, que pode ser adquirida in-útero, durante o parto ou após este, podendo neste caso estar relacionado com a utilização de técnicas invasivas ou ser provocada por infeções nosocomiais; instabilidade térmica, relacionada com a imaturidade do sistema termorregulador e com a diminuição das reservas de glicogénio.

Desde 1994 que em Portugal se efetua a monitorização e o registo contínuo a nível nacional da taxa de prematuridade, sobrevida e das sequelas dos recém-nascidos de muito baixo peso. Os avanços médicos e tecnológicos nesta área têm sido enormes e as taxas de sobrevida dos bebés com peso ao nascer inferior a 1500g têm melhorado gradualmente para mais de 85%. Atualmente pode dizer-se que um bebé com um peso à nascença superior a 1000g tem uma probabilidade de sobreviver superior a 95%. Em relação às sequelas, a percentagem é significativa contudo, a avaliação após a alta demonstra que 70% não apresenta problemas de desenvolvimento, muito em resultado da melhoria da qualidade assistencial em Perinatologia. Esta sobrevida ocorre devido aos cuidados intensivos e tecnologias utilizadas, porém a manutenção dessa assistência tem um alto custo financeiro e depende da disponibilidade de recursos humanos preparados e capacitados para exercer funções especializadas.

Ramos & Cuman (2009) no estudo que realizaram constataram que inúmeras são as causas que levam um bebé a nascer prematuro, apontando vários fatores de risco relacionados com a prematuridade: Sociais e demográficos - a idade materna (grávidas adolescentes ou com mais de 35 anos), primiparidade, atividades que originam grande desgaste físico ou psicológico, ausência de vigilância pré-natal, baixo nível socioeconómico, má nutrição, consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas; Maternos - história anterior de parto prematuro, doenças ou infeções não tratadas (do trato urinário ou das membranas amnióticas), obesidade, múltiplas gestações, gravidez gemelar, ansiedade, doença mental, doença crónica (asma, cardiopatias, hipertensão, anemia), pré-eclâmpsia, eclâmpsia, Síndrome de HELLP; Obstétricos - anormalidades do útero ou incompetência cervical, alterações placentárias (placenta prévia e descolamento prematuro das membranas ou placenta), excesso ou diminuição de líquido amniótico, traumatismos, placenta prévia... Em relação às causas a prematuridade é classificada em duas categorias: Espontânea - consequência do trabalho de parto espontâneo propriamente dito ou da rotura prematura de membranas ou placenta e Eletiva: quando ocorre por indicação médica, decorrente de intercorrências maternas e/ou fetais (Ramos & Cuman 2009).

Todos os dias nascem em média 17 bebés prematuros em Portugal. Apesar de se verificar uma diminuição ao longo dos últimos anos da taxa bruta de prematuridade no país, apontando as estatísticas oficiais para 8,4% (INE, 2017), continua a ser superior à média europeia que se situa nos 7,7%. A taxa de prematuros que mais tem aumentado em Portugal é a de “prematuros tardios”, com mais de 32 semanas de gestação, o que pode ter alguma relação com o aumento da taxa de cesarianas. Mas nem todas as causas são negativas. O aumento dos tratamentos de fertilidade, e consequentemente mais casos de gémeos, é outro dos fatores. Por outro lado, a taxa de mortalidade neonatal tem decrescido resultante das melhorias nos cuidados de saúde, o que significa que é possível salvar mais bebés que nascem cada vez mais prematuros. O limiar da viabilidade de um bebé prematuro está hoje nas 24-25 semanas. Aliás, nos últimos cinco anos a taxa de sobrevivência de prematuros às 25 semanas de gestação foi já de 50%. A taxa de mortalidade neonatal é de 1,8/1000 nados vivos o que coloca Portugal no 9º lugar entre 162 países, sendo o nosso país considerado um bom local para nascer e crescer (SPN, 2016).

A prematuridade como causa de mortalidade infantil tem sido estudada em diferentes países, sendo considerada o coeficiente de síntese da qualidade de vida e do nível de desenvolvimento de uma população. Os avanços tecnológicos aliados ao conhecimento científico têm permitido a sobrevivência de recém-nascidos de idades gestacionais cada vez mais baixas, sendo a redução da morbilidade um dos objetivos major em neonatologia.

A principal forma de intervir e prevenir é justamente o conhecimento, a vigilância e monitorização destes fatores, considerando o estado geral, as condições de saúde da mãe, a assistência e cuidados prestados durante a gravidez e parto, bem como a vigilância e continuidade dos cuidados após a alta da neonatologia.

Apesar destes dados a prematuridade é decorrente de circunstâncias diversas e imprevisíveis. É difícil avaliar os componentes que influenciam e são influenciados pelo complexo processo do nascimento prematuro. Afeta diretamente a estrutura familiar alterando as expectativas e anseios que permeiam a parentalidade. Julgo por isso ser importante e necessário refletir sobre a forma de promover ajuda aos pais destes bebés, e aos próprios bebés na transição para o ambiente familiar.

2 – VISITA DOMICILIÁRIA E CONTINUIDADE DE CUIDADOS

A visita domiciliária tem uma longa história nas sociedades ocidentais para a prestação de serviços a populações vulneráveis, faz parte da rotina de cuidados de saúde para a mãe e criança em muitos países europeus.

Os serviços de saúde devem estar acessíveis a todos os cidadãos, de forma a prestar em tempo útil, os cuidados técnicos e científicos que assegurem a melhoria da condição do doente e uma resposta eficiente, suscetível de proporcionar o necessário acompanhamento até ao seu completo restabelecimento. Para isso, as diferentes unidades de saúde têm de se coordenar, de forma a evitar quebras na prestação de cuidados (Escoval et al, 2010). Ainda na opinião destes autores, um sistema de saúde, face aos novos desafios, deverá ser planeado numa perspetiva sistémica, funcionando através de redes de articulação entre os diferentes níveis de cuidados.

Dos vários estudos já realizados conclui-se que as maiores necessidades dos pais de crianças prematuras, aquando da alta, são no âmbito da informação e de se sentirem confiantes, daí a importância de um acompanhamento contínuo destas famílias, mesmo após a alta, realçando o papel da enfermagem neonatal e o seu elo de ligação com os cuidados de saúde primários.

A visita domiciliária é considerada um *continuum* dos cuidados de saúde pois os serviços de saúde são oferecidos às famílias nas suas casas com o objetivo de maximizar o nível de independência destas e de reduzir o tempo de internamento hospitalar. Com efeito reduzir o tempo de internamento num hospital poderá ser benéfico por várias razões: diminui o risco de infeção, um maior número de utentes pode ser tratado, a família e o bebé fica menos tempo fora do seu ambiente familiar o que garante uma adaptação a um modo de vida em segurança no seu quotidiano. Contudo é necessário que a articulação entre cuidados funcione de modo a garantir um adequado acompanhamento às famílias, para que os benefícios se concretizem, e se evitem correr riscos com as respetivas consequências.

A visita domiciliária em alguns contextos profissionais é a consulta de enfermagem no domicílio, realizada pela enfermeira da neonatologia, após a alta do bebé da unidade, em articulação com os cuidados de Saúde Primários. Neste domínio é importante enfatizar a importância da articulação existente entre os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde primários, através da visita domiciliária.

Neste sentido a visita ao domicílio é um procedimento para a garantia da qualidade, sem prejuízo de recursos, é uma atividade que o enfermeiro desenvolve de forma a concretizar os cuidados diretos à criança e família conduzindo a uma maior autonomia e independência

constituindo um instrumento para conhecer o meio em que vive a família e que influência a saúde de quantos nele habitam (Martin, 1994).

Os cuidados prestados no domicílio favorecem um seguimento direto que ajuda a melhorar o nível de bem-estar das famílias. Através da educação para a saúde as famílias vão manifestar um maior controlo e segurança nos cuidados a prestar aos seus bebés, facilitando a consolidação das competências parentais e a tomada de decisão. Para Marinheiro (2008), a comunicação que se estabelece no domicílio é mais fluida, espontânea e num clima de maior liberdade, promovendo um conhecimento apropriado dos sucessos quotidianos e a adoção de uma relação de ajuda mais congruente com uma avaliação completa e realista do meio físico, familiar e social.

O acompanhamento do prematuro no domicílio de forma supervisionada poderá garantir: menores taxas de readmissões, menor índice de infeções nos primeiros meses e anos de vida dessas crianças, melhores taxas de crescimento, adequada inclusão na escola e potenciar a aprendizagem e inserção na sociedade e na vida adulta. Dada a importância da continuidade de cuidados na qualidade do CUIDAR, nos ganhos em saúde e na diminuição das taxas de internamento, esta é considerada um direito, consagrado no Artigo 83, alínea d, do Código Deontológico do Enfermeiro – do direito ao cuidado – “Assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas (...) entre instituições e níveis de cuidados” (Nunes et al, 2005).

Assim, torna-se pertinente implementar, valorizar e promover a continuidade dos cuidados sendo esta definida como uma intervenção planeada, que coordena vários profissionais de saúde e tipos de cuidados, tendo como resultado um aumento da eficiência e da eficácia dos cuidados globais prestados à criança e família ao longo do tempo.

É essencial que o enfermeiro valorize as características gerais e individuais de cada família para determinar que tipo de ajuda necessita e que cuidados podem prestar. Fatores desencadeantes de *stress* podem alterar as relações familiares, produzindo uma crise na adaptação da família ao prematuro, devendo o enfermeiro facilitar o processo de adaptação à nova situação. O papel do enfermeiro na visita domiciliária é fundamentalmente de apoio e de transmitir segurança aos pais, ou à pessoa cuidadora. Avaliar diretamente as condições habitacionais, detetar situações de risco e educar, sendo o reforço dos ensinamentos extremamente importante.

Segundo Souza et al (2004), a visita domiciliária também deve ser considerada no contexto de educação em saúde por contribuir para a mudança de padrões de comportamento e, conseqüentemente promover a qualidade de vida através da prevenção de doenças e promoção da saúde. Garante atendimento holístico por parte dos profissionais, sendo, portanto, importante a compreensão dos aspetos psico-afetivos, sociais e biológicos da família assistida, ao permitir viabilizar ações integradas de vigilância, constituindo uma importante

ferramenta de trabalho no cuidado estratégico às famílias atendidas ao possibilitar *in loco* o acompanhamento da situação de saúde, esperando-se a produção de resultados positivos através da antecipação de situações de risco. Assim, o domicílio abrange um grupo de pessoas que partilham responsabilidades na saúde, tornando-se um contexto que potencia as mudanças de comportamento conducentes a mais e melhor saúde.

Segundo a Comissão Nacional de Saúde Infantil (2008), a continuidade de cuidados de saúde pela interligação entre os respetivos serviços é uma base indispensável ao seu bom funcionamento, à boa qualidade de trabalho e ao atendimento da criança e família em tempo útil e de acordo com as suas necessidades. Segundo esta Comissão é fundamental esta adoção de comportamentos e práticas de saúde entre serviços e profissionais que atendem a criança e família. Os profissionais são sujeitos importantes nos processos de mudança de comportamentos, quando se tornam atores sociais com vontade de transformar e de se responsabilizar com a vida do outro.

A parceria pais/profissionais é um mecanismo poderoso para a capacitação e potencialização familiar. A colaboração que é dada é vista como um *continuum* e a família encontra-se nesse *continuum* consoante as suas necessidades e capacidades (Marinheiro, 2008).

3 – AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A definição de “competência” pressupõe a aquisição de um conjunto de conhecimentos e de processos que conduzam o enfermeiro à compreensão, interpretação e resolução de problemas, desenvolvendo a sua capacidade de pensamento e de atitudes favoráveis à sua aprendizagem. A competência é entendida, segundo Le Boterf (2002) como, “saber gerir uma situação profissional complexa”, dando ênfase, não apenas ao conjunto do saber, saber fazer ou saber ser/estar, “mas na capacidade de os mobilizar e conjugar, respondendo a novas situações”. Assim fica em clara evidencia, que na demonstração das suas competências o enfermeiro deverá ser capaz de demonstrar o seu conhecimento, as suas capacidades e desenvolver estratégias nos diversos contextos da sua prática profissional e também estar apto a evidenciar tais competências em situações de eventual complexidade na área de especialidade.

Ao longo do meu percurso académico e profissional fui desenvolvendo competências em vários domínios. Exerço funções de enfermeira no HESE desde 1995, há 22 anos, tendo prestado cuidados diferenciados em vários serviços (Medicina, Cirurgia II, Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia) incluindo funções de gestão de recursos humanos e materiais. Neste momento exerço funções de Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP).

Benner (2001), seguindo o modelo de Dreyfus (1981) de aquisição e desenvolvimento de competências identificou cinco níveis de competências na prática clínica de enfermagem; iniciado, avançado, competente, proficiente e perito. Esta autora enfatiza a experiência profissional e considera que o conhecimento prático é adquirido com o tempo e com a aprendizagem experiencial. Apesar de integrar a equipa de enfermagem da neonatologia há menos de um ano considero que na grande maioria das situações, o meu nível de desempenho poderá ser classificado como proficiente, fruto da minha longa experiência profissional. O enfermeiro proficiente pela sua experiência tem capacidade de reconhecer as situações no seu todo, ou seja, quais os acontecimentos típicos a acontecer numa determinada situação surgindo a perceção como o conceito mais importante deste estadio. Esta compreensão melhora o seu processo de decisão.

No processo de aquisição de competências é necessário refletir nas aprendizagens que a prática (know-how) nos oferece, coligando os saberes da prática à teoria (conhecimento cognitivo) sem descurar o comportamento ético, com estabelecimento das responsabilidades, preocupações e compromissos da profissão (Benner, 2001). Tal como refere Perrenoud, cit. por Cardim (2007), as competências permitem realizar tarefas e enfrentar problemas,

implicando quase sempre a mobilização de saberes ou conhecimentos previamente adquiridos. A competência é da ordem do saber mobilizar (Le Boterf, 2002), e transferir (Benner, 2001) ou seja o conhecimento aplicado na prática diária, na ação.

Nesta perspetiva o estágio constitui um momento privilegiado para refletir e intervir no campo de atuação específico, possibilitando a mobilização, integração e aplicação prática de saberes e competências técnicas e relacionais. O contato direto com novas e diferentes situações promove a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e contribui para o enriquecimento individual e organizacional. Em concordância com Kant, “todo o nosso conhecimento começa pela experiência” (Bento, 1997). Como tal, a experiência adquirida no presente estágio, pretende servir para a interiorização de conhecimentos, aptidões e competências de Mestre em Enfermagem presentes no artigo 15º do Decreto-Lei nº 74/2006, republicado em anexo do Decreto-Lei nº 115/2013 (Anexo I) e para a construção da identidade em concordância com o perfil de competências do Enfermeiro Gestor.

Não existia, em Portugal nenhum documento oficial que determinasse ou orientasse quais as competências ideais ou esperadas de um enfermeiro que exerça funções de gestão. No sentido de alterar esse vazio legal foi criada em 2009 a Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Liderança (APEGEL:1) defendendo que “a gestão é uma área de intervenção da Enfermagem com uma importância estratégica e primordial para a qualidade dos cuidados prestados por qualquer unidade de saúde”, referindo que o enfermeiro gestor “promove o desenvolvimento moral e profissional da equipa (...) e mantém e desenvolve os recursos/competências existentes em si mesmo e nos outros”. Ressalva ainda que os enfermeiros gestores têm que compreender e acompanhar o impacto das mudanças políticas e reformas de saúde, criando um pensamento estratégico no planeamento e organização de todas as intervenções, gerindo a mudança de acordo com a visão de enfermagem e respetivas competências.

Ao analisar as vertentes da gestão em enfermagem constata-se que esta associação baseia as suas intervenções em quatro eixos, nomeadamente: a prática profissional ética e legal, gestão de cuidados e serviços, a intervenção política e assessoria e o desenvolvimento profissional. A supervisão clínica e a formação como instrumento de gestão são áreas de eleição da gestão em enfermagem, que contribuem para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Em 2014 a Ordem dos Enfermeiros (OE) aprova por maioria o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor que posteriormente foi publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 48 de 10 de Março de 2015 (Regulamento n.º 101/2015), onde se encontram discriminadas as competências do Enfermeiro Gestor. Os domínios da competência acrescida do Enfermeiro Gestor são a gestão (A) e a assessoria de gestão (B). As competências do domínio da gestão são as seguintes: A1 – Garante uma prática profissional

e ética na equipa que lidera; A2 – Garante a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem; A3 – Gere serviço/unidade e a equipa otimizando as respostas às necessidades dos clientes em cuidados de saúde; A4 – Garante o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera; e A5 – Garante a prática profissional baseada na evidência. No domínio da assessoria a competência é a seguinte: B1 - Desempenha um papel pró-ativo na definição de políticas de saúde.

Para além dos Decretos-Lei e Regulamentos referentes às competências já mencionadas supor-tei-me também no Regulamento n.º 351/2015 relativo aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, aprovado pela OE em 2011, e publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 119, de 22 de Junho de 2015. Os Padrões de Qualidade constituem para os enfermeiros especialistas nesta área de especialização, uma oportunidade e referencial para a prática especializada, estimulando a reflexão contínua sobre a qualidade do exercício profissional, apoiando os processos de melhoria contínua da qualidade. Articulei os objetivos com as atividades que pretendo realizar e as competências a desenvolver (Apêndice II), e em que período de tempo (Apêndice III).

Ribeiro et al (2008:17) consideram que aos enfermeiros responsáveis pela gestão, compete responsabilizar-se pela garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, devendo estes: “planear e concretizar ações que visem essa melhoria, colaborar na avaliação da qualidade dos cuidados e definir padrões de cuidados de enfermagem e indicadores de avaliação.” Em Portugal, na saúde, o modelo organizacional das nossas organizações sofreu alterações no seu estatuto jurídico “empresarialização dos hospitais”, no entanto, a centralidade no cliente, não foi suficientemente valorizada, não favorecendo a evolução de novas dinâmicas de gestão. A centralidade no cliente na prestação de cuidados, é de forma inequívoca o cerne da gestão moderna na saúde. A governação clínica envolve uma remodelação das políticas, organizações e dos processos, promovendo uma mudança cultural, capaz de investir no poder dos clientes e seus familiares/ conviventes significativos, assegurando que os cidadãos estão nos processos de decisão (Barbosa, 2011). A monitorização e avaliação da opinião dos cidadãos, através de questionários de avaliação de satisfação, sugestões, críticas, permite uma interação entre estes e a gestão, favorecendo um clima de desenvolvimento e melhoria da prestação dos cuidados.

Esta mudança exige do enfermeiro gestor uma rutura com a cultura organizacional existente, uma vontade intrínseca para a mudança e abertura para novos modelos de pensamento na prestação dos cuidados, privilegiando o envolvimento de todos os intervenientes no processo de CUIDAR, potencializando modelos de gestão descentralizada e participada.

II. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

4 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

Antes do diagnóstico de situação é essencial a compreensão aprofundada do contexto em que o projeto será implementado de modo a facilitar a posterior necessidade de desenvolver ações em consonância com as problemáticas identificadas. Este por sua vez deverá possibilitar a identificação de problemas, respetivas causas e evolução, levando à determinação específica das necessidades, facilitando o desenvolvimento posterior das etapas de um projeto que se pretende interventivo.

A contextualização possibilita a compreensão mais aprofundada da realidade a que um trabalho específico se refere, facilitando assim a todo o processo de planeamento e prospeção de intervenções a desenvolver pela adequação à realidade assistencial. Assim, considereei pertinente a realização de uma abordagem do ponto de vista do enfermeiro gestor sobre a instituição, serviço e a unidade onde decorrerão as atividades propostas para o alcançar dos objetivos estabelecidos, perspetivando sempre que a contextualização do estágio conduza a uma análise facilitadora do processo de planeamento e operacionalização da metodologia adotada.

4.1 – HOSPITAL ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA

Há mais de quinhentos anos que o Hospital de Évora serve a população do Alentejo. Ao longo de cinco séculos, este Hospital Central passou por diversas evoluções e teve várias designações: Hospital Real, Hospital do Espírito Santo, Hospital da Misericórdia; e, após o 25 de Abril de 1974, Hospital Civil e Hospital Distrital de Évora. Em 1996 retomou o nome Hospital do Espírito Santo, sendo Entidade Pública Empresarial (EPE) desde 2007. No ano seguinte, o HESE-EPE foi classificado como Hospital Central.

4.1.1 – Missão

O HESE-EPE é um hospital público geral, integrado na rede do Serviço Nacional de Saúde (SNS) da Região Alentejo, que desenvolve a sua atividade dirigida à prestação de cuidados de saúde diferenciados, adequados e em tempo útil, garantindo padrões elevados de desempenho técnico-científico, de eficaz e eficiente gestão de recursos, de humanização e promovendo o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores.

4.1.2 – Visão

O HESE-EPE existe para dar resposta às necessidades de cuidados de saúde diferenciados da população que serve. Pretende-se que seja uma Unidade de Saúde moderna, eficiente, bem inserida na Rede de Referência Nacional com uma estrutura física e organizacional racional. em articulação com outros hospitais da região e com os Cuidados de Saúde Primários, desempenhando o papel de hospital Central no Alentejo. Pretende-se alcançar a médio prazo o estatuto de Hospital de Qualidade, com elevado grau de diferenciação tecnológica.

4.1.3 – Valores

O Hospital rege-se pelos seguintes valores:

- a) Respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos;
- b) Excelência técnica;
- c) Cultura da melhor gestão;
- d) Respeito pelas normas ambientais;
- e) Promoção da qualidade;
- f) Ética, integridade e transparência;
- g) Motivação;
- h) Trabalho de equipa.

4.1.4 – Objetivos Organizacionais

No cumprimento da sua missão e visão o HESE-EPE tem pautado a sua atuação com o intuito de atingir os seguintes objetivos:

- a) Contribuir para a obtenção de ganhos de saúde em articulação com os cuidados de saúde primários e com o sector social e privado;
- b) Garantir a humanização dos cuidados e os direitos dos utentes;
- c) Melhorar o acesso e a adequação da oferta de serviços;
- d) Melhorar a eficiência técnica e económica;
- e) Melhorar a qualidade dos cuidados e da organização dos serviços;
- f) Valorizar o capital humano;
- g) Otimizar a utilização das tecnologias da informação e comunicação.

4.1.4.1 – Objetivos Estratégicos para o Subsistema de Enfermagem

O Enfermeiro Diretor propôs os seguintes objetivos estratégicos para o subsistema de enfermagem, aprovados pelo Conselho de Administração:

- Promover o exercício profissional baseado nos deveres éticos e princípios deontológicos;

- Garantir a operacionalização da metodologia científica de organização de cuidados;
- Desenvolver programas/projetos de promoção da qualidade;
- Garantir a eficiência organizacional com base nos pressupostos das boas práticas de gestão;
- Promover a atualização e aperfeiçoamento profissional.

4.1.5 – Políticas da Organização

Com o intuito de atingir os objetivos e garantir a eficiência económica, financeira, social e ambiental foram definidas as seguintes políticas e linhas de intervenção:

- a) Melhoria global da organização interna;
- b) Otimização dos recursos, promovendo um aumento da eficiência técnica e económica, com particular destaque para a reorganização do internamento;
- c) Desenvolvimento dos sistemas e tecnologias de informação através da informatização da atividade clínica, via sistema “Alert – Paper Free Hospital”;
- d) Desenvolvimento de uma política de complementaridade em rede através da implementação da linha estratégica “Integração com os cuidados de saúde primários”, estabelecendo-se diversos protocolos de articulação com os Centros de Saúde;
- e) Desenvolvimento de uma política global de qualidade com particular destaque para o desenvolvimento de políticas que incrementam a comunicação interna e externa, e para a promoção de uma política de humanização;
- f) Desenvolvimento de uma política de recursos humanos racional através do projeto de “Valorização profissional dos funcionários” cujo intuito é promover um plano de formação associado às necessidades dos serviços e de suporte aos projetos institucionais;
- g) Desenvolvimento de uma política de avaliação de desempenho através da execução da linha de intervenção “Generalização do SIADAP a toda a organização”;
- h) Desenvolvimento de políticas de contenção e controlo de custos, com particular ênfase para a área dos recursos humanos.

4.1.6 – Obrigações de Serviço Público

4.1.6.1 - Objeto

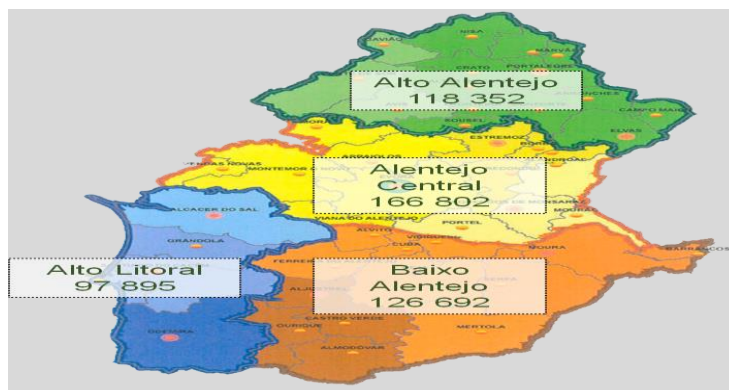
De acordo com o Decreto-Lei n.º 233/2005 de 29 de Dezembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 244/2012, de 09 de Novembro, pelo Decreto-Lei n.º 133/2013, de 03 de Outubro e, Decreto-Lei n.º 12/2015, de 26 Janeiro, o HESE-EPE, inserido no Sistema Nacional de Saúde, tem por objeto principal a prestação de cuidados de saúde diferenciados e de alta qualidade técnica à população, designadamente aos beneficiários do SNS e subsistemas de saúde, ou de entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde, e a todos os cidadãos em geral. A organização também tem por objeto desenvolver atividades de

investigação, formação e ensino, sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde dependente da respetiva capacidade formativa, podendo ser objeto de contratos-programa em que se definem as respetivas formas de financiamento.

4.1.6.2 - Área de Influência

A área de influência de primeira linha abrange 150 mil pessoas, correspondendo ao Distrito de Évora, que coincide com a área correspondente ao Alentejo Central (NUT III) abrangendo todos os seus Concelhos num total de 14: Alandroal, Arraiolos, Borba, Évora, Estremoz, Montemor-o-Novo, Mora, Mourão, Portel, Redondo, Reguengos de Monsaraz, Viana do Alentejo, Vendas Novas e Vila Viçosa. Em segunda linha abrange cerca de 440 mil pessoas, correspondente a toda a região do Alentejo, num total de 33 Concelhos (15 do Distrito de Portalegre, 13 do Baixo Alentejo e 5 do Litoral Alentejano).

Figura n.º 1: Área de Influência



Adicionalmente, o HESE presta, de acordo com o previsto nos documentos da Rede de Referenciação Hospitalar do SNS, a oferta de cuidados de saúde diferenciados para toda a região do Alentejo, nomeadamente na área de Neonatologia.

4.1.7 – Termos Contratuais da Prestação de Serviço Público

A prestação de serviço público no âmbito do SNS é regulada através de um Contrato-Programa estabelecido com a ARS-Alentejo e a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), no qual estão definidos os objetivos do plano de atividades do HESE-EPE, bem como todas as contrapartidas financeiras relativas à produção contratada. No que concerne, aos restantes utentes, a prestações de cuidados de saúde decorre da natureza de serviço público do hospital e da aplicação das normas legais que materializam a observância dos princípios de cobertura e de acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde.

4.1.8 – Modelo de Financiamento Subjacente à Prestação de Serviço Público

O modelo de financiamento subjacente à prestação de serviço público está regulado da seguinte forma:

- a) Os hospitais EPE são financiados nos termos da base XXXIII da Lei de Bases da Saúde, de acordo com os Decretos-Lei referidos anteriormente (4.1.6.).
- b) O pagamento dos atos e atividades dos hospitais EPE pelo Estado é feito através de contratos-programa celebrados com o Ministério da Saúde no qual se estabelecem os objetivos e metas qualitativas e quantitativas, sua calendarização, os meios e instrumentos para os prosseguir, designadamente de investimento, os indicadores para avaliação do desempenho dos serviços e o nível de satisfação dos utentes e as demais obrigações assumidas pelas partes, tendo como referencial os preços praticados no mercado para os diversos atos clínicos.

4.2 – SERVIÇO DE PEDIATRIA

O Serviço de Pediatria do HESE é composto por vários serviços e unidades dos quais fazem parte: o Internamento de Pediatria Geral que integra o Hospital de Dia e a Cirurgia de Ambulatório; a Maternidade – Setor dos Recém-Nascidos; a Unidade de Neonatologia; a Consulta Externa de Pediatria; a Urgência de Pediatria e Unidade de Internamento de Curta Duração; Telemedicina e Pediatria Social.

A área de influência do Serviço ultrapassa o Distrito de Évora abrangendo também algumas franjas dos Distritos limítrofes. Na área neonatal o Serviço recebe recém-nascidos dos Hospitais de Beja, Portalegre e Elvas sendo a Unidade de Referência da Região Alentejo, desde Abril de 2001. O serviço na sua globalidade assume um compromisso com o “bem CUIDAR” diário patente no melhor atendimento possível que contribua para a melhoria da condição de saúde dos seus utentes e familiares em que a satisfação das crianças/jovens e família assume um papel fundamental. Envolvido no processo de Acreditação, com sucesso, tendo atingido essa meta em 2014. Para além da atividade assistencial o Serviço de Pediatria tem atividades de formação, ensino, investigação e de intervenção na comunidade, desempenhando os seus membros diversos cargos de responsabilidade dentro e fora do Hospital na área da saúde infantil e juvenil. As atividades desenvolvidas pautam-se pelos seguintes objetivos:

- Promover o crescimento saudável das crianças e dos jovens;
- Aumentar a quantidade e melhorar a qualidade dos serviços prestados;
- Pugnar e promover ainda mais a humanização no Serviço;
- Apostar na formação do pessoal;
- Pelejar para que o Serviço tenha um papel ativo e interventivo no Hospital e na comunidade onde se insere.

Desde 2011 que crianças e jovens internados no Serviço de Pediatria recebem as visitas dos Remédios do Riso (Doutores Palhaços) que os animam com gargalhadas e risos. Articula-se ativamente com a comunidade estabelecendo Protocolos com várias instituições como é o caso do Protocolo de colaboração com a Associação Remédios do Riso.

4.2.1 – Unidade de Neonatologia

O Hospital de Évora foi considerado inicialmente, pela Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil, um Hospital de Apoio Perinatal, sendo um dos que reunia mais possibilidades para passar a Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado. Consequentemente nasce a Unidade de Neonatologia do HESE com a intenção de assegurar Cuidados Intensivos à Região Alentejo, tendo sido inaugurada em Junho de 1990. Funciona desde Abril de 2001 com Cuidados Intensivos a recém-nascidos, sendo a Unidade de referência de toda a Região Alentejo recebendo recém-nascidos de outros Distritos fora do Alentejo, desde que não haja vagas nos Hospitais Centrais das áreas de residência.

Em 26 de Abril de 2001 foi aprovado por despacho da Senhora Ministra da Saúde a Rede de Referênciação Materno-Infantil que considera o HESE, um Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado e oficializa a Unidade de Neonatologia do nosso Hospital como Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), que tem como missão prestar cuidados diferenciados com qualidade, segurança e humanização.

A Unidade está situada no piso n.º 3 do Edifício do Espírito Santo, junto à Sala de Partos. Recebe e assegura cuidados diferenciados a prematuros com idade gestacional superior a 24 semanas, e bebés de termo com patologias até aos 28 dias de vida. Tem uma lotação de 15 camas (3 de Cuidados Intensivos, 6 de Cuidados Especiais e 5 de Cuidados Mínimos). Dispõe de 3 salas: Sala A - destinada à prestação de Cuidados Intensivos, com Ventiladores e CPAP; Sala B - destinada à prestação de Cuidados Especiais; Sala C - destinada à prestação de Cuidados Mínimos. Está sempre preparada uma incubadora para transporte intra-hospitalar de emergência e reanimação.

Figura n.º 2: Imagem da Sala A



Figura n.º 3: Imagem da Sala B



Figura n.º 4: Imagem da Sala C



A Unidade é constituída por um gabinete médico, um gabinete de enfermagem, uma copa, uma copa de leite (sala de preparação de leite materno, leite artificial e leite especial para prematuros), uma sala de extração de leite materno, onde as mães podem recolher o leite com maior privacidade; uma divisão para a preparação da terapêutica, uma sala de contaminados, um vestiário do pessoal com casa de banho, salas de arrumos, cacifos para os pais, e um corredor para visitas (através do vidro).

O acesso à Unidade é efetuado através de um sistema de segurança, que permite a abertura da porta mediante a marcação de código de acesso ou se a abertura for efetuada a partir do interior, após identificação por intercomunicador da pessoa que pretende entrar. Desde 2007 que a Unidade se encontra incorporada na Rede Europeia de Neonatologia. Foi um marco importante para o Serviço de Pediatria, para o Hospital e para a Região Alentejo e um primeiro passo para o reconhecimento do Hospital de Évora como Hospital Regional.

É de salientar também, na área da humanização do Serviço, a criação de três quartos, em 2004, para as mães permanecerem durante a noite, em instalações anexas à Unidade de Neonatologia (área de residência seja superior a 30 km de distância, ou que estejam a amamentar) compostas por 2 quartos (1 quarto com uma cama e outro com duas camas, uma casa de banho, frigorífico, aquecedor e ar condicionado).

Para promover o acolhimento dos recém-nascidos a Unidade criou, no final de 2001, um guia de acolhimento sobre os direitos e deveres que é distribuído a todos os pais, incentivando-os a permanecerem junto dos Recém-nascidos (RNs) durante 24 horas por dia fomentando a parceria da família na prestação de cuidados de forma gradual e de acordo com as suas competências. Este facto em muito contribui para o bem-estar do recém-nascido e dos pais permitindo que fiquem calmos num ambiente que lhes é desconhecido. Os pais são considerados aliados no processo de reabilitação e funcionam como agentes eficientes e um membros preciosos da equipa, no que concerne à manutenção do equilíbrio físico, psíquico e social do recém-nascido. Esta parceria contribui significativamente para a melhoria na qualidade dos cuidados prestados. Possibilitam a visita dos irmãos e dos avós em horário

adequado e limitado. Na alta é entregue aos pais um Guia de Alta contendo as orientações mais relevantes sobre os cuidados essenciais.

A Neonatologia dispõe de um livro de elogios, já com vários registos de satisfação em termos de cuidado por parte dos pais, devendo ser tido em conta como critério de qualidade ao nível da satisfação. Em 2011 iniciou-se uma nova técnica de apoio ventilatório com óxido nítrico aumentando, assim, a autonomia da unidade e, consequentemente, diminuindo o número de transferências para outros hospitais.

4.2.1.1 – Recursos Humanos

Nesta unidade exercem funções uma equipa médica constituída pelo Diretor de Serviço (Dr. Hélder Gonçalves), pelo Coordenador da Unidade de Neonatologia (Dr. Hélder Ornelas), 4 Pediatras Especialistas em Neonatologia, pediatras, em sistema de rotação, com os colegas da Maternidade, e o Cirurgião Pediatra de apoio. Permanece sempre de presença física um pediatra no serviço durante as 24 horas.

A equipa de Enfermagem é constituída pela Enfermeira Chefe (Enf.^a Ana Dias) e por 20 Enfermeiras das quais 19 são detentoras da especialidade em Saúde Infantil e Pediatria. A distribuição dos enfermeiros é realizada na manhã pela Enfermeira Chefe nos dias uteis, e nos restantes turnos pela Enfermeira Responsável de turno ficando sempre destacado um elemento por turno para exercer essas funções recaiando também a capacidade de decisão sobre qualquer assunto da unidade. A distribuição é de 4 enfermeiras no turno da manhã e 3 enfermeiras nos restantes turnos. De forma a assegurar a continuidade dos cuidados ao RN, o trabalho da equipa de enfermagem divide-se em três turnos: turno da manhã (das 8 horas às 16 horas e 30 minutos); turno da tarde (das 16 horas às 0 horas e 30 minutos); e turno da noite (das 0 horas às 8 horas e 30 minutos). O método de trabalho adotado pela equipa de enfermagem é o método individual de trabalho segundo o qual cada uma das enfermeiras prestadoras de cuidados fica com um determinado número de RN atribuídos, sendo responsável pelo planeamento, prestação e avaliação de todos cuidados aos RNs, num período de oito horas, apesar da constante interajuda entre colegas.

Em termos de registos de enfermagem, a UCIN possui um sistema informático de prescrição eletrónica, pelo que estão disponibilizados 3 computadores para consulta de terapêutica prescrita. Os registos de enfermagem são efetuados em folha própria, (suporte de papel), onde se transcreve os dados de identificação do neonato, idade gestacional, idade corrigida, peso, dados clínicos, tipo e quantidade de alimentação que é administrada, medicação prescrita e administrada, frequência de eliminação vesical e intestinal, análises realizadas e notas gerais de enfermagem. A folha é feita diariamente no turno da manhã e é preenchida de acordo com o horário em que são prestados os cuidados aos recém-nascidos. Os cuidados são realizados de forma organizada e agrupados sempre que possível de

3/3horas. O processo clínico com a restante informação (folha de avaliação inicial, diário clínico, folha de prescrição eletrónica impressa, folha de enfermagem, resultados de análises e exames complementares de diagnóstico, etc.) encontra-se disponível em *dossier* individualizado para cada RN na sala de enfermagem, para que possa ser consultado por qualquer membro da equipa multidisciplinar.

Neste momento está implementada a prestação de cuidados com base no NIDCAP. "O modelo NIDCAP tem em vista criar uma relação baseada num ambiente de suporte para o RN e a família, e propõe que as interações relativas aos cuidados e ao ambiente, que deverão ter em conta os subsistemas do RN, tenham um suporte a longo prazo (Santos, 2011).

Fazem ainda parte da equipa multidisciplinar cinco Auxiliares de Ação Médica que se dividem entre o turno da manhã e da tarde visto não trabalharem no turno da noite. O serviço conta ainda, sempre que necessário com o apoio da Psicóloga do Serviço, da Assistente Social, Fisiatra, Fisioterapeutas e Terapeuta da fala.

5 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Para desenvolver o presente projeto de intervenção foi necessário fazer um diagnóstico da situação, de modo a representar as necessidades de saúde da população definida, num determinado período de tempo, apesar de nem sempre as necessidades sentidas serem coerentes com as necessidades reais. Tavares (1990:53) define o diagnóstico da situação como sendo “a primeira etapa no processo de planeamento, devendo corresponder às necessidades da população beneficiária. Só assim é explicada a necessidade de intervir em algo”. O mesmo autor refere igualmente que deve haver concordância entre o diagnóstico e as necessidades da população, para que haja pertinência do plano e do programa, quer estes estejam destinados à resolução ou minimização de problemas de saúde, quer à melhoria da eficiência dos serviços.

Assim sendo, para que o diagnóstico represente a realidade, deve contemplar quatro fases: exploratória, descritiva, explicativa e prognóstica. Nestas fases deve-se descrever quantitativamente a situação; estudar os factos que a determinam; explicar a situação; analisar a sua evolução e perspetivas; avaliar se a situação é ou não satisfatória; e definir os principais problemas (Imperatori & Giraldes, 1993).

Para tal, efetuei uma revisão da literatura em bases de dados, manuais e *guidelines* nacionais e internacionais. Ainda na fase de pré-diagnóstico e em contexto social, recorri aos dados e relatórios do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), do Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão (GPCG) do HESE e do Instituto Nacional de Estatística (INE). Segundo Tavares (1990) é a identificação de problemas e necessidades que conduzem à elaboração de projetos. Estes contribuem para a resolução de um problema na área da saúde, de modo a satisfazer os objetivos do serviço/organização. Seguindo esta linha condutora a área problemática do meu projeto, reside em dar resposta à seguinte pergunta: **Que tipo de formação relativamente à visita domiciliária necessitam os elementos da equipa de enfermagem da unidade de neonatologia do HESE?**

Com o propósito de identificar o diagnóstico da situação na unidade de Neonatologia utilizei técnicas **qualitativas**, recorrendo a:

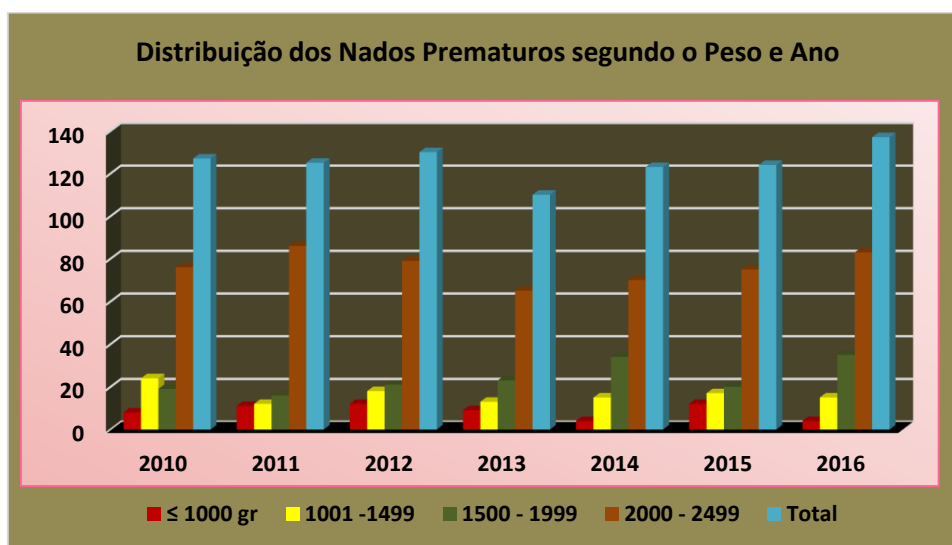
- Informadores Chave da unidade de neonatologia como a enfermeira chefe, a enfermeira responsável pela formação em serviço, a enfermeira elo de ligação da Ordem dos enfermeiros (padrões de qualidade) e o diretor do serviço;
- Entrevistas informais com os elementos da equipa de enfermagem e com os pais dos bebés prematuros;

- Conversas informais com elementos da equipa de enfermagem de outros hospitais, qualificados para a realização de visitas domiciliárias a prematuros;
- Observação direta participativa, da enfermeira que elabora o projeto.

Ao exercer funções de enfermeira especialista em saúde infantil e pediatria na unidade de neonatologia e na realização das entrevistas informais efetuadas aos pais de prematuros na pré-alta constatei que a grande maioria demonstra inseguranças relativamente às competências parentais e défices de conhecimentos sobre a prematuridade.

Já vimos que a taxa bruta de prematuridade no nosso país é de 8,4% sendo superior à média europeia que se situa nos 7,7% (INE, 2017). A prematuridade constitui o maior fator de risco para o recém-nascido adoecer e morrer não apenas imediatamente após o nascimento, mas também durante a infância e a vida adulta. Os prejuízos extrapolam o campo da saúde física e atinge as dimensões cognitivas e comportamentais, tornando esse problema um dos maiores desafios para a Saúde Pública contemporânea. Neste contexto torna-se relevante saber qual a realidade do HESE em relação à taxa de prematuridade. Foi pedido ao GPCG os dados referentes aos últimos 7 anos, que posteriormente foram tratados manualmente e introduzidos no programa Microsoft Excel para a elaboração dos gráficos.

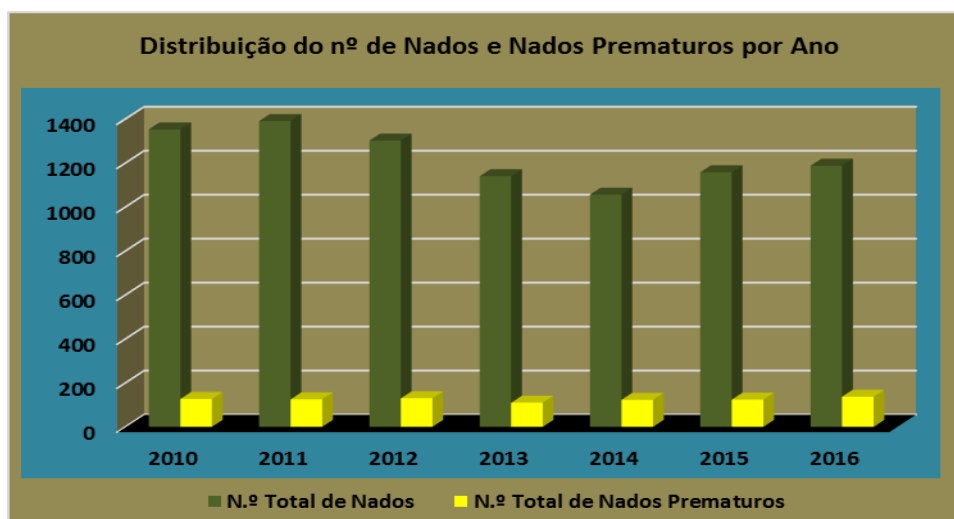
Gráfico n.º 1



Fonte: Elaborado pela própria a partir dos dados do GPCG

Como se pode constatar no gráfico n.º 1, o intervalo de peso que regista mais nados prematuros situa-se entre os 2000 e 2499g, sendo o grupo dos recém-nascidos, dominado de baixo peso. Fazendo a média dos 7 últimos anos analisados este grupo detém 61% dos nados prematuros totais. Com a menor representação encontra-se os recém-nascidos de extremo baixo peso (abaixo dos 1000g), registando uma taxa média nos 7 anos em análise de 8 % face ao n.º total de nados prematuros, o que é bastante significativo uma vez que é este grupo que apresenta as maiores taxas de mortalidade e morbilidade infantil.

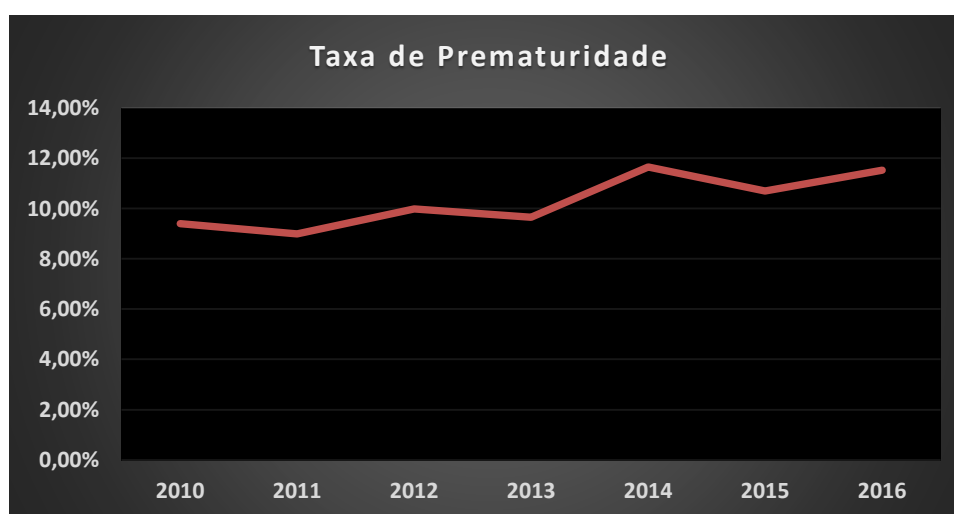
Gráfico n.º 2



Fonte: Elaborado pela própria a partir dos dados do GPCG

Pela análise do gráfico n.º 2, confirma-se que o n.º total de nados prematuros acompanha a variação do n.º total de nados. De 2011 até 2014 verifica-se um decréscimo no n.º total de nascimentos, registando-se em 2015 um aumento da taxa de natalidade (a primeira vez em cinco anos, com mais 102 nados do que no ano anterior) contrariando esta tendência decrescente, refletindo a mesma trajetória a nível nacional. Em 2016 mantém-se essa tendência de aumento com mais 30 nascimentos registados fase a 2015. Poderá ser entendido como um ponto de viragem, enquadrado no contexto socioeconómico do país, em que a população poderá estar a encarar o presente e o futuro com mais confiança, mas também poderá ser o reflexo de muitas mulheres não poderem adiar mais a maternidade devido à idade fértil.

Gráfico n.º 3

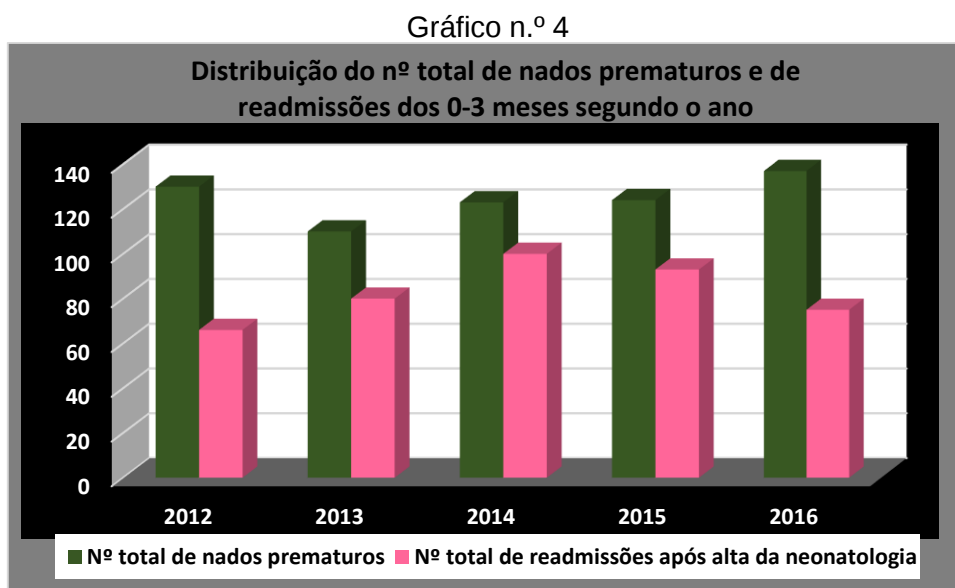


Fonte: Elaborado pela própria a partir dos dados do GPCG

Perante o gráfico n.º 3 é possível observar que o ano de 2014 regista a maior taxa de prematuridade, o que pode ser explicado por ser esse o ano com menos nascimentos,

enquanto que o n.º de nados prematuros não seguiu essa mesma tendência de descida mantendo os valores relativos dos anos anteriores. A taxa média de prematuridade do hospital nestes últimos 7 anos foi de 10,3%, dando uma média anual de 125 nascimentos prematuros, o que é bastante significativo. Relativamente a 2016 a referida taxa subiu ligeiramente em relação ao ano anterior registando o valor de 11,53%.

De forma a conferir mais pertinência ao projeto foram pedidos os dados ao GPCG dos últimos 5 anos relativos às readmissões dos bebés prematuros internados na unidade de neonatologia após a alta desta unidade. Gostaria de saber também o motivo, diagnóstico de entrada mas não dispõem desses dados.

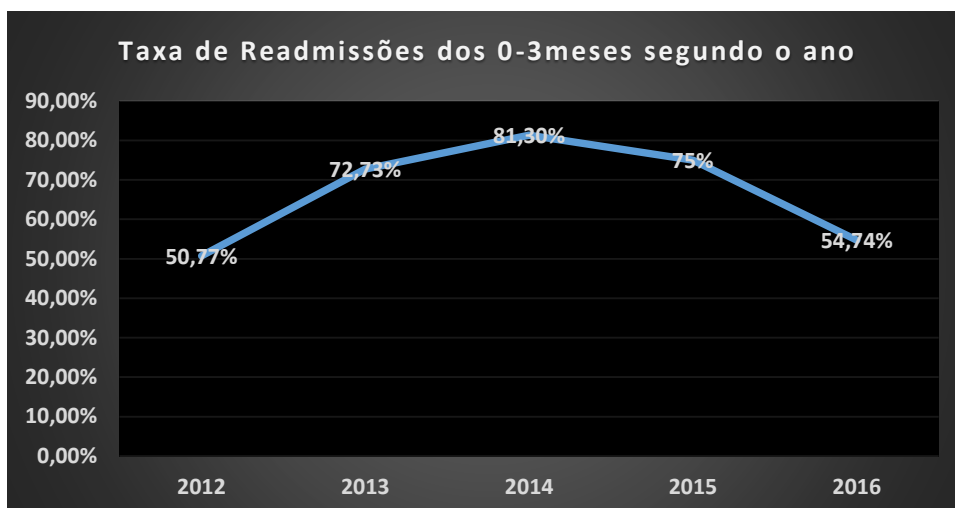


Fonte: Elaborado pela própria a partir dos dados do GPCG

Verificamos no gráfico n.º 4 que o nº total de readmissões dos 0-3 meses é bastante alto podendo justificar-se pela condição de prematuridade. Em 2014 registou-se a taxa mais alta de prematuridade no HESE (11,65%) sendo esse também o ano com mais readmissões.

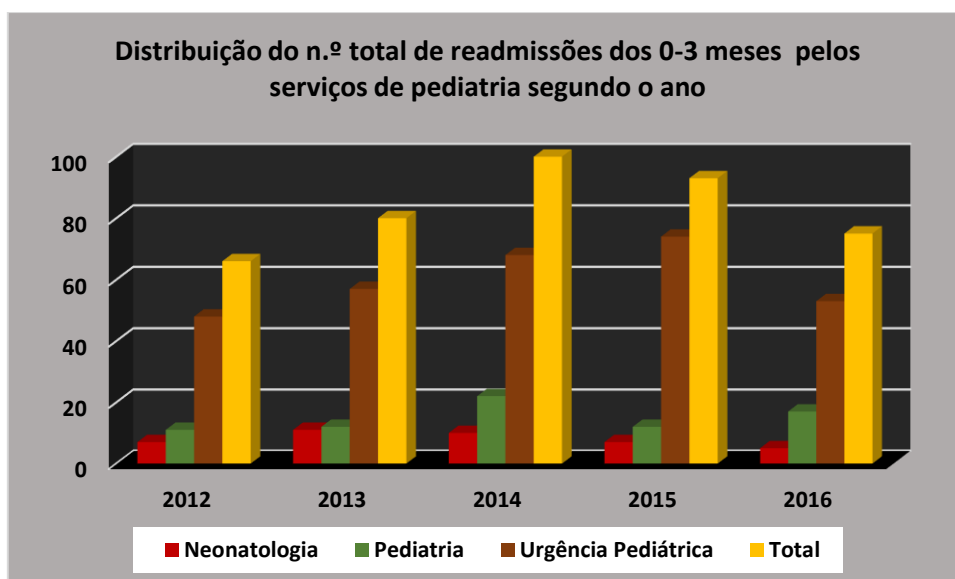
Ao analisarmos o Gráfico n.º 5 verificamos que a taxa de readmissões dos 0-3 meses é elevada sendo o valor mais baixo de 50,77% registado no ano 2012 e o valor mais alto registado em 2014 de 81,30%. Nos últimos 5 anos em análise a taxa média de readmissões foi de 66,91%, bastante alta, o que justifica uma intervenção efetiva neste grupo de bebés e pais, como sendo a visita domiciliária.

Gráfico n.º 5



Fonte: Elaborado pela própria a partir dos dados do GPCG

Gráfico n.º 6

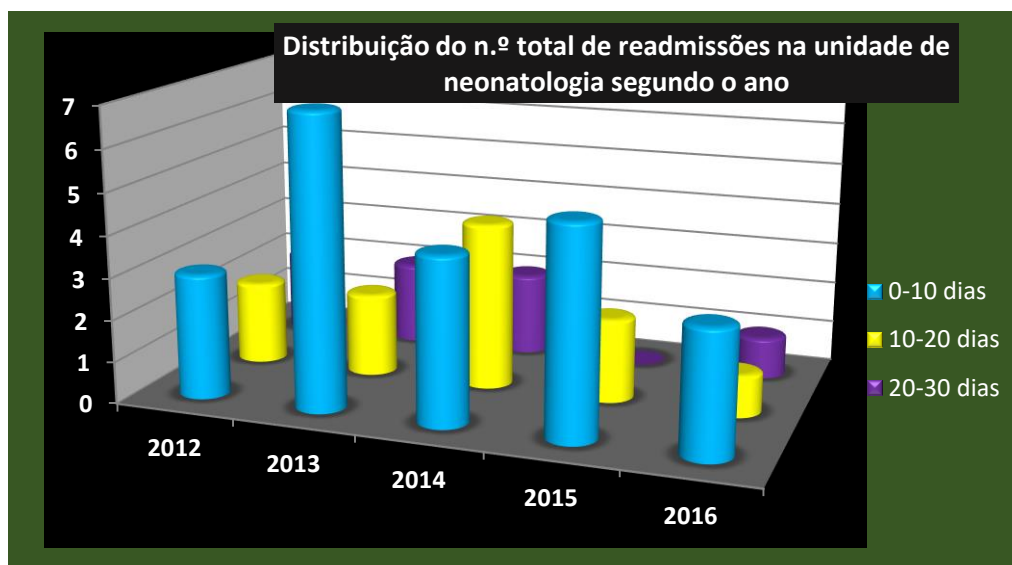


Fonte: Elaborado pela própria a partir dos dados do GPCG

No Gráfico n.º 6 é possível observar o ano 2014 regista o maior valor de readmissões dos 0-3 meses em todos os serviços da área pediátrica. O serviço de pediatria que assinala mais readmissões é o serviço de urgência pediátrica como seria de esperar, uma vez que é o serviço de entrada, de primeiro contato, só então serão encaminhados para os serviços de internamento se a patologia assim o justificar. Da mesma forma a unidade de neonatologia regista o menor valor dada a sua natureza e especificidade de cuidados.

Justificada a intervenção neste grupo populacional efetuando a visita domiciliária, de modo a reduzir as taxas de readmissões, falta saber o intervalo de tempo após a alta da neonatologia em que a sua realização será mais eficaz em termos de resultados esperados.

Gráfico n.º 7



Fonte: Elaborado pela própria a partir dos dados do GPCG

Ao analisar o Gráfico n.º 7 constata-se que é no período dos 0-10 dias após alta da unidade que se verifica o maior n.º de readmissões nos últimos 5 anos estudados, perfazendo 55% do valor fase ao n.º total de readmissões neste serviço. Assim sendo e de acordo com o descrito o período apontado para a 1ª visita domiciliária aos bebés prematuros seria na 1ª semana, sempre que possível entre as 24h e as 72h após a alta da unidade.

Neste sentido o diagnóstico resultou do cruzamento das necessidades reais com as necessidades sentidas. Após a análise e interpretação dos dados recolhidos, dando relevância à necessidade de intervenção nesta área de continuação dos cuidados a bebés prematuros no domicílio após a alta, que devido à sua inexistência foi definida área de intervenção prioritária a Implementação da Visita Domiciliária. Qualquer que seja o contexto o diagnóstico de situação deverá ocorrer sempre de uma forma criativa e científica, pretendendo identificar todos os intervenientes na rede de causalidade da situação (problema) empiricamente detetada (Melo e Gonçalves, 2006). Com este processo pretendo atuar de forma adequada e oportuna de modo a contribuir para a resolução da situação, através da metodologia científica que deverá estar presente na tomada de decisão.

6 – DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

Após a identificação dos problemas de saúde, na etapa correspondente ao diagnóstico, a sua hierarquização será feita nesta etapa de escolha de prioridades cuja existência está diretamente ligada à própria natureza do planeamento (Imperatori e Giraldes, 1993). Visando o planeamento a utilização eficiente dos recursos disponíveis e a otimização dos resultados a atingir, torna-se necessário selecionar prioridades, procurando saber que problemas se devem solucionar em primeiro lugar. A determinação de prioridades não significa ignorar outros problemas, consiste na hierarquização dos mesmos, necessidades e expectativas identificadas sendo essencialmente um processo de tomada de decisão (Tavares, 1990).

Foram detetadas outras necessidades de formação, pelo que inicialmente pensamos alargar este projeto a todas as Unidades de Saúde Familiar do concelho de Évora, mas dada a natureza da intervenção e a escassez de recursos, e uma vez que as necessidades da equipa de enfermagem da unidade de neonatologia são prioritárias, tomei a decisão de não as incluir na população beneficiária, pelo menos nesta primeira fase.

7 – FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Surge neste contexto a definição de objetivos considerados de extrema importância uma vez que serão instrumentos de avaliação das nossas intervenções. “Os objetivos correspondem aos resultados visados em termos do estado que se pretende para a população alvo (saúde comportamentos etc.) e consistem em definir e delimitar o caminho que queremos seguir” (Tavares, 1990:136). Devem ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis. Este projeto incorpora duas populações alvo distintas sendo elas a equipa de enfermagem da unidade de neonatologia do HESE e os pais/ bebés prematuros a quem iremos realizar a visita domiciliária após a alta. Nesta ordem de ideias foi definido como objetivo geral do projeto:

- Implementar a Visita Domiciliária a Bebés Prematuros e de Baixo Peso após a alta da Unidade de Neonatologia do HESE-EPE.

Tendo em conta o objetivo geral foram delineados como objetivos específicos:

- Promover o envolvimento da equipa de Enfermagem no projeto;
- Conhecer as necessidades da equipa de enfermagem relativamente ao programa de saúde infantil e visitação domiciliária a prematuros;
- Capacitar a equipa de enfermagem da unidade de neonatologia do HESE de competências relativas à realização da visita domiciliária a bebés prematuros;
- Criar um protocolo para o programa de visitação domiciliária (uniformizar intervenções/procedimentos/práticas);
- Elaborar um folheto de divulgação da visita domiciliária;
- Elaborar o Guião de Avaliação dos bebés no domicílio;
- Realizar a visita domiciliária na 1ª semana a 100% dos bebés prematuros após a alta no ano de 2018;
- Facilitar a aquisição de competências parentais em contexto de prematuridade;
- Reduzir a taxa de readmissões dos 0-3 meses dos bebés prematuros nos serviços da área de pediatria em 30% no ano 2018;
- Articular com os Centros de Saúde da área de residência sempre que seja necessário encaminhamento ou continuação dos cuidados.

“Esta é uma etapa fundamental, na medida em que apenas mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa” (Imperatori e Giraldes, 1993:77).

8 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A seleção das estratégias é definida por Imperatori e Giraldes (1993) como a escolha de um conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar os objetivos fixados. Nesta etapa estudam-se as diferentes estratégias alternativas, que permitem alcançar o mesmo objetivo, com o fim de selecionar as mais adequadas.

A implementação de um projeto depara-se frequentemente com obstáculos, alguns dos quais relacionados com a resistência à mudança, característica de uma certa acomodação às atividades habituais da organização. Em qualquer processo de mudança devem ser identificadas as forças a favor e as forças contra uma vez que “para mudar é necessário fortalecer umas e enfraquecer outras, de forma a que as inovações sejam mais facilmente introduzidas” (Tavares, 1990:148).

Após a determinação das forças favoráveis - elementos chave da equipa, procurei reduzir as forças de resistência. Para se obter sucesso, em grande parte, deve-se à capacidade para comunicar com as pessoas e, por essa via dar-lhes a conhecer os objetivos e o que delas se espera, implicando todos os intervenientes, na implementação do projeto, permitindo a sua continuação no futuro. Neste sentido o projeto foi apresentado à enfermeira chefe da unidade e diretor de serviço que me deram apoio desde o início. Após a entrega no dia 21 de Julho e se o projeto for aprovado pela Escola Superior de Saúde de Portalegre, irei elaborar uma carta dirigida ao Conselho de Administração do HESE, pedindo autorização para iniciar o projeto, na expectativa de um parecer favorável à execução do mesmo.

Com o propósito de implicar e envolver a globalidade a equipa de enfermagem de modo a motivar a sua participação e compromisso no projeto, viabilizando a sua implementação, irei recorrer à realização de ações de sensibilização e de formação em serviço, como meio facilitador de transmissão de informação, estímulo e como forma de atualizar e mobilizar os conhecimentos, através da apresentação das vantagens da sua operacionalização, demonstrando disponibilidade para dar apoio sempre que necessário. Pretendo criar um Protocolo para o programa de visita domiciliária de modo a uniformizar as intervenções, elaborar um Folheto de Divulgação da visita domiciliária e um Guião de Avaliação dos bebés no domicílio.

Exige-se pois criatividade e inovação na seleção das estratégias. A seleção de uma estratégia, de entre várias alternativas, passa pela avaliação segundo Tavares (1990) de quatro parâmetros que devemos ter em conta: Custos, Obstáculos, Pertinência, Vantagens e Inconvenientes de cada estratégia. Sendo sempre possíveis diferentes combinações de

abordagens do problema em causa, as análises de custo-oportunidade, custo-benefício ou custo-efetividade podem ser determinantes na tomada de decisão (Tavares, 1990).

Em relação aos custos, farei referência ao custo de oportunidade que é “o valor da melhor alternativa não concretizada em consequência de se utilizarem recursos escassos na produção de um determinado bem ou serviço” (Tavares, 1990:149), na medida em que os recursos humanos e materiais empregues neste projeto ficaram indisponíveis para outros fins. O mesmo autor (1990:150) acrescenta ainda que “a implementação de um projeto, através de uma determinada estratégia, pressupõe a renúncia a outros projetos que se poderiam realizar para outros problemas, já que os recursos são escassos”.

Assim sendo na escolha das melhores estratégias, foi avaliado em conjunto com os Informadores Chave da equipa, a importância prática do projeto, a sua contribuição para a resolução do problema, visando o impacto das atividades sobre a população alvo. Neste contexto, irei pedir colaboração ao gabinete de *Marketing* do HESE para me facilitar na divulgação do projeto ao nível interno e externo da organização.

Em termos de registos informáticos das visitas domiciliárias que irão ser realizadas torna-se essencial a existência de uma base de dados comum ao hospital e aos centros de saúde que nos permita monitorizar esta atividade de uma forma mais eficaz, possibilitando numa fase posterior o acesso aos registos das visitas, da avaliação efetuada, dos cuidados prestados e da necessidade ou não de encaminhamento e continuação desses cuidados.

Deste modo, tendo em conta a magnitude do problema e as suas repercussões na população abrangida, a escolha da solução mais adequada recaiu naquela que apresentava maior probabilidade de exequibilidade, aceitabilidade, eficácia e eficiência, maximizando todos os recursos disponíveis.

9 – PREPARAÇÃO OPERACIONAL

A quinta etapa é a preparação operacional, que corresponde ao estudo das atividades necessárias à execução das estratégias definidas na etapa anterior, definindo-se ainda nesta etapa o cronograma e a responsabilidade da execução, assim como aspetos relacionados com os recursos necessários (Imperatori e Giraldes, 1993). Esta etapa pretende planear operacionalmente a execução. A operacionalização poderá estar organizada em programas e projetos, sendo um programa definido como um conjunto de atividades contribuindo para a execução de uma estratégia e um projeto como um conjunto de atividades contribuindo para a execução de um programa (Tavares, 1990).

9.1 – Recursos e Limitações

Em geral, todo o processo de planeamento exige recursos e tem limitações de várias ordens, cabendo a quem elabora o projeto identificar, ponderar e resolver. Na maioria dos casos trata-se de um trabalho criativo e sobretudo de previsão, adotando uma conduta pró-ativa. Conscientes das limitações e dos recursos disponíveis contrapostos aos necessários, tentamos ajustar o mais possível os objetivos à área problemática.

“A identificação dos recursos humanos, materiais e financeiros é essencial nesta fase, já que da sua determinação dependerá todo o processo de planeamento”, (Tavares, 1990:71). Como **recursos humanos** são consideradas as pessoas ou entidades/organizações que estão ativamente envolvidas no projeto, ou que podem ser afetados pela execução do mesmo. Neste projeto as pessoas envolvidas serão as seguintes:

- Elementos da equipa de enfermagem da unidade de neonatologia;
- Equipa multidisciplinar de saúde da unidade de neonatologia;
- Bebés prematuros com alta e respetivos pais;
- Conselho de administração do HESE;
- Diretor do Serviço de Pediatria;
- Coordenador da Unidade de Neonatologia;
- ACSS;
- Elementos do gabinete de *Marketing* do HESE;
- Técnicos do serviço de informática;
- Mestranda;
- Orientadora pedagógica;
- Supervisora Clínica.

No que diz respeito aos **recursos materiais** serão necessários:

- Sala de formação da unidade de neonatologia (apresentação do projeto e formação da equipa);
- Computador, vídeo projetor, impressora, *toner*, papel, canetas;
- Balança para bebé;
- Mala com material necessário para a realização da visita (máquina para avaliação da glicémia capilar, tiras de BMT e lancetas; esfigmomanómetro, estetoscópio; compressas, luvas descartáveis, pensos rápidos, soro fisiológico);
- Viatura automóvel.

Devemos ter em conta todo o material necessário para a divulgação, demonstração e avaliação do projeto. Relativamente aos **recursos financeiros** tenho que mencionar os gastos que irei ter com o material de apoio (fotocópias, *toner* para impressora, papel A4), assim como todo o material de consumo (eletricidade, *internet*), viatura automóvel e combustível.

9.2 – Descrição do Orçamento

O orçamento de um projeto é a previsão de todas as despesas necessárias para a realização desse projeto, separadas por itens orçamentais (tipos de despesas), para um melhor controlo e transparência. Sendo um projeto de intervenção comunitária um processo contínuo, permanente e dinâmico, implica uma reprogramação adequada sempre que vão surgindo imprevistos sendo fundamental a existência de uma equipa de trabalho, de equipamento, de apoio logístico e administrativo. Para o seu sucesso é de primordial importância um cálculo o mais realista possível do seu orçamento, tornando-se necessário racionalizar os recursos disponíveis e minimizar os custos, atendendo sempre à relação de causalidade entre a ação tomada e os resultados determinados. No entanto como este projeto foi construído em ambiente académico não irão ser representados os custos diretamente implicados com os recursos humanos, materiais e financeiros, contudo no relatório de estágio serão descritos todos os gastos efetuados.

10 – AVALIAÇÃO

A última etapa do planeamento em saúde é a avaliação, constituindo o final do processo, integrando-se em cada uma das suas etapas, ou seja efetua uma revisão de todos os elementos do planeamento, integrando, essencialmente, um olhar retrospectivo para as diferentes etapas do processo (Tavares, 1990). Tem como finalidade melhorar os projetos ou programas e orientar a distribuição dos recursos a partir das informações dadas pela experiência (Imperatori & Giraldes, 1993). A avaliação de qualquer projeto terá que ser uma fase imperativa uma vez que é neste ponto que os seus autores e dinamizadores terão de refletir sobre o mesmo com o propósito de corrigir ou melhorar uma atividade em curso ou planear mais eficazmente, utilizando a experiência de forma sistemática.

Esta etapa deve ser precisa e pertinente, determinando o grau de sucesso na consecução de um objetivo, confrontando os objetivos e as estratégias ao nível da adequação (Tavares, 1990). Ainda segundo este autor, uma avaliação correta permite comparar os estados - inicial e final do processo de planeamento, relacionando as estratégias selecionadas e a pertinência dos objetivos estabelecidos com as necessidades identificadas.

A avaliação deve ser preparada antes de ser realizada, ficando implicitamente incluída em dois momentos: na fixação de objetivos e na preparação operacional. Na primeira fixar-se-ão os padrões de resultado ou impacto do plano e na segunda os de execução ou de atividade, sendo que nesta etapa se avaliam, a curto prazo, os indicadores de atividade, e a médio prazo, os resultados obtidos nos principais problemas de saúde (Imperatori e Giraldes, 1993). Neste sentido defini duas formas de avaliação: a avaliação imediata/curto prazo (indicadores de atividade) e a avaliação a médio prazo.

Na **avaliação imediata/curto prazo** relacionada diretamente com a operacionalidade do projeto, fixei:

Avaliação objetiva

Indicador do processo: $\text{n}^\circ \text{ de enfermeiros presentes} / \text{n}^\circ \text{ total de enfermeiros} \times 100$

Indicador de resultado: Questionário com a finalidade de avaliar a perceção dos enfermeiros relativamente à visita domiciliária/projeto

Avaliação subjetiva

Avaliação subjetiva através da participação, interesse e motivação dos enfermeiros durante a sessão.

Na **avaliação a médio prazo** relacionada com comportamentos e competências adquiridas, a avaliação é efetuada com base no indicador de qualidade dos cuidados prestados (grau de satisfação da equipa e do cliente pediátrico/família). Além dessa avaliação

pretendo fazer o rastreamento de todos os bebés prematuros após a realização da visita domiciliária de modo a realizar a comparação com a 1ª Fase do projeto, avaliando assim as mudanças resultantes da intervenção, usando como indicador a taxa de readmissões, sendo minha intenção a sua redução após a implementação do projeto.

Deste modo este projeto de intervenção passará não só por uma auto-reflexão e análise sobre a qualidade dos cuidados prestados, mas também pela sensibilização da equipa de enfermagem de modo a refletir, tentando incentivar mudanças nas práticas e comportamentos que se identifiquem como passíveis de melhoramento contribuindo para ganhos em saúde.

CONCLUSÃO

Por vezes de pequenas ideias surgem projetos que nos permitem ir mais além, não só em termos teóricos, mas também em tudo aquilo que obtemos quando trabalhamos em integração e articulação de cuidados. Todos estes aspetos revelam-se fulcrais quando se realiza um projeto de intervenção que possa ter continuidade fora do contexto académico.

Torna-se vital a necessidade de pensar a Saúde em todas as políticas, a integração, a continuidade de cuidados e a participação das organizações na definição das políticas de saúde. A integração é entendida como um meio para melhorar o acesso aos serviços de saúde, elevar os padrões de qualidade na prestação de cuidados, utilizar melhor a capacidade instalada, aumentar a satisfação dos utentes e obter ganhos de eficiência. As experiências de integração e continuidade de cuidados de saúde, particularmente de cuidados de saúde diferenciados e primários começam a surgir em Portugal, ainda que em número reduzido, mas ainda pouco se sabe, acerca dos resultados (PNS, 2010-2016). Integrar cuidados de saúde constituiu um passo importante no sentido de se dispor de sistemas mais abrangentes, mais completos e mais preocupados com o todo. Por outro lado uma maior participação das organizações de saúde poderia produzir resultados positivos na qualidade das escolhas, na hierarquização das prioridades e na co-responsabilização pelos resultados.

A importância das pessoas, a valorização da gestão do conhecimento, o investimento no capital intelectual entendido como “o conhecimento que pode ser convertido em valor” (Martins e Lopes, 2012:67) tornou-se fundamental para a gestão moderna.

Como sistema aberto que somos estamos sujeitos a mudanças internas e externas e encontrámo-nos sempre em crescente desenvolvimento pessoal e profissional. Este processo de partilha de experiências e conhecimentos abre possibilidades para escolhas mais conscientes na prática de enfermagem, ao desenvolvimento de outros conhecimentos e à excelência dos cuidados. O enfermeiro torna-se a figura central de suporte à família com o objetivo de assegurar que a família continue como principal cuidador, onde os pais sejam fortalecidos pela experiência com maior competência e segurança nos seus papéis. Posso dizer que na parceria é enfatizada a importância dos pais para o desenvolvimento integral do recém-nascido mas também para o desenvolvimento do próprio cuidado, sendo valorizada a parentalidade no processo de cuidar.

A enfermagem como profissão e ciência em constante evolução assumindo um compromisso constante com o CUIDAR, deverá apostar cada vez mais na parceria de cuidados e na realização de trabalhos de cariz científico, visando a produção e a gestão de novos saberes, conduzindo ao desenvolvimento da prática refletida.

Os cuidados de enfermagem combinados com esse processo e a experiência adquirida ao longo da vida profissional irão certamente melhorar em termos de eficácia e eficiência demonstrada no efeito positivo sobre o estado de saúde da criança/jovem e família

Nesta perspectiva a realização de projetos tendo por base metodologia científica, torna-se essencial para o avanço das disciplinas e para o reconhecimento das profissões, contribuindo para o aumento do corpo de conhecimentos permitindo a aplicação de conhecimentos teóricos à prática e consequentemente à melhoria da qualidade dos cuidados. Deste modo a melhoria da qualidade passa por promover uma maior coordenação entre cuidados, com enfoque no ciclo de vida, tendo por base a evidência científica e o envolvimento da família.

Refletindo sobre a prática permite-nos transformar o conjunto de saberes estabelecidos apelando à produção de novos saberes a partir da interpelação dos pré existentes. Melhorando a qualidade do CUIDAR podemos dar visibilidade ao nosso "saber" e fazer crescer a enfermagem como profissão autónoma.

BIBLIOGRAFIA

- Arco, A; Costa, A; Pinto, B; Martins, M. & Arriaga, M. (2010). Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos. Portalegre: Escola Superior Saúde de Portalegre
- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem. Coimbra: Editora Quarteto.
- Bento, M. (1997). Cuidados de Enfermagem, que identidade? Lisboa: Fim da Século Edições.
- Cardim, J. (2007). Competências e trabalho: o que há de novo nas profissões? Revista AB0. 32, 27-35.
- Comissão Nacional de Saúde Infantil. (2008). Relatório nacional de saúde infantil. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Escoval et al. (2010). Plano nacional de saúde 2011-2016: cuidados de saúde hospitalares. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). Metodologia do Planeamento em Saúde – Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais (3.^a edição). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- INE (2017). Dados estatísticos de 2016. Resultados definitivos. [On-line]. Disponível: <http://censos.ine.pt>
- Klaus H & Kennel H. (1995). Assistência aos pais. In: Klaus H, Fanaroff A. Alto risco em Neonatologia. 4th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.86-97.
- Le Boterf, G. (2002). Desenvolvendo a competência dos profissionais. 2^a ed. São Paulo: Editora Artemed.
- Marinheiro, P. (2008). Enfermagem de ligação: cuidados pediátricos no domicílio. Coimbra: Quarteto Editora.
- Melo e Gonçalves (1996). Formação em serviço em enfermagem. Formar. Lisboa: n.º 19/20 (Set.), p. 42- 47.
- Nunes et al. (2005). Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011b). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. (3^a ed.). Cadernos OE, Série I, N.º 3, Vol. III. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Plano Nacional de Saúde 2011-2016: a qualidade no PNS 2011-2016 Lisboa: Alto Comissariado da Saúde. Disponível em: <http://www.observaport.org>

- Ramos, M (2004). NIDCAP ® Uma realidade possível... Sinais Vitais. Nº 54 Maio. P.9. Disponível em: <http://www.sinaisvitalis.pt/index.php?option=comcontent&task=view&id=252&Itemid=78&limitstart=8>
- Ramos, C. & Cuman, N. (2009). Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. Research - Investigación. Esc Anna Nery Rev Enferm, abr-jun; 13 (2): 297-304.
- Roque, S. & Costa, G. (2014). Preparação dos Pais para o Cuidar do Recém-Nascido Após a Alta: Avaliação dos Registos de Enfermagem. Millenium, 47 (jun/dez).p. 47-60.
- Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria (2005-2007). Nascer prematuro: um manual para os pais de bebés prematuros, Direção da Secção de Neonatologia.
- Silva, M. (2010). Necessidades dos pais de recém-nascidos prematuros no pós alta clínica: Exercício de uma parentalidade autónoma (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal.
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2004). Secção de Neonatologia Consensos em Neonatologia. Disponível em: http://www.lusoneonatologia.com/pt/consenso/23/com_sensosneonatologia
- Souza et al (2004). A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliar. Revista da UFG [Em linha]. 6: nº Especial. Dezembro.
- Tavares, A. (1990). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde – Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

APÊNDICES

Apêndice I
Estrutura Geral do Projeto

Estrutura Geral do Projeto CUIDAR⁺
Implementação da Visita Domiciliária aos Bebés Prematuros e de Baixo peso após a alta da Unidade de Neonatologia

Finalidade:

- Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados;
- Diminuir a morbilidade;
- Promover o *empowerment*.

1ª Fase – Fase Exploratória/diagnóstico

- Conhecer a missão, visão, valores, objetivos, políticas, obrigações, termos contratuais e modelo de financiamento do HESE.
- Identificação da situação/problema.
- Seleção da população alvo.
- Critérios de inclusão para a visita domiciliária (VD).
- Análise dos dados dos últimos 5 anos sobre – Taxa de Prematuridade, Taxa de Readmissões dos bebés prematuros após a alta nos serviços da área pediátrica no período 0-3 meses.
- Considerações éticas e deontológicas.

2ª Fase – Fase de Construção/preparação

- Revisão Integrativa da Literatura.
- Elaboração dos pedidos de autorização para a implementação do projeto.
- Mobilização de parcerias (ESSP, HESE-EPE, Gabinete de Marketing, Serviço de Informática, ACES).
- Conhecer a perceção dos Enf.^{os} de Neonatologia sobre a visita.
- Identificar a perceção dos pais sobre as vantagens da implementação da VD.
- Criação do protocolo da visita domiciliária.
- Elaboração de Folheto de divulgação da Visita.
- Elaboração do Guião de Avaliação dos bebés no domicílio.
- Criação de instrumentos de avaliação.

3ª Fase – Fase de Intervenção

- Sessões informais de sensibilização dirigidas à equipa de enfermagem.
- Sessões de formação aos enfermeiros.
- Aplicação de questionário de avaliação à equipa de enfermagem.
- Realização das Visitas Domiciliárias.
- Promover a aquisição de competências parentais.
- Preencher o Guião orientador da VD.
- Articulação com os centros de saúde após a 1ª Visita Domiciliária.
- Registrar todos os dados considerados relevantes no programa informático (SClinico).

4ª Fase – Fase de Avaliação

- Avaliação da efetividade do projeto:
 - Satisfação dos pais relativamente à VD (questionário);
 - Satisfação da equipa em relação ao projeto (questionário);
 - Rastreamento dos bebés prematuros após a realização da visita domiciliária (comparação com a 1ª Fase do projeto) avaliando as mudanças resultantes da intervenção tendo como indicador a taxa de readmissões.
- Relatório e divulgação dos resultados na intranet do HESE e Centros de Saúde do distrito de Évora.

Benefícios: Individual (capacitação); Disciplinar (pesquisa e inovação); Institucional e profissional (Qualidade da praxis); Económicos (Ganhos em Saúde diminuindo as readmissões); Serviço de Saúde (Intervenções adequadas diminuindo a morbilidade).

Apêndice II

Objetivos, Atividades a Realizar e Competências a Desenvolver

OBJETIVOS, ATIVIDADES A REALIZAR E COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER

Os objetivos foram delineados, bem como as atividades a realizar durante o estágio final tendo por base os conhecimentos, aptidões e competências de Mestre em Enfermagem (M1, M2, M3, M4, M5, M6, M7), o regulamento do perfil de competências do Enfermeiro Gestor no domínio da gestão (A1, A2, A3, A4, A5) e no domínio da assessoria (B1) e os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Para cada uma das atividades planeadas irei utilizar indicadores de avaliação.

Objetivos	Atividades	Competências
1– Identificar a dinâmica estrutural, organizacional e funcional do HESE, Serviço de Pediatria e Unidade de Neonatologia. <u>Justificação:</u> Deter uma visão global da Organização relativamente às especificidades de saúde, no contexto das necessidades das populações e das políticas de saúde.	• Conhecimento da missão, visão, valores, objetivos, políticas, obrigações, termos contratuais e modelo de financiamento do HESE. • Realização de entrevistas informais, à enfermeira chefe/supervisora, sobre: • Objetivos e metas do serviço; • Gestão de recursos humanos e materiais; • Organização da equipa multidisciplinar; • Manuais orientadores, protocolos, normas, projetos e procedimentos; • Circuito de assistência ao RN; • Patologias mais frequentes; • Guia de acolhimento e guia de orientação sobre os cuidados após a alta; • Direitos e deveres dos pais; • Segurança e privacidade;	A1 – Garante uma prática profissional e ética na equipa que lidera. A2 – Garante a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. A3 – Gere o serviço/unidade e a equipa otimizando as respostas às necessidades dos clientes em cuidados de saúde. B1 – Desempenha um papel pró-ativo na definição de políticas de saúde. M1 – Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada. M3 – Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.

	• Planeamento das altas e serviços de apoio; • Articulação, parcerias e protocolos com outros serviços e instituições da comunidade; • Análise de toda a informação recolhida. • Definição de objetivos, metas e os indicadores de gestão do serviço (planeamento estratégico). • Criação de indicadores de produção e de qualidade em cuidados de enfermagem garantindo a sustentabilidade da organização. • Análise custo/benefício, da eficiência técnica e científica, da avaliação da qualidade, da equidade e dos ganhos em saúde (ex. visita domiciliária). • Reflexão criativa sobre o papel do Enfermeiro gestor na equipa de enfermagem e na organização.	M4 – Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida. M6 – Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular. M7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.
2 – Adquirir conhecimentos e desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais relativas à visita domiciliária a prematuros. <u>Justificação:</u> Desempenho atualizado na prestação de cuidados de excelência tendo	• Pesquisa bibliográfica de forma a adquirir, mover e/ou aprofundar conhecimentos sobre a intervenção a realizar. • Revisão Integrativa da Literatura sobre a temática. • Esclarecimento de dúvidas junto da enfermeira supervisora e professora orientadora.	A2 – Garante a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. A3 – Gere o serviço/unidade e a equipa otimizando as respostas às necessidades dos clientes em cuidados de saúde. A4 – Garante o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera. A5 – Garante a prática profissional baseada na evidência.

como visão as necessidades dos bebês e família.	• Realização de entrevistas informais aos pais com a finalidade de conhecer a sua percepção sobre as vantagens da implementação da visita. • Refletir criativamente sobre os padrões da qualidade dos cuidados especializados em ESCJ. • Reflexão diária sobre os recursos disponíveis e os necessários, limites pessoais e profissionais, de forma a permitir a consciencialização e a gestão dos fatores emocionais.	M2 – Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência. M3 – Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais. M4 – Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida. M7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.
3 - Conhecer a percepção dos profissionais de enfermagem sobre a visita domiciliária. <u>Justificação:</u> Identificação de necessidades de formação da equipa facilitando a sua integração no projeto e a gestão da mudança.	• Realização de sessões informais de sensibilização dirigidas à equipa de enfermagem. • Apresentação do projeto aos enfermeiros em formação em serviço. • Usar a formação como instrumento de gestão em enfermagem, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. • Efetuar as reformulações necessárias. • Realizar a avaliação da sessão em parceria com a enf.^a responsável pela formação em serviço.	A1 – Garante uma prática profissional e ética na equipa que lidera. A2 – Garante a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. A3 – Gere o serviço/unidade e a equipa otimizando as respostas às necessidades dos clientes em cuidados de saúde. A4 – Garante o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera.

	• Analisar os dados. • Elaboração de Folheto de Divulgação da Visita. • Criação do Protocolo da Visita Domiciliária para uma melhor gestão dos cuidados. • Elaboração do Guião de Avaliação dos bebés no domicílio.	M1 – Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada. M2 – Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência. M3 – Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais. M6 – Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular. M7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.
4 – Implementar o Projeto CUIDAR⁺	• Deter um pensamento estratégico no planeamento e organização de todas as intervenções. • Identificação do diagnóstico da situação recorrendo a técnicas qualitativas.	A1 – Garante uma prática profissional e ética na equipa que lidera. A2 – Garante a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

“Visita Domiciliária aos Bebés Prematuros e de Baixo Peso”. <u>Justificação:</u> Como forma de delinear estratégias que promovam a vinculação e as competências parentais constituindo um complemento influenciador no desenvolvimento do bebé, indispensáveis a uma cultura de promoção da segurança e qualidade dos cuidados, com ganhos em saúde.	• Levantamento das necessidades prioritárias e racionalização dos recursos disponíveis. • Reunião para informação do projeto à professora orientadora e supervisora clínica. • Divulgação do projeto à equipa multidisciplinar. • Elaboração dos pedidos de autorização para a implementação do projeto (Presidente do Concelho de administração, ao Diretor de Enfermagem, ao Diretor do Serviço/Coordenador da Unidade. • Mobilização de parcerias (ESSP, HESE-EPE, Gabinete de Marketing, Serviço de informática, ACSS). • Criação de instrumentos de avaliação. • Organização das visitas, marcando os dias e a hora. • Realização das Visitas domiciliárias. • Utilização de técnicas de comunicação com a família tendo em conta a sua cultura. • Preenchimento do Guião Orientador da visita. • Articulação com os centros de saúde após a 1ª visita domiciliária. • Registar todos os dados considerados relevantes no programa informático (SCLínico).	A3 – Gere o serviço/unidade e a equipa otimizando as respostas às necessidades dos clientes em cuidados de saúde. A4 – Garante o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera. A5 – Garante a prática profissional baseada na evidência. B1 – Desempenha um papel pró-ativo na definição de políticas de saúde. M1 – Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada. M2 – Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência. M3 – Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais. M4 – Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida.
---	--	--

	• Avaliação da efetividade do projeto.	M5 – Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais M6 – Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular. M7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.
5 – Promover o desenvolvimento pessoal e profissional. <u>Justificação:</u> Para estimular a enfermagem baseada na evidência e promover a formação e o desenvolvimento da prática de enfermagem.	• Adaptação a novas situações. • Implementação e sustentação de mudanças organizacionais. • Participação de forma ativa no processo de formação/aprendizagem para consolidar o desenvolvimento das competências adquiridas na área de gestão e assessoria. • Demonstrar iniciativa na resolução de problemas e participar nas diversas atividades ao nível da gestão. • Aceitar a crítica, como forma construtiva de aprendizagem. • Partilha e reflexão de experiências no decorrer do estágio, com a Enf.^a Chefe/supervisora, restantes	A1 – Garante uma prática profissional e ética na equipa que lidera. A2 – Garante a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. A3 – Gere o serviço/unidade e a equipa otimizando as respostas às necessidades dos clientes em cuidados de saúde. A4 – Garante o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera. A5 – Garante a prática profissional baseada na evidência. B1 – Desempenha um papel pró-ativo na definição de políticas de saúde.

	elementos da equipa multidisciplinar e Professora orientadora. • Reunião com a Enf.^a supervisora e a professora orientadora para discussão do projeto de estágio. • Realização de um relatório final com base na reflexão crítica das atividades decorrentes do estágio, tendo como linha orientadora os objetivos delineados, os atingidos e as competências desenvolvidas. • Avaliação final com a discussão pública do relatório. • Divulgação dos resultados.	M2 – Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência. M3 – Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais. M4 – Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida. M5 – Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais. M7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.
--	--	--

Apêndice III
Cronograma

CRONOGRAMA

Meses Objetivos	Junho	Julho	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março
Objetivo 1								
Objetivo 2								
Objetivo 3								
Objetivo 4								
Objetivo 5								

ANEXOS

ANEXO I

Conhecimentos, Aptidões e Competências de Mestre em Enfermagem

Com base no artigo 15º do DL 74/2006, republicado em anexo do DL 115/2013

1. Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
5. Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
7. Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Ministério de Educação e Ciência (2013)

Apêndice II – **Plano da Sessão Formativa**

PLANO DA SESSÃO

Tema: Projeto CUIDAR⁺

Finalidade: Motivar a equipa de enfermagem a participar no Projeto

Objetivos Gerais:

- Apresentar o Projeto;
- Dar a conhecer a importância da visita domiciliária;
- Promover ganhos em saúde.

População-alvo: Equipa de enfermagem da Unidade de Neonatologia

Local, Dia, Hora: Gabinete Médico da Unidade de Neonatologia, 16 de Novembro de 2017; 14h.

Duração: 60 minutos

Número de Sessões: 1

Preletores: Enf^a Olívia Engenheiro

Momentos da sessão	Conteúdos programáticos	Estratégias		
		Metodologia	Recursos	Duração
Introdução	- Pertinência e justificação do Tema. - Finalidade e benefícios.	Expositiva	Humanos	5 Minutos
Desenvolvimento	- Apresentação da estrutura geral do projeto nas suas 4 fases que o constituem. - Divulgação da Metodologia: · Diagnóstico da situação · Determinação de prioridades · Fixação de objetivos · Seleção de estratégias · Preparação operacional · Avaliação. - Análise dos dados dos últimos 5 anos sobre: Taxa de Prematuridade, Taxa de Readmissões dos bebés prematuros após a alta nos serviços da área pediátrica (urgência, neonatologia e internamento) no período 0-3 meses. - Seleção da população alvo e dos critérios de inclusão. - Apresentação dos instrumentos que dão suporte à visita: Protocolo; Folheto de divulgação; Guião de avaliação do bebé no domicílio e instrumentos de avaliação. - Identificação das vantagens da visita domiciliária.	Participativa Expositiva	Humanos Materiais Computador PowerPoint Videoprojector	45 Minutos
Conclusão	- Síntese e reforço das ideias principais. - Resultados esperados. - Esclarecimento de dúvidas. - Avaliação da sessão com aplicação de um questionário.	Diálogo	Humanos	10 Minutos

Avaliação imediata:

Avaliação objetiva

- Indicador de processo:
 $\text{N}^\circ \text{ de enfermeiros presentes} / \text{N}^\circ \text{ total de enfermeiros} \times 100$
- Indicador de resultado:
Questionário

Avaliação subjetiva

- Avaliação subjetiva através de participação e interesse dos enfermeiros durante a sessão.

Apêndice III – **Diapositivos da Sessão Formativa**

PROJETO CUIDAR⁺
Visita Domiciliária a Bebés Prematuros e de Baixo Peso

Olívia Engenheiro



Necessidade de
acompanhamento
especializado

Rentabilizar os
recursos humanos

Diminuir a Taxa de
readmissões após
a alta

Ganhos em Saúde

Diminuição dos
custos

Este Projeto pretende colmatar uma lacuna existente nesta área de cuidados específicos, facilitando a integração do prematuro no seu ambiente familiar promovendo as competências parentais, contribuindo assim para a redução da morbilidade.



Conhecimento da missão, visão, valores, objetivos, políticas, obrigações, termos contratuais e modelo de financiamento do HESE.

Definição de objetivos, metas e os indicadores de gestão do serviço (planeamento estratégico).

Criação de indicadores de produção e de qualidade em cuidados de enfermagem garantindo a sustentabilidade da organização.

Análise custo/benefício, da eficiência técnica e científica, da avaliação da qualidade, da equidade e dos ganhos em saúde (visita domiciliária).



Custos da
realização da VD

Custos da não
realização da VD

Materiais

Viatura/combustível
Balança, Oxímetro pulso
Máquina de glicémia, Mala

Humanos

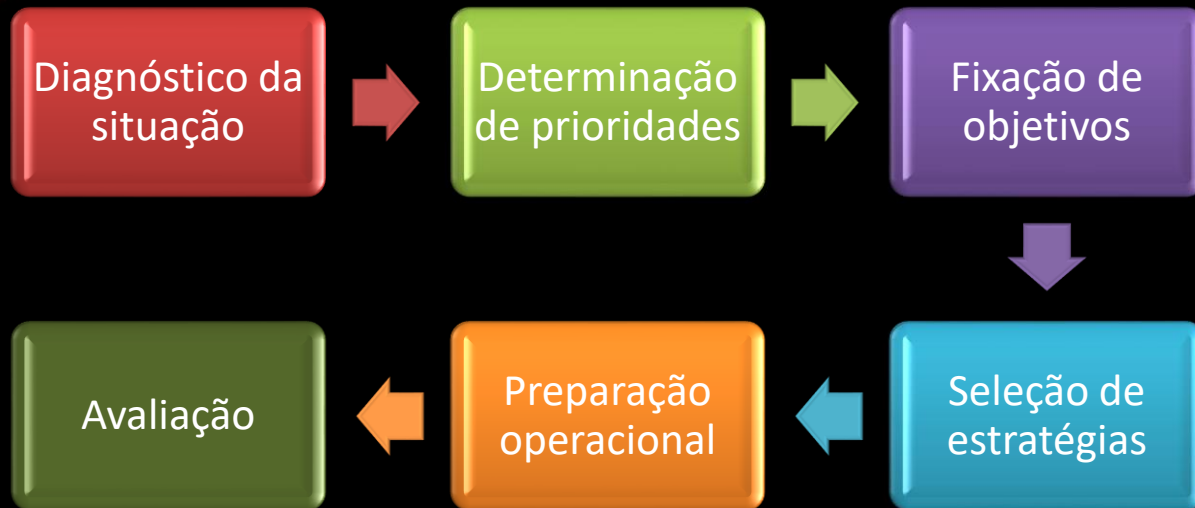
Readmissões

Aumento da
morbilidade

Perda de autonomia

Metodologia

Planeamento em Saúde



Metodologia

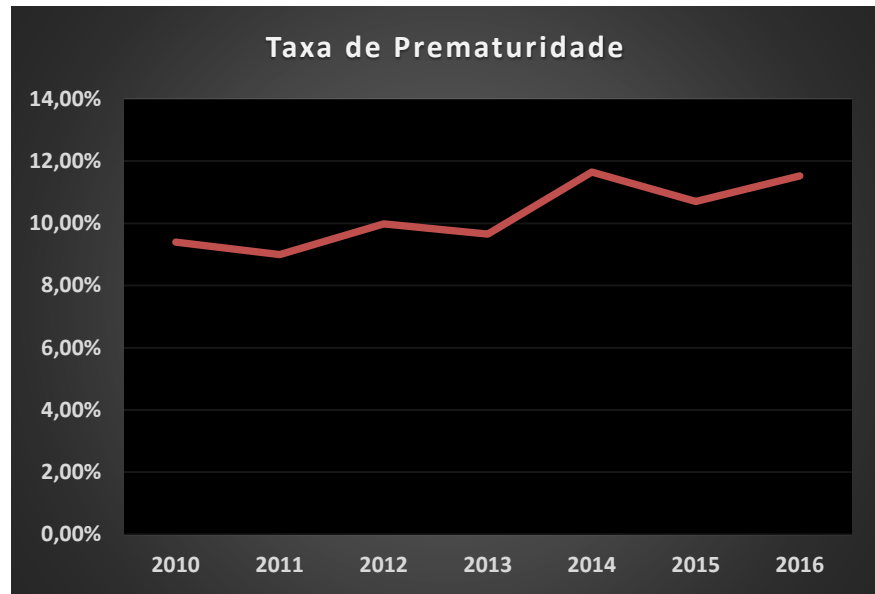
Investigação de natureza quantitativa
de tipo descritivo

O instrumento de recolha de informação -
questionário com questões de resposta aberta e
fechada

População alvo

- Equipa de enfermagem do serviço de Neonatologia
- Pais/familiares

Gráfico n.º 1

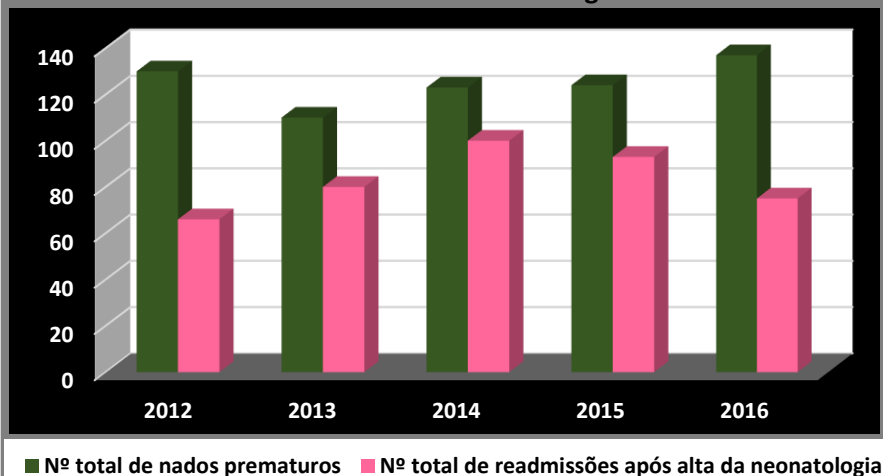


A Taxa em 2016 foi de 11,53%.

Diagnóstico
da situação

Gráfico n.º 2

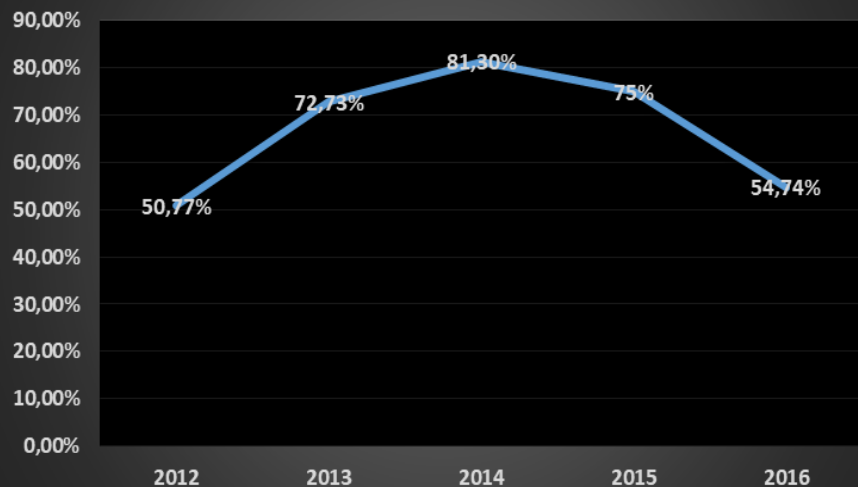
Distribuição do nº total de nados prematuros e de readmissões dos 0-3 meses segundo o ano



■ Nº total de nados prematuros ■ Nº total de readmissões após alta da neonatologia

Gráfico n.º 3

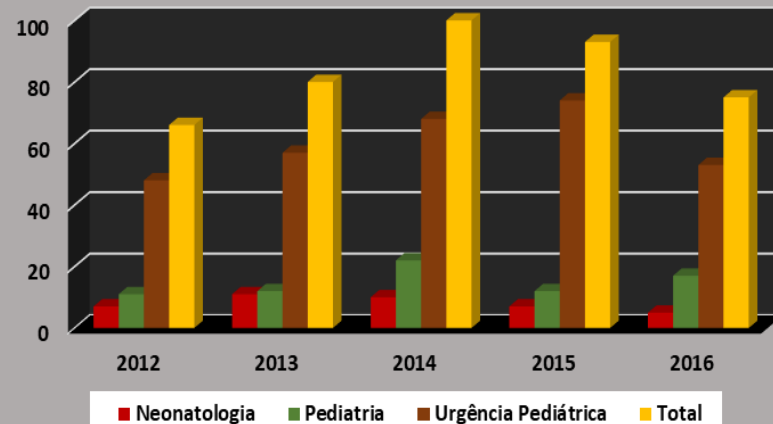
Taxa de Readmissões dos 0-3 meses segundo o ano



Últimos 5 anos
Taxa média de readmissões - 66,91%

Gráfico n.º 4

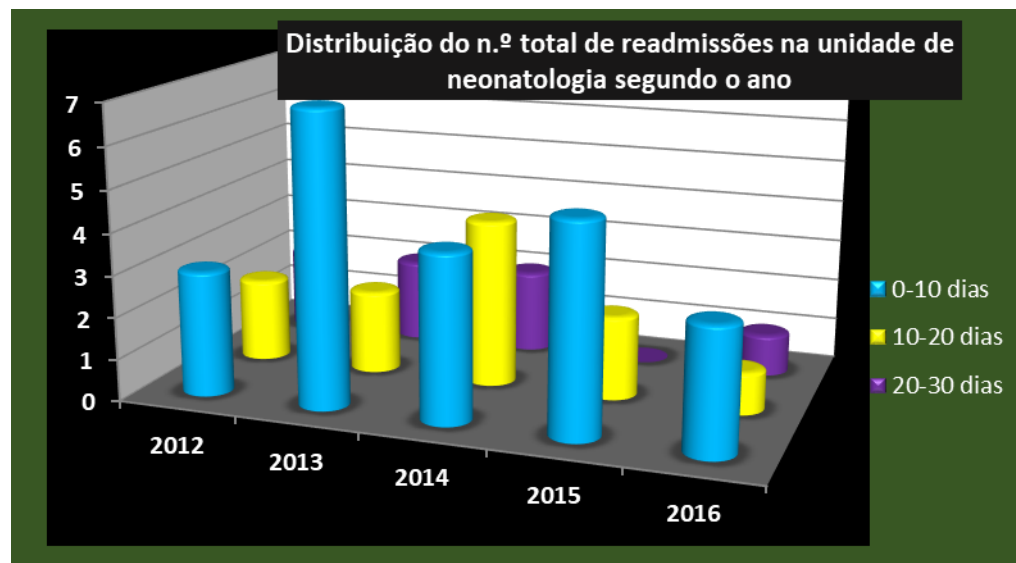
Distribuição do n.º total de readmissões dos 0-3 meses pelos serviços de pediatria segundo o ano



Fonte: Elaborado pela própria a partir dos dados do GPCG



Gráfico n.º 5



Fonte: Elaborado pela própria a partir dos dados do GPCG

No período dos 0-10 dias após alta da unidade verifica-se o maior n.º de readmissões nos últimos 5 anos estudados, perfazendo 55% do valor face ao n.º total de readmissões neste serviço. Assim de acordo com o descrito o período apontado para a 1ª visita domiciliária aos bebés prematuros seria na 1ª semana, sempre que possível entre as 24h e as 72h após a alta da unidade.



A visita domiciliária neste contexto será a consulta de enfermagem no domicílio, realizada pela enfermeira da neonatologia do HESE- EPE após a alta do bebê da unidade, em articulação com os cuidados de Saúde Primários.

Com este processo considerado um ***continuum*** dos cuidados de saúde, pretendo realizar e avaliar o acompanhamento (*follow-up*) destes bebês indo ao encontro das reais necessidades dos pais/famílias, maximizando o seu nível de independência.

Critérios de inclusão:

- RNs com peso ao nascer < 2000gr
- RNs com IG < 36 S
- Área de influência de 1ª linha (Distrito de Évora), Alentejo Central (NUT III) abrangendo 14 Concelhos: Alandroal, Arraiolos, Borba, Évora, Estremoz, Montemor-o-Novo, Mora, Mourão, Portel, Redondo, Reguengos de Monsaraz, Viana do Alentejo, Vendas Novas e Vila Viçosa.



Objetivos



Implementar a visita domiciliar a bebês prematuros e de baixo peso após a alta da unidade de neonatologia do HESE-EPE

Capacitar a equipa de enfermagem de competências relativas à realização da visita

Criar um protocolo para o programa de visitação domiciliar

Elaborar o Guião de Avaliação dos bebês no domicílio

Realizar a visita nas 1ª 72h a 100% dos bebês após a alta no ano de 2018

Reduzir a taxa de readmissões dos 0-3 meses em 30% no ano 2018



Estrutura Geral do Projeto CUIDAR⁺
Implementação da Visita Domiciliária aos Bebés Prematuros e de Baixo peso após a alta da Unidade de Neonatologia

Finalidade:

- Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados;
- Diminuir a morbilidade;
- Promover o empowerment.

1ª Fase – Fase Exploratória/diagnóstico

- Conhecer a missão, visão, valores, objetivos, políticas, obrigações, termos contratuais e modelo de financiamento do HESE.
- Identificação da situação/problema.
- Seleção da população alvo.
- Critérios de inclusão para a visita domiciliária (VD).
- Análise dos dados dos últimos 5 anos sobre – Taxa de Prematuridade, Taxa de Readmissões dos bebés prematuros após a alta nos serviços da área pediátrica no período 0-3 meses.
- Considerações éticas e deontológicas.

2ª Fase – Fase de Construção/preparação

- Revisão Integrativa da Literatura.
- Elaboração dos pedidos de autorização para a implementação do projeto.
- Mobilização de parcerias (ESSP, HESE-EPE, Gabinete de Marketing, Serviço de Informática, ACES).
- Conhecer a perceção dos Enf.sm de Neonatologia sobre a visita.
- Identificar a perceção dos pais sobre as vantagens da implementação da VD.
- Criação do protocolo da visita domiciliária.
- Elaboração de Folheto de divulgação da Visita.
- Elaboração do Guião de Avaliação dos bebés no domicílio.
- Criação de instrumentos de avaliação.

3ª Fase – Fase de Intervenção

- Sessões informais de sensibilização dirigidas à equipa de enfermagem.
- Sessões de formação aos enfermeiros.
- Aplicação de questionário de avaliação à equipa de enfermagem.
- Realização das Visitas Domiciliárias.
- Promover a aquisição de competências parentais.
- Preencher o Guião orientador da VD.
- Articulação com os centros de saúde após a 1ª Visita Domiciliária.
- Registrar todos os dados considerados relevantes no programa informático (SClínico).

4ª Fase – Fase de Avaliação

- Avaliação da efetividade do projeto:
 - Satisfação dos pais relativamente à VD (questionário);
 - Satisfação da equipa em relação ao projeto (questionário);
 - Rastreamento dos bebés prematuros após a realização da visita domiciliária (comparação com a 1ª Fase do projeto) avaliando as mudanças resultantes da intervenção tendo como indicador a taxa de readmissões.
- Relatório e divulgação dos resultados na intranet do HESE e Centros de Saúde do distrito de Évora.

Benefícios: Individual (capacitação); Disciplinar (pesquisa e inovação); Institucional e profissional (Qualidade da praxis); Económicos (Ganhos em Saúde diminuindo as readmissões); Serviço de Saúde (Intervenções adequadas diminuindo a morbilidade).



Resultados esperados

A visita irá permitir viabilizar ações integradas de vigilância, constituindo uma importante ferramenta de trabalho no cuidado estratégico às famílias atendidas ao possibilitar “*in loco*” o acompanhamento da situação de saúde, esperando-se a produção de resultados positivos com **ganhos em saúde**, através da antecipação de situações de risco, tendo como indicador a **diminuição da taxa de readmissões**.





- Candidatura ao Programa 2020
- Divulgação nos meios de comunicação
- Candidatura ao Prémio de Boas Práticas em Saúde 2018
- Permitir altas precoces



Bibliografia

- Marinheiro, P. (2008). Enfermagem de ligação: cuidados pediátricos no domicílio. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ordem dos Enfermeiros (2011b). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. (3ª ed.). Cadernos OE, Série I, N.º 3, Vol. III. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ramos, C. & Cuman, N. (2009). Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. Research - Investigación. Esc Anna Nery Rev Enferm, abr-jun; 13 (2): 297-304.
- Roque, S. & Costa, G. (2014). Preparação dos Pais para o Cuidar do Recém-Nascido Após a Alta: Avaliação dos Registos de Enfermagem. Millenium, 47 (jun/dez).p. 47-60.
- Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria (2005-2007). Nascer prematuro: um manual para os pais de bebés prematuros, Direção da Secção de Neonatologia.
- Silva, M. (2010). Necessidades dos pais de recém-nascidos prematuros no pós alta clínica: Exercício de uma parentalidade autónoma (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal.
- Souza et al (2004). A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliar. Revista da UFG [Em linha]. 6: nº Especial. Dezembro.



Aquilo que pedimos aos céus na maioria das vezes é possível pelas nossas mãos.

[William Shakespeare](#)



Obrigado

Apêndice IV – Questionário Aplicado à Equipa de Enfermagem

PROJETO CUIDAR⁺
Visita Domiciliária a Bebés Prematuros e de Baixo Peso

Questionário

O presente questionário insere-se no projeto CUIDAR⁺ de contexto académico no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Gestão de Unidades de Saúde.

Pretende-se com este estudo refletir sobre o modo como a visita domiciliária deverá ser desenvolvida e conhecer a importância que a equipa de enfermagem atribui a esta prática.

Solicito a sua colaboração no preenchimento do questionário, garantido total anonimato e confidencialidade dos dados que se destinam exclusivamente ao desenvolvimento de investigação científica. Saliento que o seu contributo ao participar neste estudo, é imprescindível para o êxito do mesmo, pensando ser também do seu interesse.

Peço que dê claramente o seu consentimento, se concorda com a seguinte frase “Declaro que compreendi as intenções deste estudo, disponho-me a participar voluntariamente e permito o uso das minhas respostas para os fins referidos”.

☐ Sim

QUESTIONÁRIO

1. Idade: _____

2. Anos de experiência profissional: _____

3. Na sua opinião, quais são as principais razões que justificam a importância da visita domiciliária a Bebés Prematuros e de Baixo Peso após a alta da Unidade de Neonatologia?

4. Qual é a sua opinião relativamente aos resultados que a implementação da visita domiciliária irá condicionar na área da promoção da saúde neste grupo de bebés?

5. Concorda com as estratégias apresentadas para a implementação e desenvolvimento da visita domiciliária?

Sim ☐

Não ☐

Justifique a sua resposta

6. Indique algumas sugestões que considere relevantes para a melhoria do projeto.

Muito Obrigado

Apêndice V – Pedido e Autorização da Instituição para a Implementação do Projeto e Desenvolvimento do Estudo

João CA
1281
27.11.2017

José Chora
Enfermeiro Diretor

Exma. Senhora
Professora Doutora Maria Filomena Mendes
Presidente do Conselho de Administração
Hospital Espírito Santo de Évora - EPE

Assunto: Projeto de Investigação e Intervenção **CUIDAR⁺**
"A Visita Domiciliária a Bebés Prematuros e de Baixo Peso após a alta da Unidade de Neonatologia do HESE-EPE"

Évora, 21 de Novembro de 2017

Eu, Olívia Engenheiro, enfermeira especialista em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria a exercer funções na Unidade de Neonatologia deste hospital, com o número mecanográfico 1961, venho por este meio solicitar que me seja concedida autorização para implementar o Projeto CUIDAR⁺ inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem Gestão de Unidades de Saúde. Este Projeto surgiu de forma a satisfazer necessidades reais em cuidados continuados de saúde especializados, sentidas pela equipa e pelos pais deste grupo de bebés, colmatando assim uma lacuna existente nesta área de cuidados específicos no distrito de Évora, facilitando a integração do prematuro no seu ambiente familiar promovendo as competências parentais, contribuindo assim para a redução da morbilidade. Com este processo considerado um *continuum* em cuidados de saúde, pretende-se realizar e a avaliar o acompanhamento (*follow-up*) destes bebés indo ao encontro das reais necessidades dos pais/famílias, maximizando o seu nível de independência. Neste contexto a visita domiciliária será a consulta de enfermagem no domicílio, realizada pela enfermeira da neonatologia do HESE-EPE após a alta do bebé da unidade, em articulação com os cuidados de saúde primários da área de residência.

A metodologia utilizada será a de planeamento em Saúde (diagnóstico da situação, determinação de prioridades; fixação de objetivos; seleção de estratégias – recursos, limitações e descrição do orçamento; e avaliação). Pretende-se que seja uma investigação de natureza quantitativa de tipo descritivo. O instrumento de recolha de informação será um questionário elaborado com questões de resposta aberta e fechada (diferentes questionários dependendo da fase do projeto e da população alvo – equipa de enfermagem e pais/famíliares).



Foram definidos como critérios de inclusão para a realização da visita:

- Recém – nascidos com Idade Gestacional <36 semanas
- Recém – nascidos com peso ao nascer <2000gr
- Residência na área de influência de 1ª linha (Distrito de Évora), Alentejo Central (NUT III) abrangendo 14 Concelhos: Alandroal, Arraiolos, Borba, Évora, Estremoz, Montemor-o-Novo, Mora, Mourão, Portel, Redondo, Reguengos de Monsaraz, Viana do Alentejo, Vendas Novas e Vila Viçosa.

Com estes critérios e partindo de uma análise retrospectiva dos últimos 3 meses estima-se realizar 4 visitas mensais. De modo a maximizar a eficácia da visita esta deverá ser efectuada até às 72h após a alta do bebé da unidade, devendo ser sempre realizada na primeira semana. Para a sua operacionalização será necessário uma viatura, se houver disponibilidade com motorista e uma balança para a pesagem dos bebés no domicílio. Através de agendamento prévio é possível agrupar mais que uma visita para o mesmo dia, desde que sejam cumpridas as recomendações referidas.

Como resultados espectáveis a visita irá permitir viabilizar ações integradas de vigilância, constituindo uma importante ferramenta de trabalho no cuidado estratégico às famílias atendidas ao possibilitar *in loco* o acompanhamento da situação de saúde, esperando-se a produção de resultados positivos com ganhos em saúde, através da antecipação de situações de risco, tendo como indicador a diminuição da taxa de readmissões após a alta da unidade.

O projeto foi apresentado em formação em serviço à equipa de enfermagem, dia 16 do corrente mês, tendo sido considerado pela equipa como sendo uma mais-valia para a unidade que sendo acreditada assume uma responsabilidade acrescida como elo de ligação para a continuidade de uma prática de qualidade.

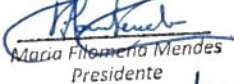
Pretende-se ainda que através da conceção e implementação do presente projeto com terminus em Abril de 2018, sejam adquiridas e desenvolvidas competências de mestre e de enfermeiro gestor, rentabilizando os recursos (humanos e materiais) existentes e criando valor para a organização, sociedade e comunidade científica.

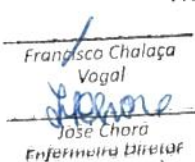
Comprometo-me em garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados colhidos, dando importância especial ao consentimento livre e informado da equipa de enfermagem e dos pais/familiares incluídos, bem como do âmbito e objetivo do projeto sendo o seu envolvimento facultativo. Comprometo-me ainda em cumprir as condições previstas na declaração de Helsínquia.

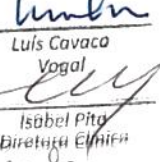
Segue em anexo a Estrutura Geral do Projeto com as atividades previstas.

Autorizámos a operacionalização do projeto, desde que não implique custos para o HESE e não interfira no normal funcionamento do Serviço

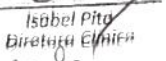
Ato n.º 47, em 29/11/2017
O Conselho de Administração


Maria Filomena Mendes
Presidente


Francisco Chalça
Vogal


Luís Cavaca
Vogal


José Chora
Enfermeira Diretora


Isabel Pita
Diretora Clínica

Atenciosamente

Olívia Engenheiro



Tomei conhecimento, concordo

e deixo de exercer utilidade

Evora, 23 de Junho 2017



O projeto é bastante pertinente para o Serviço


Ana Dias
Enfermeira Chefe

Este projeto constitui uma mais valia para o serviço, para o Hospital e principalmente para os utentes e suas famílias e deverá ser a cargo e a responsabilidade do Conselho de Administração.

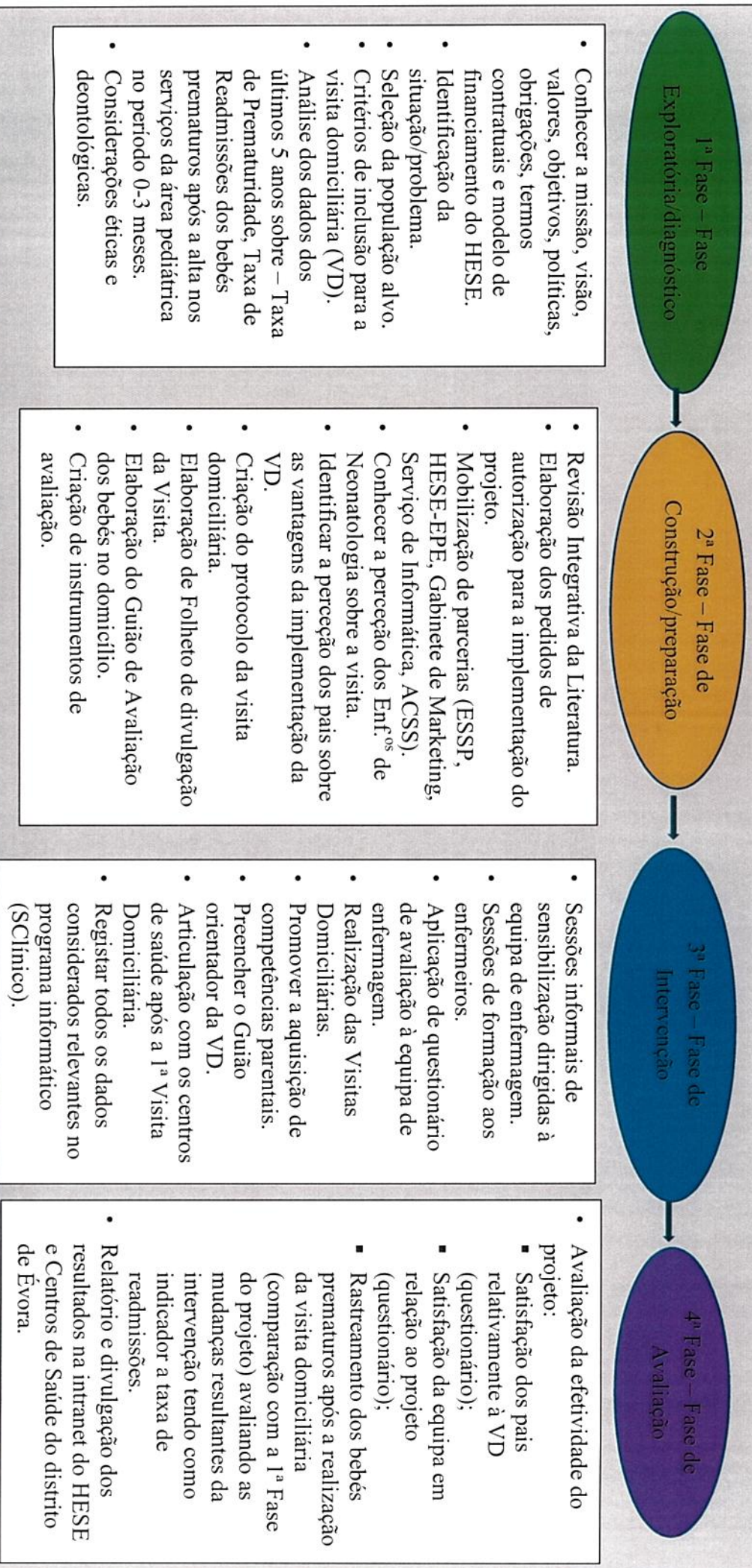
Haroldo Gonçalves
em 24.11.2017

HESE-EPE	
R	RECEBIDO { Em 28/11/17 N.º 2139
	RESPONDIDO { Em / / N.º

Estrutura Geral do Projeto CUIDAR⁺ Implementação da Visita Domiciliária aos Bebés Prematuros e de Baixo peso após a alta da Unidade de Neonatologia

Finalidade:

- Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados;
- Diminuir a morbilidade;
- Promover o empowerment.



Benefícios: Individual (capacitação); Disciplinar (pesquisa e inovação); Institucional e profissional (Qualidade da praxis); Económicos (Ganhos em Saúde diminuindo as readmissões); Serviço de Saúde (Intervenções adequadas diminuindo a morbilidade).

Apêndice VI – **Nota de divulgação do Projeto CUIDAR⁺ na Intranet**



3.º Encontro Internacional em Saúde
Mental da Fundação Romão de Sousa | 19
de novembro | Lisboa

Consulte aqui a listagem

Teve início no mês de Dezembro a visita domiciliar aos bebês prematuros e de baixo peso, após a alta do bebê da unidade de Neonatologia, em articulação com os Cuidados de Saúde Primários da área de residência.

sexta-feira, 25 de Maio de 2018

Nos termos do despacho do Ministério da Saúde, publicado a 28 de fevereiro de 2018, das 483 vagas para todo o país foram atribuídas ao HESF 16 vagas para novos Especialistas, apesar de ter sido solicitado um número bastante superior pela Direção Clínica do HESF face à carência de recursos humanos desta instituição.

quarta-feira, 2 de Maio de 2018

No âmbito do desenho do Plano Local de Saúde para o distrito de Évora, realizou-se no dia 10 de abril uma reunião de trabalho tendo em vista a priorização das necessidades de saúde identificadas no território do ACoS Alentejo Central.

terra-feira, 24 de Abril de 2018

+ noticias



**Apêndice VII – Certificado de apresentação em Comunicação Livre do Projeto CUIDAR⁺
no 7º Congresso Internacional da APEGEL**



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS
ENFERMEIROS GESTORES E LIDERANÇA



Certificado

COMUNICAÇÕES E PÓSTERES

Certifica-se que **Maria Olívia Barbosa Engenheiro**, participou no 7º Congresso Internacional da APEGEL, que decorreu em Portalegre, nos dias 20 e 21 de outubro, tendo apresentado a **Comunicação livre** intitulada "Projeto CUIDAR+ "Visita Domiciliária a Bebés Prematuros e de Baixo Peso""

Enfº Nelson Guerra
Presidente da APEGEL

Sede (prov) Rua Conselheiro Lobo vias, Lote D – 3º C
1800-142 Lisboa – Portugal
www.apegel.org mail@apegel.org

Apêndice VIII – **Protocolo da Visita Domiciliária**

	PROTOCOLO DA VISITA DOMICILIÁRIA Bebés Prematuros e de Baixo Peso UNIDADE DE NEONATOLOGIA	Versão: 01	A rever: 2018
---	---	----------------------	-------------------------

OBJETIVOS:

- Assegurar a continuidade de cuidados especializados no domicílio, a este grupo de bebés, durante o período de pós-alta recente da Unidade de Neonatologia, facilitando a sua integração no ambiente familiar;
- Uniformizar procedimentos atendendo às necessidades individuais dos pais/família;
- Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, num contexto profissional e relacional otimizado;
- Rentabilizar os recursos humanos e materiais existentes;
- Maximizar a autonomia e a capacitação parental, através da realização de ensinamentos específicos adequados às necessidades reais dos pais/família;
- Viabilizar ações integradas de vigilância e promoção da saúde, de forma a diminuir a morbilidade, as readmissões e os custos em saúde, através da antecipação de situações de risco;
- Garantir a articulação entre os Cuidados Hospitalares e Cuidados de Saúde Primários;
- Promover a satisfação da equipa e pais/família.

DESTINATÁRIOS: Este procedimento aplica-se aos Enfermeiros da Unidade de Neonatologia do HESE EPE.

DIPLOMAS LEGAIS E OUTROS QUE SUPOORTAM O PROCEDIMENTO:

- Regulamento n.º 351/2015 - Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Diário da República, 2.ª série - N.º 119, 22 de Junho de 2015.
- Regulamento n.º 123/2011 - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Diário da República, 2.ª série - N.º 35, 18 de Fevereiro de 2011.
- Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Cadernos da Ordem dos Enfermeiros, 1.ª série, N.º 3, Volume 3, de Fevereiro de 2011.

RESPONSABILIDADES

Pela implementação do procedimento: Enfermeiros da Unidade de Neonatologia do HESE-EPE em articulação com os Centros de Saúde do Distrito de Évora.

Elaborado: Olívia Engenheiro	Data: 06/12/2017	Aprovado:	Data	Pág. 1/4
--	-------------------------	-----------	------	-----------------

	PROTOCOLO DA VISITA DOMICILIÁRIA Bebés Prematuros e de Baixo Peso UNIDADE DE NEONATOLOGIA	Versão: 01	A rever: 2018
---	---	----------------------	-------------------------

Pela revisão do procedimento:

Enfermeira responsável pela implementação da Visita Domiciliária e Enfermeira Chefe da Unidade de Neonatologia.

DEFINIÇÃO E ABREVIATURAS:

A visita domiciliária é um instrumento que permite analisar e prestar cuidados à tríade no seu ambiente natural, constituindo uma atividade de excelência na assistência à saúde na comunidade exercida junto do bebé e sua família. A VD neste contexto é a consulta de enfermagem no domicílio, realizada pela enfermeira da neonatologia, do HESE-EPE, após a alta do bebé da unidade, em articulação com a enfermeira dos Cuidados de Saúde Primários da área de residência.

O hospital e os recursos da comunidade devem articular-se e oferecer um sistema de apoio que assegure os cuidados centrados no bebé e família, contribuindo para a saudável transição para a parentalidade. Os cuidados domiciliários proporcionam assim um espaço privilegiado para a promoção e educação para a saúde, tendo em conta a relação de proximidade que se estabelece pelo contacto e interação em contexto familiar.

O sucesso deste procedimento recai na sua avaliação e no reajuste constante para melhor responder às necessidades dos bebés e família assegurando a eficácia e eficiência da visita domiciliária.

IG – Idade Gestacional

RNs – Recém-Nascidos

VD – Visita Domiciliária

DISCRICÃO DO PROCEDIMENTO:

Critérios de inclusão para a realização da Visita Domiciliária:

A visita domiciliária será realizada a todos os RNs:

- Com IG <36 Semanas;
- Com peso ao nascer <2000 gr;
- Com residência na área de influência de 1ª linha (Distrito de Évora), Alentejo Central (NUT III) abrangendo 14 Concelhos: Alandroal, Arraiolos, Borba, Évora, Estremoz, Montemor-o-Novo, Mora, Mourão, Portel, Redondo, Reguengos de Monsaraz, Viana do Alentejo, Vendas Novas e Vila Viçosa.

Elaborado: Olívia Engenheiro	Data: 06/12/2017	Aprovado:	Data	Pág. 2/4
--	-------------------------	-----------	------	-----------------

	PROTOCOLO DA VISITA DOMICILIÁRIA Bebés Prematuros e de Baixo Peso UNIDADE DE NEONATOLOGIA	Versão: 01	A rever: 2018
---	---	----------------------	-------------------------

De modo a maximizar a eficácia da visita esta deverá ser efetuada entre as 24h e as 72h após a alta do bebé da Neonatologia, devendo ser sempre realizada na primeira semana.

Material:

- Monitor com oximetria de pulso;
- Balança;
- Termómetro;
- Compressas 5x5; lancetas, máquina para pesquisa de glicémia capilar, tiras para avaliação de glicémia capilar, luvas descartáveis, pensos rápidos; ampolas de soro fisiológico;
- Guião orientador de avaliação do bebé no domicílio;
- Impressos para os registos de enfermagem e de dados (registo das visitas, questionários para aplicar aos pais/família);
- Viatura do Hospital.

Atividades

Antes da visita:

- No dia da alta do RN com critérios para a realização da VD, a enfermeiro chefe ou a enfermeira responsável pelos cuidados ao bebé, procede ao contacto telefónico com o enfermeiro chefe/responsável da Unidade de Saúde Infantil, da área de residência para combinarem e marcarem o dia da VD.
- A enfermeira responsável entrega o **folheto de divulgação da VD** e informa os pais sobre a finalidade da visita, do dia e hora da sua realização.
- A enfermeira chefe ou a enfermeira responsável pelo bebé solicita à Secretária do Serviço a marcação de transporte.
- A VD sempre que possível deverá ser realizada no dia marcado, às 14 horas (saída do Hospital).
- A enfermeira da Neonatologia (de preferência a enfermeira que esteve mais tempo como responsável pelos cuidados ao bebé) faz-se acompanhar de todo o material necessário, dirige-se à Unidade de Saúde Infantil da área de residência para em conjunto com o enfermeiro de família realizarem a VD.

Elaborado: Olívia Engenheiro	Data: 06/12/2017	Aprovado:	Data	Pág. 3/4
--	-------------------------	-----------	------	-----------------

	PROTOCOLO DA VISITA DOMICILIÁRIA Bebés Prematuros e de Baixo Peso UNIDADE DE NEONATOLOGIA	Versão: 01	A rever: 2018
---	---	----------------------	-------------------------

Durante a visita:

- À chegada os profissionais devem proceder à sua apresentação e identificação.
- Na VD a enfermeira da Neonatologia procede à observação e avaliação (sinais vitais, peso, observação da mamada, caso esteja a mamar, etc.) do bebé e da dinâmica familiar, identifica necessidades individuais e realiza os ensinamentos necessários e adequados à situação concreta.
- **Perante uma situação de risco detetada, deve-se encaminhar para o Hospital ou Centro de Saúde.**
- A enfermeira da Neonatologia realiza o preenchimento do **guião orientador da VD**.
- O enfermeiro dos Cuidados de Saúde Primários faz a orientação para a sua Unidade de Cuidados (ex. agendar consulta de Vigilância de Saúde Infantil, consulta follow-up e caso seja necessário, futuras VD).
- Em conjunto efetuam a síntese/resumo final dos ensinamentos realizados e validam a informação transmitida.

Após a visita:

- A enfermeira da Neonatologia entrega um exemplar do impresso preenchido ao enfermeiro de família ficando o original arquivado em pasta própria na unidade de Neonatologia.
- Logo que seja possível a nível hospitalar devem ser registados todos os dados considerados relevantes no programa informático (SCLínico).

Anexos

- Folheto de divulgação da visita domiciliária
- Guião orientador de avaliação do RN/bebé

Elaborado: Olívia Engenheiro	Data: 06/12/2017	Aprovado:	Data	Pág. 4/4
------------------------------------	---------------------	-----------	------	-------------

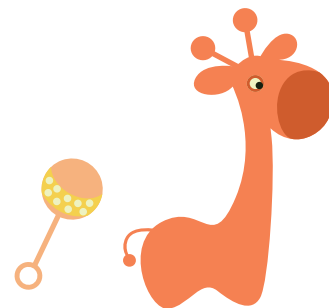
Apêndice IX – **Folheto de Divulgação da Visita Domiciliária**

PROJETO CUIDAR⁺

Visita Domiciliária a Bebés Prematuros e de Baixo Peso



Visita domiciliária



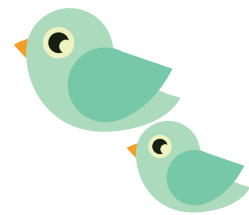
A visita domiciliária a bebés prematuros e de baixo peso integra o Projeto **CUIDAR+** pensado em contexto académico pela Enfª Olívia Engenheiro, da Unidade de Neonatologia, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Gestão de Unidades de Saúde.

Surgiu no sentido de satisfazer necessidades reais em cuidados continuados de saúde especializados, sentidas pela equipa de enfermagem da Unidade de Neonatologia e pelos pais deste grupo de bebés, colmatando assim uma lacuna existente nesta área de cuidados específicos no distrito de Évora, facilitando a integração do prematuro no seu ambiente familiar ao promover simultaneamente as competências parentais.

A visita domiciliária é um instrumento que permite analisar e prestar cuidados no seio da família, no seu ambiente natural, indo ao encontro das suas necessidades individuais, constituindo uma atividade de excelência na assistência à saúde na comunidade, exercida junto do bebé e sua família, contribuindo para a saudável transição para a parentalidade.



Finalidade da visita



A implementação da visita tem como finalidade:

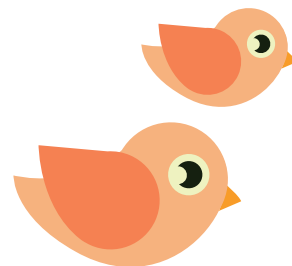
- Assegurar a continuidade de cuidados especializados no domicílio, a este grupo de bebés, durante o período de pós-alta recente da Unidade de Neonatologia.
- Uniformizar procedimentos atendendo às necessidades individuais dos pais/ família.
- Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, rentabilizando os recursos humanos e materiais existentes, num contexto profissional e relacional otimizado.
- Maximizar a autonomia e a capacitação parental, através da realização de ensinamentos específicos adequados às necessidades reais dos pais / família.
- Diminuir os episódios de urgência e reinternamentos após a alta da Unidade.
- Garantir a articulação entre os Cuidados Hospitalares e Cuidados de Saúde Primários.
- Promover a satisfação da equipa e dos pais/família.

Critérios para a realização da visita

Foram definidos como critérios de inclusão para a realização da visita:

- Recém – nascidos com Idade Gestacional <36 semanas
 - Recém – nascidos com Peso ao Nascer <2000gr
 - Residência na área de influência de 1ª linha (Distrito de Évora), Alentejo Central abrangendo 14 Concelhos: Alandroal, Arraiolos, Borba, Évora, Estremoz, Montemor-o-Novo, Mora, Mourão, Portel, Redondo, Reguengos de Monsaraz, Viana do Alentejo, Vendas Novas e Vila Viçosa.
-

Visita domiciliária



Neste contexto a visita domiciliária é a consulta de enfermagem no domicílio, realizada pela enfermeira da Neonatologia do HESE-EPE após a alta do bebé da Unidade, em articulação com os Cuidados de Saúde Primários da área de residência.

Como resultados espectáveis a visita irá permitir viabilizar ações integradas de vigilância, através da antecipação de situações de risco, tendo como indicador a diminuição da taxa de readmissões após a alta da Unidade de Neonatologia.

De modo a maximizar os resultados a visita deverá ser efetuada até às 72h após a alta do bebé da Unidade, devendo ser sempre realizada na primeira semana. O sucesso desta intervenção irá recair na sua avaliação e no reajuste constante para melhor responder às necessidades dos bebés e família assegurando a sua eficácia e eficiência.

Pretende-se que o projeto constitua uma mais-valia para a Unidade de Neonatologia, que sendo acreditada assume uma responsabilidade acrescida, como elo de ligação para a continuidade de uma prática de cuidados de qualidade.

Elaborado por:

Olívia Engenheiro com a colaboração do Gabinete de Comunicação e Marketing
do HESE-EPE

Janeiro 2018

Notas



Apêndice X – **Guião Orientador de Avaliação do Recém-Nascido no domicílio**

Visita Domiciliária
Guião orientador de avaliação do RN/bebé

Nome do bebé: _____

Data de Nascimento: __/__/__

Idade Gestacional: _____

Peso ao Nascer: _____

Diagnóstico de internamento: _____

Complicações durante o internamento: _____

Peso atual: _____

Observações: _____

Legenda de Avaliação

- ☐ Estado de saúde considerado normal
- ☐ Boa adaptação ao meio familiar
- ☐ Encaminhado para o hospital/centro de saúde

Sinais vitais: Temperatura: _____ FC: _____ FR: _____ SPO2: _____

Faz medicação? Sim ☐ Não ☐ Se sim qual? _____

Características da pele: Rosado ☐ Hidratado ☐ Pálido ☐ Ictérico ☐

Tipo de alimentação: Leite materno ☐ Leite artificial ☐

Condições habitacionais (ambiente/segurança): Adequadas ☐ Inadequadas ☐

Vestuário do RN: Adequado ☐ Inadequado ☐

Roupa utilizada no berço/cama do RN: Adequada ☐ Inadequada ☐

Posicionamento do RN no berço/cama: Adequado ☐ Inadequado ☐

Em que divisão da casa dorme o RN: _____

Avaliação emocional dos pais

Estado emocional da mãe: Tranquila ☐ Ansiosa ☐ Deprimida ☐ cansada ☐

Observações: _____

Estado emocional do pai: Tranquilo ☐ Ansioso ☐ Deprimido ☐ cansado ☐

Observações: _____

Vinculação com o RN/bebé

Mãe: Sim ☐ Não ☐

Observações: _____

Pai: Sim ☐ Não ☐

Observações: _____

Autonomia dos pais face ao RN/bebé

Autonomia nos Cuidados: Sim ☐ Não ☐

Compreendem o significado do choro do RN: Sim ☐ Não ☐

Dificuldades/Preocupações manifestadas: _____

Ensinos efetuados: _____

Adaptação ao Papel Parental

Principal prestador de cuidados: Mãe ☐ Pai ☐

Participação do pai nos cuidados ao RN: Sim ☐ Não ☐

Observações: _____

Apoio familiar (outros membros da família/amigos)

Apoio no Cuidado ao bebé: Sim ☐ Não ☐ Quem? _____

Apoio nas tarefas domésticas: Sim ☐ Não ☐ Quem? _____

Observações: _____

Enfermeira: _____

Data: _____

Apêndice XI – Questionário Aplicado aos Pais

Questionário

Este questionário insere-se no projeto CUIDAR⁺ de contexto académico no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Gestão de Unidades de Saúde.

Pretende-se com este estudo identificar as necessidades reais, sentidas pelos pais em contexto familiar, durante o período de pós-alta recente do bebé da Unidade de Neonatologia e qual a importância referida desta visita. O presente inquérito destina-se também a auscultar a opinião dos pais sobre os cuidados de enfermagem prestados na visita domiciliária e conhecer algumas sugestões de melhoria relativamente à visita domiciliária.

Solicito a vossa colaboração no preenchimento do questionário, garantido total anonimato e confidencialidade dos dados que se destinam exclusivamente ao desenvolvimento de investigação científica. Saliento que o vosso contributo ao participar neste estudo, é imprescindível para o êxito do mesmo, pensando ser também do vosso interesse.

Peço que dê claramente o seu consentimento, se concorda com a seguinte frase “Declaro que compreendi as intenções deste estudo, disponho-me a participar voluntariamente e permito o uso das minhas respostas para os fins referidos”.

☐ Sim

Olívia Engenheiro

Questionário

1. Idade: Mãe: _____ Pai: _____
2. Residência: _____
3. Habilitações Acadêmicas: Mãe: _____
Pai: _____
4. Profissão: Mãe: _____
Pai: _____

5. História Obstétrica:

Índice Obstétrico: _____

Tipo de parto: _____

6. Adaptação à Parentalidade

O nascimento de um bebê condiciona sempre um processo de mudança no meio familiar, o que significa para vocês serem pais de um bebê prematuro/baixo peso?

Após a alta do bebê da unidade de neonatologia, quais foram as vossas dificuldades/preocupações, sentidas em contexto familiar?

7. Percepção da necessidade de um processo *continuum* em Cuidados de Saúde

Qual o vosso grau de concordância em relação à realização desta visita domiciliária?

Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente

Na vossa opinião, após a alta do bebê da unidade de neonatologia, ao fim de quantos dias deve ser efetuada a visita domiciliária? _____

Na vossa opinião a realização desta visita foi importante?

☐ Sim

☐ Não

Justifique a resposta

Qual o vosso grau de satisfação em relação aos ensinamentos efetuados pela enfermeira?

Nada Satisfeita	Pouco Satisfeita	Sem Opinião	Satisfeita	Muito Satisfeita

Na vossa opinião quais os assuntos/temas que devem ser abordados na visita domiciliária?

8. Expectativas/Sugestões

A visita decorreu de acordo com as vossas expectativas?

☐ Sim

☐ Não

Justifique a resposta

Indiquem algumas sugestões que possam contribuir para melhorar a visita domiciliária.

Muito Obrigado

ANEXOS

**Anexo I – Divulgação do Projeto CUIDAR⁺ ao ACES Alentejo Central e aos Enfermeiros
Chefes dos Centros de Saúde do Distrito de Évora**

De: Laurencia Gemitto

Enviado: 12 de dezembro de 2017 09:57

Para: Carla Calca

Assunto: Fw: Projeto CUIDAR +

Cara Srª Enfermeira Vogal do CCS do ACES AC

Parece de todo o interesse o projeto apresentado pela Srª Enf. Olívia Engenheiro (HESE). O mesmo pretende promover a continuidade de cuidados especializados no domicílio, aos bebés com os critérios definidos, durante o período de pós-alta recente da Unidade de Neonatologia, facilitando a sua integração no ambiente familiar.

Também poderá ser uma mais valia para o ACES, de facto os utentes são os mesmos. Desta forma, solicito que apresente este projeto aos enfermeiros das UF do ACES e, sempre que lhes for possível, seria interessante poderem acompanhar a Enfª Olívia à visita no domicílio.

Com os melhores cumprimentos,
Laurencia Gemitto
Diretora Executiva do ACES Alentejo Central

Carla Calca <Carla.Calca@alentejocentral.min-saude.pt>

12/12/17

para LuisPedro, Ines, Elsa, Antonia, Sandra, Sandra, Maria, Teresa, Rosa, Marilia, Antero, Fernando, Paula, Natalia, Maria, Madalena, Susana, Maria, Joaquina, Ar

Exmos Srs. Enf Chefes/Função Chefia/Responsáveis

Reencaminho o projeto Mestrado Enf Olívia Engenheiro (HESE) que solicita a colaborações dos enfermeiros das diversas unidades funcionais quando das visitas domiciliárias aos bebés prematuros e de baixo peso com alata recente hospitalar. A referida enfermeira entrará em contato com cada um de vós se existir algum utente da vossa unidade funcional nestas condições.

Desde já agradeço a colaboração, na certeza que será uma mais valia em conhecimentos de saúde infantil nestas vistas domiciliárias.

Cumprimentos

Carla Calca

Vogal Conselho Clínico e de Saúde ACES Alentejo Central

Anexo II – Pedido e Autorização de Empréstimo da Balança Eletrónica

AUTORIZADO

29/12/17

Francisco Chalaça
Vogal Executivo



Évora, 22 de dezembro de 2017

Ao Drº Francisco Chalaça
Vogal Executivo do Conselho de Administração
Do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE

Ext: 1360

TIM: 966 056 178

Assunto: **Pedido de empréstimo de balança eletrónica**

Na sequência da carta apresentada pela enfermeira especialista, Olívia Engenheiro, a exercer funções no serviço de Neonatologia do nosso hospital, onde é solicitada autorização para a implementação do Projeto Cuidar*, inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem Gestão de Unidades de Saúde, fui contactada pela mesma para a eventual possibilidade de conceder o empréstimo de uma balança eletrónica para a pesagem dos bebés no seu domicílio.

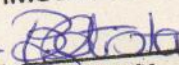
Uma vez autorizada pelo Conselho de Administração em 29/11/2017 a implementação do projeto e dado que não tem qualquer custo para o hospital, peço autorização para concretizar o empréstimo da balança com o nº de inventário 1040901000018, marca SECA, por um período de três meses, sendo que a Enf.ª Olívia se compromete a devolver o equipamento findo este tempo.

De salientar que o hospital não se responsabiliza pelos dados recolhidos através da balança em questão, visto que se encontrava para abate por não ter a certificação devida e, como tal, a sua fiabilidade pode ser duvidosa.

Segue em anexo uma cópia da carta da Enf.ª Olívia exposta ao Conselho de Administração.

Com os melhores cumprimentos,

GESTORA DE IMOBILIZADO

29/12/17 
LILIA RAMALHO BATISTA

HESE-EPE	
R	RECEBIDO { Em 29/12/17 N.º 2340
	RESPONDIDO { Em ____/____/____ N.º ____

