

RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

GANHOS EM SAÚDE COM O PROJETO CUIDAR⁺
CAPACITAÇÃO DOS PAIS DE RECÉM-NASCIDOS
PREMATUROS OU DE BAIXO PESO

GANANCIAS EN SALUD CON EL PROYECTO CUIDAR⁺
CAPACITACIÓN DE PADRES DE RECIÉN NACIDOS
PREMATUROS O DE BAJO PESO AL NACER

HEALTH GAINS WITH THE CUIDAR⁺ PROJECT
TRAINING OF PARENTS OF PREMATURE
OR LOW BIRTH WEIGHT INFANTS

Olivia Barbosa Engenheiro - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal do Hospital Espírito Santo de Évora, Évora, Portugal. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8392-7853>

Graça Maria Antunes De Carvalho - Instituto Politécnico de Portalegre, Portalegre, Portugal. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4143-3390>

RESUMO

Objetivos: Caracterizar os pais e os recém-nascidos que participaram no Projeto CUIDAR+; Avaliar o estado de saúde dos recém-nascidos e a sua adaptação ao ambiente familiar; Identificar as dificuldades no processo de cuidados no domicílio; Avaliar as competências parentais.

Metodologia: Estudo descritivo com abordagem quanti-qualitativa. Como instrumentos na recolha de dados recorreu-se à técnica de Observação, processos clínicos e questionário. A amostra foi constituída por doze pais e quatorze recém-nascidos. Os participantes receberam a visita domiciliária de Dezembro de 2017 a Abril de 2018, entre o 3.º-7.º dia pós alta. A visita ocorreu em articulação com os Cuidados de Saúde Primários, mantendo-se seguimento na 2.ª e 4.ª semana.

Resultados: Na visita 83,3% dos pais apontaram como principal dificuldade o funcionamento intestinal do recém-nascido. A categoria com mais representatividade nas narrativas foi a adaptação à nova dinâmica familiar, referenciada como a principal dificuldade por 9 famílias.

Conclusões: O Projeto teve impacto em variáveis de resultado organizacionais visíveis na qualidade e produtividade dos serviços prestados. Consequentemente obteve ganhos em saúde dos clientes, ao nível da satisfação, autonomia e segurança nos cuidados, com diminuição de eventos adversos e complicações, criando valor em saúde.

Descritores: Prematuridade; visita domiciliária; capacitação; ganhos em saúde.

RESUMEN

Objetivos: Caracterizar a los padres y recién nacidos que participaron en el proyecto CUIDAR+; Evaluar el estado de salud de los recién nacidos y su adaptación al entorno familiar; Identificar las dificultades en el proceso de atención domiciliaria; Evaluar las habilidades de los padres.

Metodología: Estudio descriptivo con enfoque cuantitativo y cualitativo. Como instrumentos en la recolección de datos, se utilizaron la técnica de observación, los procesos clínicos y el cuestionario. La muestra consistió en doce padres y catorce recién nacidos. Los participantes recibieron una visita domiciliaria desde diciembre de 2017 hasta abril de 2018, entre el 3º y 7º día después del alta. La visita se realizó en conjunto con Atención Primaria de Salud, manteniendo el seguimiento en la 2ª y 4ª semana.

Resultados: Durante la visita el 83,3% de los padres señalaron el funcionamiento intestinal

del recién nacido como la principal dificultad. La categoría más representativa en las narrativas fue la adaptación a las nuevas dinámicas familiares, referidas como la principal dificultad por 9 familias.

Conclusiones: El proyecto tuvo un impacto en las variables de resultados organizacionales visibles en la calidad y productividad de los servicios prestados. Consecuentemente se obtienen ganancias en la salud de los clientes, en términos de satisfacción, autonomía y seguridad en la atención, con una reducción de eventos adversos y complicaciones, creando valor para la salud.

Descriptores: Prematuridad; visita domiciliaria; entrenamiento; ganancias de salud.

ABSTRACT

Objectives: To characterize the parents and newborns who participated in the CUIDAR+ Project; Assess the health status of newborns and their adaptation to the family environment; Identify the difficulties in the home care process; Assess parental skills.

Methodology: Descriptive study with a quantitative and qualitative approach. As instruments in data collection, the Observation technique, clinical processes and questionnaire were used. The sample consisted of twelve parents and fourteen newborns. Participants received a home visit from December 2017 to April 2018, between the 3rd-7th day after discharge. The visit took place in conjunction with Primary Health Care, continuing the follow-up in the 2nd and 4th weeks.

Results: During the visit, 83.3% of the parents pointed out the newborn's intestinal functioning as the main difficulty. The most representative category in the narratives was the adaptation to the new family dynamics, referred to as the main difficulty by 9 families.

Conclusions: The Project had an impact on visible organizational result variables in the quality and productivity of the services provided. Consequently, it has achieved gains in client health, in terms of satisfaction, autonomy and safety in care, with a reduction in adverse events and complications, creating health value.

Descriptors: Prematurity; home visit; empowerment; health gains.

INTRODUÇÃO

A interferência da Nova Gestão Pública (NGP) no sector da saúde introduziu a ideia de “cliente” do serviço público. O conceito, como centro das novas políticas, passou a comandar as decisões, enfatizando-se a competitividade, racionalidade económica e valorização dos resultados obtidos⁽¹⁾. O modelo, inseriu novos valores apostados na qualidade, eficiência e produtividade, além da ética e proximidade ao cidadão⁽²⁻³⁾.

Numa perspetiva visionária da qualidade, as organizações de saúde alinham o foco estratégico definido pela missão e valores. Assim, atendem as expectativas dos clientes⁽⁴⁾, em resultado da reflexão sobre as práticas, elevando-se a preocupação com a satisfação e os resultados finais em saúde⁽⁵⁾.

Segundo a Organização Mundial de Saúde⁽⁶⁾ os bebés nascidos vivos antes das 37 semanas são denominados prematuros. Muitos destes bebés nascem com um peso adequado à idade gestacional (IG). Contudo se o peso ao nascer for inferior ao percentil dez ou dois desvios padrão abaixo da média são considerados Leves para a Idade Gestacional (LIG). Assim mesmo que sejam de termo, apresentam um maior risco de desenvolverem complicações no período neonatal⁽⁷⁾.

A prematuridade é atualmente reconhecida como um problema de Saúde Pública pelo que a assistência ao prematuro no domicílio deveria ser garantia de acesso, equidade e integração dos cuidados, constituindo um dos grandes desafios da NGP. No distrito de Évora, a visita domiciliária (VD) é realizada pelas enfermeiras de cuidados de saúde primários (CSP) até ao décimo quarto dia de vida. Os RNs prematuros ou de baixo peso ainda internados nesse período, não beneficiam desta visita, refletindo-se na taxa de morbilidade. A corroborar este facto na fase de diagnóstico da situação, verificou-se que nos últimos 5 anos a taxa média de readmissões destes RNs no período de 0-3 meses pós alta, era de 66,91%, incluindo episódios de urgência e internamentos.

O complexo processo do nascimento prematuro afeta diretamente a estrutura familiar, o que pode implicar uma crise. O termo parentalidade pode definir-se como um processo maturativo de reestruturação psicoafectiva, implicando aumento de responsabilidades⁽⁸⁾. A parentalidade é considerada uma transição de natureza desenvolvimental que implica alteração de papéis, de relações, de expectativas e de habilidades, pelo que o cliente tem de incorporar novos conhecimentos⁽⁹⁾.

Os enfermeiros são a chave para a identificação e compreensão destes fenómenos, prevenindo ações de enfermagem dentro do processo de transições. Atuam como agentes “facilitadores”, assumem papéis decisivos no apoio aos pais/família e no seguimento pós alta. Assim, influenciam padrões de resposta, pelo domínio de novas competências e reformulação de identidades⁽¹⁰⁾.

Deste alinhamento de interesses surgiu o Projeto CUIDAR+ intitulado “Capacitação dos pais de recém-nascidos prematuros ou de baixo peso”. Tem como finalidade facilitar o processo de transição do hospital para o domicílio. Pretende melhorar a integração do neonato na família, promover as competências parentais e antecipar situações de risco. Contribui assim para a redução da morbilidade.

A implementação do Projeto impõe a avaliação da sua qualidade em saúde, usando indicadores a partir dos conceitos de estrutura, processos e resultados como produto final dos cuidados prestados, considerando valor em saúde a satisfação de padrões e de expectativas⁽⁵⁾. A implementação da visita pensada em ações integrais envolvendo diferentes níveis de cuidados, pretende ser um indicador de qualidade e simultaneamente um indicador de produção em saúde, melhorando o desempenho da organização e a satisfação dos seus clientes⁽¹¹⁾.

Neste seguimento objetivou-se para o presente estudo: a) Caracterizar os pais e os RNs que participaram no Projeto CUIDAR+; b) Avaliar o estado de saúde dos RNs e a sua adaptação ao ambiente familiar; c) Identificar as dificuldades no processo de cuidados no domicílio; d) Avaliar as competências parentais.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quanti-qualitativa.

Foi usada a técnica de Observação Direta Descritiva optando-se pela observação participante. Esta técnica permite a investigação qualitativa de fenómenos em contextos de ocorrência natural. Possibilita recolher dados sobre as características dos participantes, identificar ações e comportamentos específicos e documentar processos fisiológicos e psicológicos⁽¹²⁾.

Os critérios de inclusão para a realização da visita foram os seguintes: Pais e RNs com IG<36 semanas ou com peso ao nascer <2000 gr, internados na UCIN com residência no distrito de Évora.

A amostra foi constituída por 12 pais e 14 RNs (dois casos de gravidez múltipla) com alta clínica no período de Dezembro de 2017 a Abril de 2018. Foi realizada uma visita a cada família entre o 3.º e o 7.º dia pós alta, constituindo o período mais crítico, comprovado pela análise de dados na etapa do diagnóstico da situação.

As visitas foram agendadas através de contacto telefónico com o Centro de saúde ou Unidade Familiar (UF) da área de residência, onde foram partilhadas informações sobre a história clínica dos RNs.

Sendo uma observação planeada e estruturada foi criada uma matriz com parâmetros de avaliação. Em relação ao RN: Estado de saúde e adaptação ao meio familiar. Em relação aos pais/família: Avaliação emocional; Vinculação; Autonomia; Adaptação ao papel parental; Apoio familiar.

À técnica de observação foram adicionados dois instrumentos de recolha de dados, processos clínicos e questionário aplicado aos pais no final da visita, composto por perguntas de resposta aberta e fechada com recurso à escala de *Likert*. As principais questões abertas foram: O que significa para vocês serem pais de um bebé prematuro/baixo peso? Quais as dificuldades/preocupações sentidas nos cuidados em contexto familiar? Considera importante esta visita? Na vossa opinião quais os assuntos/temas que devem ser abordados? A visita decorreu de acordo com as vossas expectativas?

Para preservar o anonimato dos participantes as mães foram identificadas pela letra "M" e os pais pela letra "P" seguida de numeração que corresponde à ordem cronológica de realização das visitas. Após a colheita dos dados relativos às opiniões dos pais/família, foi realizada uma abordagem do método qualitativo de análise de conteúdo temático, proposto por Bardin⁽¹³⁾. Após leitura as respostas foram agrupadas em categorias específicas pelas semelhanças de significado. Os dados quantitativos foram analisados e tratados com recurso à análise estatística descritiva.

Foram cumpridos todos os Princípios Éticos para a pesquisa constantes na Declaração de Helsínquia, incluindo a autorização para a implementação do Projeto e respetivo estudo, aprovados sob o Parecer n.º 47/2017.

APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os valores apresentados na tabela 1 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. São as mães que detêm mais habilitações académicas, cerca de 67% com o secundário, com curso superior 25% e 16,7% com o 2.º ciclo (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das Variáveis Maternas e Paternas.

Grupos	Maternas N(%)	Paternas N(%)
Idade		
21-25	2(16,7)	1(8,3)
26-30	1(8,3)	1(8,3)
31-35	6(50)	3(25)
36-40	1(8,3)	5(41,8)
41-45	2(16,7)	1(8,3)
>45	0(0)	1(8,3)
Habilitações académicas		
≤ 9.º Ano	1(8,3)	6(50)
> 9.º-12.º Ano	8(66,7)	3(25)
Licenciatura	1(8,3)	3(25)
Mestrado	2(16,7)	0(0)
Situação Profissional		
Empregada	11(91,7)	12(100)
Desempregada	1(8,3)	0(0)
Total	12(100)	12(100)

De salientar que 57,1% das mães são primíparas necessitando de um maior apoio no processo de transição. Relativamente ao tipo de parto 57,1% foi por cesariana, que se justificava pelas situações de emergência na origem dos nascimentos prematuros.

Em relação aos RNs constata-se que a grande maioria (71,4%) nasceu com IG inferior a 34 semanas e 35,7% (5) nasceu com peso inferior a 1500gr. O tempo de internamento foi superior a 30 dias em 28,6% dos casos e 14,3% dos RNs permanecerem hospitalizados mais de 60 dias. Cerca de 64% dos neonatos tiveram alta antes das 37 semanas de IG corrigida,

demonstrando assim a importância da realização da visita para avaliar as competências parentais. Dos 14 RNs que integraram o estudo 71,4% (10) necessitaram de assistência ventilatória entre os quais 21,4% (3) foram conectados ao ventilador, que dada a sua vulnerabilidade, foram os que registaram mais complicações (tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das Variáveis Neonatais.

Grupos	Recém-nascido N(%)
Idade Gestacional ao nascer	
26s-29s+6d	2(14,3)
30s-33s+6d	8(57,1)
34s-36s+6d	4(28,6)
Peso ao nascer	
<1000gr	1(7,1)
1500-1499gr	4(28,6)
1500-1999gr	5(35,7)
2000-2500gr	3(21,4)
>2500gr	1(7,1)
Assistência ventilatória	
Não invasiva (CPAP)	7(50)
Invasiva (ventilador)	3(21,4)
Sem assistência	4(28,6)
Idade corrigida na alta	
35s-36s+6d	9(64,3)
≥ a 37s	5(35,7)
Tempo de Internamento	
≤ a 30 dias	10(71,4)
31-60 dias	2(14,3)
> 60 dias	2(14,3)
Aleitamento Materno na alta	
Aleitamento materno exclusivo (AME)	1(7,1)
Aleitamento materno e leite artificial	5(35,7)
Não amamenta	8(57,1)
Total	14(100)

Resultados referentes à Observação

Nas 12 visitas efetuadas foram observados 14 RNs, 12 mães e 8 pais em contexto familiar (tabela 3). Os 14 RNs foram avaliados com estado de saúde considerado normal, dada a sua história clínica ou seja sem patologia grave e com boa adaptação ao meio familiar. No dia da alta 57,1% das mães já não amamentavam, sendo a taxa de AME apenas de 7,1%, dada a fragilidade destes RNs, durante as visitas foi incentivada esta prática e conseguimos aumentar a taxa para 16,7%.

Verificou-se que as mães são sempre as principais cuidadoras, corroborando os resultados com estudos anteriores, vindo reafirmar que o cuidar ainda é uma tarefa culturalmente delegada à mulher, principalmente quando requer acompanhamento específico⁽¹⁴⁻²³⁾. Todas as mães mencionaram receber apoio familiar nos cuidados ao RN, principalmente dado pela figura da ascendente materna (i.e., avó do RN) em 75% dos casos. Essa ajuda como referência de segurança e experiência das gerações anteriores, contribuiu para a manutenção do equilíbrio emocional da puérpera e para a identificação do papel parental⁽¹⁵⁻²¹⁾.

Nos primeiros dias após a alta, as preocupações dos pais estão voltadas para a continuidade dos cuidados que o neonato recebia durante a hospitalização, proteção contra infeções e a identificação precoce de possíveis intercorrências^(14-15,17,20-22). Durante a visita 83,3% dos pais apontaram como principal dificuldade/preocupação o funcionamento intestinal do RN. Por outro lado 75% manifestaram dúvidas na amamentação/alimentação, cerca de 67% referiram a temperatura e vestuário adequados e 41,6% mencionaram alterações no padrão de sono do RN.

Após a visita foram estabelecidos contactos telefónicos com a UF e agendada 2.^a visita para 9 RNs/famílias. Manteve-se o acompanhamento das 12 famílias na 2.^a e na 4.^a semana pós alta através de contacto telefónico (Tabela 3).

Tabela 3 – Matriz síntese dos dados Observados.

Parâmetros	Figuras	Indicadores
Avaliação emocional	Mãe	• Tranquila (2);
		• Ansiosa (8);
		• Cansada (4);
		• Preocupada (9).
	Pai	• Tranquilo (6);
		• Ansioso (2); • Preocupado (3).
Vinculação com o RN	Mãe	• Boa interação mãe-RN (12).
	Pai	• Boa interação pais-RN (8).
Autonomia dos pais face ao RN	Mãe & Pai	• Autonomia nos cuidados (12); • Compreensão do choro do RN (9).
Dificuldades e/ou preocupações manifestadas	Mãe & Pai	• Funcionamento intestinal (10);
		• Alimentação (9);
		• Temperatura do quarto (8);
		• Vestuário (6);
		• Engasgamento (5);
		• Sono noturno (5); • Pele e oxigenoterapia (1).
Ensinos efetuados	Mãe & Pai	• Sinais de alarme (12);
		• Higiene e hidratação da pele (12);
		• Estratégias para funcionamento intestinal (10);
		• Amamentação/alimentação (9);
		• Prevenção de infecções (8);
		• Temperatura e vestuário adequados (8);
		• Manobras de desengasgamento (5); • Estratégias para melhorar o sono noturno do RN (5).
Adaptação ao papel parental	Mãe & Pai	• Mãe como principal prestador de cuidados (12); • Participação do pai nos cuidados (11).
Apoio familiar	Mãe	• No cuidado ao RN e nas tarefas domésticas (12);
		• Dado pela mãe (9);
		• Sogra (2);
		• Irmã (1);
		• Tia (1);
		• Avó (1).
Estado de saúde	RN	• Sinais vitais normais (14);
		• Aumento ponderal (11);
		• Características da pele: Rosado (11); Levemente rosado (1); Pálido (2); Hidratado (14);

Tabela 3 (cont.) – Matriz síntese dos dados Observados.

Parâmetros	Figuras	Indicadores
Estado de saúde	RN	• Tipo de alimentação: Leite materno exclusivo (2); Leite materno e leite Artificial (4); Leite artificial (8);
		• Posicionamentos adequados (14);
		• Vestuário adequado (14);
		• Roupas do berço e cama adequados (14);
		• Condições habitacionais adequadas (14).
Adaptação ao meio familiar	RN	• Boa adaptação ao ambiente familiar (14);
		• Boa interação com os pais/família (14).

Resultados referentes ao Questionário

1. Adaptação à parentalidade em contexto de prematuridade

Verificou-se pelas respostas analisadas que os pais têm plena consciência da fragilidade dos RNs referindo na sua grande maioria a percepção da necessidade de cuidados especiais (10), descrevendo a parentalidade neste contexto como uma fase de adaptação (7), de confiança (7), assumindo a preocupação (9) grande representatividade, seguindo-se os medos e receios (6).

As principais dificuldades/preocupações sentidas pelos pais foram organizadas em 4 categorias: Saúde do RN; Adaptação à nova dinâmica familiar; Adaptação ao ambiente familiar; Risco de infeções (Tabela 4). A categoria com mais representatividade nas narrativas foi a adaptação à nova dinâmica familiar, referenciada como sendo a principal dificuldade por 9 famílias, também mencionada em outros estudos incluindo, a adaptação dos irmãos e a alteração no padrão de sono do RN^(14-15,17,21).

Tabela 4 - Dificuldades/preocupações sentidas em contexto familiar.

Categorias	Subcategorias
Saúde do RN	• O facto de vir acompanhado de oxigénio e não conseguirmos ouvir os alarmes (M1,P1)
	• Com a saúde dele em 1.º lugar (M5,P4)
	• Com a alimentação e o funcionamento intestinal (M8;M5,P4)
	• Com a hérnia do umbigo (M3,P2)
	• No controlo da alimentação (M4,P3)
Adaptação à nova dinâmica familiar	• Assegurar as condições para que a adaptação ao meio familiar fosse tranquila (M6)
	• Conciliar em ambiente familiar a presença do irmão, os hábitos e os cuidados adicionais (M11,P8)
	• A adaptação do irmão mais velho ao bebé (M1,P1)
	• Receio de estar a fazer algo de errado (M7,P5)
	• Se conseguimos tomar conta de forma adequada da nossa filha (M10,P7)
	• Se sabemos responder adequadamente se acontecer alguma coisa inesperada (M9,P6)
	• As maiores dificuldades foram à noite, fica mais agitado e não dorme (M8)
	• A maior dificuldade foi à noite ninguém dorme (M2)
	• Foram as mudanças familiares de ter uma prematura em casa (M12)
Adaptação ao ambiente familiar	• Adaptar o meio ambiente às necessidades específicas do bebé (M7,P5)
	• Com a temperatura do quarto e a roupa adequada (M2)
	• Com a cama/berço (M5,P4)
	• Com a temperatura ambiente do quarto/casa (M1,P1)
	• O que mais me preocupou foi se ele tinha frio, se estava a temperatura certa (M9,P6)
Risco de Infecções	• Limitações no contacto, necessidade de desinfeção prévia (M1,P1)
	• Contacto com terceiros que possam apresentar problemas de saúde (M6)
	• Cuidados especiais de limpeza, higienização e esterilização (M5,P4)

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

Das 12 famílias que receberam a visita 100% concordaram totalmente e consideraram importante a sua realização e cerca de 92% (11) referiu que deverá ser efetuada na 1.ª semana, reforçando este período como o mais vulnerável. As famílias quando inquiridas sobre o grau de satisfação em relação aos ensinamentos efetuados durante a visita, 100% (12) responderam estarem muito satisfeitas.

Perante a tabela 5 observamos os assuntos/temas que na opinião dos pais devem ser tratados nas visitas e que foram reunidos em 2 categorias: Cuidados aos bebés e Meio envolvente, assumindo a primeira grande relevância. Inserido nos cuidados aos neonatos o te-

ma 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.

Tabela 5 – Assuntos/temas que na opinião dos pais devem ser abordados na visita.

Categorias	Subcategorias	Indicadores
Cuidados aos bebés	<ul style="list-style-type: none"> • Todos os assuntos que sejam pertinentes e que nos ajudem a cuidar de forma correta (M8) • Cuidados gerais aos bebés (M4,P3) • Questões específicas de cada mãe (M6;M12) • Depende das circunstâncias específicas de cada bebé e/ou agregado familiar (M3,P2) • Devem conciliar com as dificuldades próprias de cada um sem esquecer a "formação da família" (M5,P4) • Correções ao nível dos cuidados diários (M9,P6) • Cuidados sobre a saúde dos bebés (M12) • Maximizar o bem-estar do bebé (M1,P1) • Desenvolvimento do bebé (M2;M10) 	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a adaptação à casa (M7,P5;M8;M11) • Ambientes adequados (M3,P2;M4,P3;M9,P6) 	<ul style="list-style-type: none"> • Temperatura da casa (6) • Onde o bebé dorme (4)

3. Expectativas e sugestões

A visita decorreu de acordo com as expectativas para 100% dos inquiridos. Relativamente às expectativas criadas (Tabela 6) emergiram 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 capacitá-los para serem ainda melhores cuidadores, o que veio a concretizar-se.

Tabela 6 – Justificação dos pais quanto às expectativas criadas.

Categorias	Subcategorias
Esclarecimento de dúvidas	• Serviu para tirarmos todas as dúvidas que tínhamos até à data (M3,P2)
	• Permitiu retirar dúvidas (M5,P4)
	• Correu muito bem e foi muito esclarecedora (M1,P1)
	• Foi muito útil ao retirar várias dúvidas que existiam (M2;M6)
	• A visita foi muito boa e permitiu tirar dúvidas sobre os bebés e os cuidados (M4,P3)
	• Foi muito importante porque a 1.ª semana é a mais difícil em termos de dúvidas (M10,P7)
Seguimento na continuidade de cuidados	• Serviu de acompanhamento intermédio entre a saída da unidade e a 1.ª consulta (M9,P6)
	• Controlo do peso do bebé (M7,P5)
Capacitação parental	• Conseguimos perceber o que estamos a fazer bem e o que podemos melhorar (M3,P2)
	• A enf.ª sempre acompanhou e lidou com a bebé na neonatologia e a sua visita é reconfortante (M1,P1;M2)
	• Valida e melhora os cuidados prestados pelos pais indo ao encontro da melhor evolução da criança e da família como um todo (M4,P3)
	• O apoio da enf.ª ajuda-nos bastante e tranquiliza-nos, fiquei muito surpreendida pela positiva com este serviço (M6;M11)
	• Foi-nos dada muita informação importante para o dia-a-dia do bebé (M8;M12)
	• A visita correu maravilhosamente, toda a ajuda é indispensável (M7,P5)

As sugestões de melhoria apontadas pelos pais são muito pertinentes ao proporem um seguimento continuado no tempo, com mais visitas presenciais ou com recurso às novas tecnologias, através de plataformas *on-line* (i.e., videoconferência, *skype*, *whatsapp*, etc...), estando em concordância com outros estudos⁽¹⁸⁾.

CONCLUSÕES

As ações de investigação das necessidades de saúde conduziram à produção de cuidados, decorrentes do acompanhamento do RN prematuro ou de baixo peso e família, ampliando o conceito de qualidade para o domicílio com a operacionalização do Projeto.

A visita domiciliária como estratégia de integralidade realizada no período vulnerável é uma inovação para o distrito ao rentabilizar os recursos humanos especializados da UCIN como elos de ligação com os CSP, facilitando a transição dos cuidados para o ambiente familiar.

Perante os resultados obtidos podemos concluir que os objetivos foram alcançados, tornando-se notória a importância que a visita assume na capacitação parental. De salientar que 57,1% das mães são primíparas, cerca de 71% dos RNs nasceu com IG inferior a 34 semanas e 35,7% com peso inferior a 1500gr, confirmando a efetividade da intervenção. Os 14 RNs foram avaliados com estado de saúde considerado normal e com boa adaptação ao ambiente familiar. As principais dificuldades/preocupações verbalizadas pelos pais estão relacionadas com Saúde do RN, destacando-se entre elas as alterações no funcionamento intestinal. Comparando estes resultados observados com os da narrativa escrita verificou-se que a categoria com mais representatividade foi a adaptação à nova dinâmica familiar.

Os indicadores de resultado do Projeto correspondem à realização pelos pais das atividades ensinadas, constituindo por isso os indicadores de competência ou mestria. Estes indicadores relativos ao autoconhecimento revelaram progresso conduzindo os pais a assumirem a condição de prestadores de cuidados, refletindo-se nos resultados obtidos.

As limitações do estudo prendem-se com a falta de recursos humanos e o tempo para a implementação do Projeto. Em relação aos recursos só 25% das visitas foram realizadas em parceria com a enfermeira de família. Um maior envolvimento dos CSP irá potenciar a longo prazo, os resultados finais e certificar esta intervenção, como uma boa prática em Saúde. Em termos de tempo não foi possível comparar valores relativamente à taxa de readmissões antes e depois do Projeto. No entanto recorrendo ao rastreamento informático dos RNs até junho de 2018, não existia registos de episódios de urgência ou internamentos, apenas consultas de rotina.

Em suma como produto final o Projeto teve impacto em variáveis de resultado organizacionais visíveis na qualidade e produtividade dos serviços prestados. Consequentemente obteve ganhos em saúde dos clientes, ao nível da satisfação, autonomia e segurança nos cuidados, com diminuição de eventos adversos e complicações, criando valor em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho T. A nova gestão pública: as reformas no sector da saúde e os profissionais de enfermagem com funções de gestão em Portugal. Aveiro; 2006. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/4621>
2. Rocha JO. Gestão Pública e Modernização Administrativa. Instituto Nacional da Administração. Oeiras; 2001.
3. Araújo JF. A reforma do Serviço Nacional de Saúde: o novo contexto de gestão pública Universidade do Minho: Núcleo de Estudos em Administração e Políticas Públicas. [online]. 2005. Disponível em: [https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/3225/1/NEA_PPSerieI\(9\).pdf](https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/3225/1/NEA_PPSerieI(9).pdf)
4. Mezomo J. Gestão da Qualidade na Saúde: princípios básicos. São Paulo. Brasil: Editora Manole, Lda; 2001.
5. Donabedian A. The Quality of Care. How Can It Be Assessed? Arch Path Lab Med; 1997. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
6. World Health Organization. Survive and thrive: transforming care for every small and sick newborn. [online]. 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326495/9789241515887-eng.pdf>
7. Widerstrom A, Mowder B, Sandall S. Infant development and risk. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co; 2001.
8. Garcês MM. Vivência da figura paterna no trabalho de parto e nascimento no processo de transição para a parentalidade. Dissertação de Mestrado. Porto; 2011. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/1783>
9. Chick N, Meleis AI. Transitions: a nursing concern. Nursing research methodology. Rockeville: Aspen; 2001.
10. Meleis A, Trangenstein P. 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; 2010.
11. Bittar O. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. Revista de Administração em Saúde. [online]. 2001; Jul-Set; 3 (12). Disponível em: <http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/indicadorQualidadeI.pdf>

12. Paterson BL, Bottorff JL, Hewat R. Blending observational methods: possibilities, strategies and challenges. *International Journal of Qualitative Methods*. [online]. 2003; 2 (1): 29-38. Disponível em: http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/2_1/pdf/patersone tal.pdf
13. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições Setenta; 2009.
14. Morais AC, Quirino MD, Almeida MS. O cuidado da criança prematura no domicílio. *Acta paul. enferm.* [online]. 2009; 22 (1): 24-30. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000100004>
15. Souza NL, Fernandes ACP, Costa ICC, Enders CB, Carvalho JBL, Silva MLC. Domestic maternal experience with preterm newborn children. *Rev. Salud Pública*. [online]. 2010; jun; 12(3): 356-367. Disponível em: <http://www.scielosp.org/article/rsap/2010.v12n3/356-367>
16. Sassá AH, Rosa TCS, Souza SNDH, Rossetto EG. Visitas domiciliares como instrumento na assistência ao recém-nascido de muito baixo peso e sua família. *Ciência, Cuidado e Saúde*. [online]. 2012; 10(4): 713-721. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18315>
17. Fonseca EL, Marcon SS. Percepção de mães sobre o cuidado domiciliar prestado ao bebê nascido com baixo peso. *Rev. bras. enferm.* [Online]. 2011; Feb; 64 (1):11-17. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000100002>
18. Lopez GL, Anderson KH, Feutchinger J. Transition of premature infants from hospital to home life. *Neonatal Netw.* 2012; 31(4): 207-214. Disponível em: <https://connect.springerpub.com/content/sgrnn/31/4/207>
19. Braga PP, Sena RR. Estratégias para efetivar a continuidade do cuidado pós-alta ao prematuro: revisão integrativa. *Acta paul. enferm.* [online]. 2012; 25(6): 975-980. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000600023>
20. Wangruangsathid R, Srisuphan W, Picheansathian W, Yenbut J. Effects of a Transitional Care Program on Premature Infants and their Mothers. *Pacific Rim Int J Nurs Res* [online]. 2012; 16(4) 294-312. Disponível em: <http://www.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/5570>
21. Frota MA, Silva PFR, Moraes SR, Martins EMCS, Chaves EMC, Silva CAB. Alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio: vivência materna. *Esc. Anna Nery* [online]. 2013; June; 17(2): 277-283. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127728367011.pdf>

22. Sassá AH, Gaíva MAM, Higarashi IH, Marcon SS. Ações de enfermagem na assistência domiciliar ao recém-nascido de muito baixo peso. *Acta paul. enferm.* [online]. 2014; Oct; 27(5): 492-498. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400080>
23. Santos LC, Balamint T, Souza SNDH, Rossetto EG. Perception of premature infants mothers on home visits before and after hospital discharge. *Invest Educ Enferm.* [online]. 2014; 32(3): 393-400. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072014000300004

Correspondência: engenheiro.olivia@gmail.com