

**Instituto Politécnico de Viseu**  
**Escola Superior de Saúde de Viseu**

Maria do Céu Santos

**“A visita domiciliária ao recém-nascido pré-termo  
após a alta da Neonatologia”**

**RELATÓRIO FINAL VOLUME II**

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Trabalho efectuado sob a orientação da

Professora Doutora Ernestina Silva

Novembro de 2011

ernestinabatoca@sapo.pt

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Ernestina Silva pela sua disponibilidade em nos orientar e ajudar,

Aos médicos pediatras da Neonatologia que partilharam connosco as suas experiências,

A todos que directa ou indirectamente contribuíram para a realização deste trabalho, o nosso reconhecido obrigado.



## RESUMO

A visita domiciliária é entendida como prática de saúde no cuidado à criança e família, com o objectivo principal de maximizar ganhos em saúde e enquadrar a actuação dos diversos actores, famílias e profissionais de forma humanizada.

Considerando importante e necessário reflectir acerca da forma como promover ajuda aos pais e recém-nascidos pré-termo, abraçamos este estudo sobre a visita domiciliária após a alta da Neonatologia.

Os objectivos principais são compreender a importância que os médicos pediatras atribuem à visita domiciliária e identificar os motivos porque não prescrevem visitas domiciliárias a um maior número de recém-nascidos pré-termo após a alta.

É um estudo com características do tipo qualitativo, descritivo, com uma abordagem fenomenológica. A amostra é intencional, constituída por 12 médicos pediatras. O método para colheita de dados foi a aplicação de um questionário, que decorreu durante o mês de Maio de 2011.

A abordagem da análise dos dados qualitativos foi realizada recorrendo à técnica de análise de conteúdo, do tipo temático e frequencial, de acordo com Bardin (1991, 2007) e Amado (2000). Após a análise dos questionários, definiram-se categorias, sub-categorias e indicadores.

Das principais conclusões destaca-se a necessidade de melhorar o tipo e a forma de comunicação entre enfermeiros e pediatras facilitando as oportunidades de melhoria do processo da visita domiciliária, uma maior responsabilização dos profissionais de saúde e garantia da fiabilidade de informação conduzindo à satisfação dos utentes e profissionais, e à reflexão e melhoria dos mecanismos de monitorização dos cuidados prestados promotores das boas práticas da equipa de saúde.

Palavras-chave: Visita domiciliária, recém-nascido pré-termo, família, continuidade e qualidade de cuidados, análise qualitativa.



## **ABSTRACT**

A personal visit is understood as a health practice in child and family care, with the main goal to maximize health gains and to frame the performance of several actors, families and professionals in a humane way.

It is important and necessary to think about the way how to promote help to parents and preterm newborns, so that's why we embrace this study about personal visit after Neonatology discharge.

The main goals are to understand the importance that paediatricians give to personal visits and to identify the motives why they don't assign personal visits to a larger number of preterm newborns after discharge.

It is a study with qualitative and descriptive characteristics with a phenomenological approach. The sample is intentional, composed by 12 paediatricians. The method for data collection was the application of a questionnaire, which was held during May 2011.

The approach of quality data analysis was done using content analysis technique, of thematic and frequency type, according to Bardin (1991, 2007) and Amado (2000). After the questionnaire analysis, categories, sub-categories and indicators were defined.

From the main conclusions we can stand out the need to improve the type and the way that nurses and paediatricians communicate, making the improvement of the opportunities of the personal visit process easier. We can also stand out the need for a bigger responsibility of health professionals and certainty of information reliability leading to users and professionals satisfaction and the reflection and improvement of monitoring mechanisms of the provided cares which develop health team good practices.

**Keywords:** Personal visit, preterm newborn, family, continuity and quality of care, quality analysis.



## ÍNDICE

### ÍNDICE DE FIGURAS

### ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
1 - INTRODUÇÃO .....	13
<b>PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	
2 - QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE.....	19
3 - CUIDAR EM NEONATOLOGIA .....	22
4 - RECÉM-NASCIDO PREMATURO E IMPACTO NA FAMÍLIA .....	25
5 - VISITA DOMICILIÁRIA E CONTINUIDADE DE CUIDADOS .....	29
<b>PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO</b>	
6 - METODOLOGIA .....	35
6.1. MÉTODOS.....	35
6.1.1. Conceptualização do estudo.....	35
6.1.2. Questões de investigação .....	38
6.1.3. Objectivos .....	39
6.1.4. Tipo de investigação .....	39
6.1.5. Esquema conceptual .....	40
6.2. PARTICIPANTES .....	40
6.2.1. Tipo de amostra .....	41
6.3. INSTRUMENTOS .....	41
6.4. PROCEDIMENTOS .....	42
7 - RESULTADOS.....	43
8 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	49
9 - CONCLUSÕES E PROPOSTAS.....	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	57

<b>ANEXOS .....</b>	<b>61</b>
<b>ANEXO I – AUTORIZAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO.....</b>	<b>63</b>
<b>ANEXO II – QUESTIONÁRIO .....</b>	<b>65</b>
<b>ANEXO III – PROCEDIMENTO DA VISITA DOMICILIÁRIA .....</b>	<b>67</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
<b>Figura 1</b> – Desenho de investigação .....	<b>40</b>

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Opinião dos pais que receberam visita domiciliária.....	<b>37</b>
<b>Quadro 2</b> – Caracterização geral dos médicos pediatras.....	<b>41</b>
<b>Quadro 3</b> – Convenções utilizadas na identificação dos participantes .....	<b>42</b>
<b>Quadro 4</b> – Matriz da categoria “conhecimento sobre o protocolo da visita domiciliária” ...	<b>44</b>
<b>Quadro 5</b> – Matriz da categoria “realização da visita domiciliária” .....	<b>45</b>
<b>Quadro 6</b> – Matriz da categoria “ <i>feedback</i> transmitido sobre a visita domiciliária” .....	<b>46</b>
<b>Quadro 7</b> – Matriz da categoria “sugestões para melhorar e aumentar o número de visitas domiciliárias” .....	<b>48</b>



## 1 - INTRODUÇÃO

A visita domiciliária tem vindo a ser largamente adoptada por diversos países, sendo reconhecida como uma prática de saúde, com o objectivo principal de maximizar ganhos em saúde e enquadrar a actuação dos diversos actores, famílias e profissionais.

A conceptualização da visita domiciliária e respectivo desenvolvimento têm como princípios estratégicos melhorar o estado de saúde das populações de forma a atingirem níveis mais satisfatórios de acesso, equidade, eficiência, continuidade de cuidados e qualidade de vida.

A atenção às famílias e à comunidade é o objectivo central da visita domiciliária, sendo entendidas, famílias e comunidade, como entidades influenciadoras no processo de saúde dos indivíduos os quais são regidos pelas relações com o meio e com as pessoas. E nesse caso o “sair para a comunidade” tem impacto na forma de actuação dos profissionais, questionando os seus conceitos acerca do modo de vivência e sobrevivência das famílias.

A visita domiciliária é o objecto de estudo do nosso trabalho e é entendida como prática de saúde no cuidado à criança e família.

Neste contexto, importa desenvolver os meios que possibilitem a visita domiciliária, a todos os recém-nascidos pré-termo após a alta da Neonatologia do Hospital Infante D. Pedro, Aveiro, o que não acontece actualmente.

A visita domiciliária ao recém-nascido prematuro reveste-se de extrema importância para assegurar a continuidade de cuidados e fornecer aos pais todo o apoio que necessitam. Constitui também uma oportunidade de validar a capacidade dos pais em cuidar do seu filho. É importante reflectir sobre o modo como a visita domiciliária da Neonatologia do Hospital de Aveiro, tem vindo a ser desenvolvida e conhecer a importância que os médicos pediatras da unidade atribuem a esta prática.

Uma das prioridades assumidas pelo Plano Nacional de Saúde 2011-2016 é a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, pois apesar de se terem vindo a obter importantes resultados a nível de ganhos em saúde, subsistem problemas de acesso, de continuidade de cuidados, de implementação de boas práticas, assim como um défice de cultura de avaliação e monitorização e uma ampla margem de melhoria dos cuidados que prestamos às famílias.

Em Portugal a taxa de prematuridade tem aumentado ao longo dos últimos anos, mas os avanços médicos nesta área têm sido enormes e as taxas de sobrevivência dos bebés com peso ao nascer inferior a 1500g têm aumentado gradualmente para mais de 85%. Actualmente, 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% ficam sem qualquer problema.

Julgamos por isso ser importante e necessário reflectir acerca da forma de promover ajuda aos pais destes bebés, e aos próprios bebés.

Portugal tem das melhores práticas em termos de prestação de cuidados clínicos aos bebés prematuros, de acordo com um estudo realizado em 13 países da Europa, mas precisa de apostar na relação de proximidade dos pais.

A visita domiciliária quando realizada adequadamente é uma das acções que pode facilitar a compreensão e o cuidado às famílias ao propiciar o conhecimento dos seus modos de vida e padrões de comportamento permitindo incorporar a humanização no cuidado. Além disso tem forte potencial enquanto instrumento de promoção para a saúde e pode ser vislumbrada como uma acção propulsora da integralidade da assistência à saúde.

Neste contexto, encaramos a visita domiciliária como forma de atenção diferenciada e de prática inovadora de construção de saúde.

No nosso entender é fundamental compreender o impacto da visita domiciliária implementada há sensivelmente quatro anos, na nossa unidade de cuidados, a sua dinâmica e todo o processo de organização, permitindo obter respostas para este desafio e concomitantemente mais ganhos em saúde. O conhecimento das percepções da equipa médica, pode tornar-se uma ferramenta de extrema importância para a adequação de estratégias que visam a garantia da oferta de serviços para as famílias.

Os objectivos principais deste estudo são compreender a importância que os médicos pediatras atribuem à visita domiciliária e identificar os motivos porque não prescrevem visitas domiciliárias a um maior número de recém-nascido pré-termo após a alta da Neonatologia.

Este trabalho é composto por duas partes, a primeira é constituída pelo enquadramento teórico onde são abordados os temas, “Qualidade dos cuidados de saúde”, “Cuidar em neonatologia”, “Recém-nascido prematuro e impacto na família” e ainda “Visita domiciliária e continuidade de cuidados”. A segunda parte é constituída pela conceptualização do estudo, métodos, questões de investigação, objectivos, desenho de

investigação, amostra, procedimentos, resultados e respectiva discussão, terminando com breves conclusões do estudo e algumas sugestões.



## **PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## 2 - QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE

A preocupação com a qualidade dos cuidados de saúde atravessa toda a história da Medicina, desde Hipócrates, passando por Florence Nightingale e Ernest Codeman.

Apesar da definição de qualidade estar sempre dependente da perspectiva e valores de quem a define é importante escolher uma definição que sirva de referência.

Campos e Carneiro (2010) optam pela proposta feita pelo Programa Ibérico, em 1990, referindo que é ainda das mais completas: prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional óptimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação dos utentes, sendo que na prestação de cuidados se inclui a promoção da saúde e a prevenção da doença. Também a nós nos parece uma boa opção.

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 preocupadas 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.

Para Campos e Carneiro (2010), as actividades no âmbito da qualidade podem-se dividir em ciclos de melhoria, desenho da qualidade e monitorização da qualidade. Os ciclos de melhoria partem da identificação de um problema de qualidade ou oportunidade de melhoria e a monitorização parte da identificação de aspectos relevantes dos serviços que se oferecem e da criação de indicadores sobre a sua qualidade. O desenho da qualidade, aplica-se à programação de um novo serviço a oferecer, de acordo com a identificação das necessidades e expectativas dos utentes e dos resultados a atingir.

Para estes autores, a complexidade do conceito de qualidade pode, de alguma forma, tornar-se mais explícita, se forem identificadas as principais dimensões englobadas, as quais permitem discriminar melhor as áreas de intervenção. A sua proposta inclui a efectividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, cuidados centrados no doente, continuidade e respeito. Podemos dizer que todas estas dimensões

estão directamente ligadas à qualidade dos cuidados de saúde e cada uma delas consiste no seguinte:

- Efectividade é o grau em que uma determinada intervenção produz os efeitos desejados;
- Eficiência é o grau em que os objectivos são atingidos através da minimização da utilização de recursos;
- Acesso pode ser definido como a percentagem de pessoas a necessitar de um determinado tipo de cuidados que os obtém na realidade;
- Segurança tem a ver com a redução dos riscos de acidentes ou erros relacionados com os cuidados de saúde;
- Equidade relaciona-se com a prestação de cuidados aos doentes de acordo com as suas necessidades sem discriminação pelo sexo, idade, nível económico, situação geográfica ou outras;
- Adequação é o grau de conformidade dos cuidados prestados às necessidades dos doentes de acordo com o estado da arte;
- Oportunidade é a possibilidade de o doente receber os cuidados que necessita de acordo com o tempo clinicamente aceitável para a sua condição;
- Cuidados centrados no doente é a dimensão da qualidade que garante que as decisões relacionadas com a prestação e organização de cuidados têm como principal critério o interesse dos doentes, as suas expectativas, preferências e valores;
- Continuidade é a garantia de que não há interrupções no processo de cuidados do doente entre diferentes níveis;
- Respeito é a forma como os profissionais de saúde correspondem aos direitos dos doentes de acordo com a sua identidade.

O Serviço Nacional de Saúde tem como principal objectivo promover o acesso e uma prestação de cuidados de saúde com a melhor qualidade possível. Neste contexto, as competências dos profissionais que prestam os cuidados representam um factor muito importante para o sucesso desse objectivo.

De acordo com Glouberman e Mintzberg (2001), os hospitais são organizações extraordinariamente complexas, representando a forma de organização humana que alguma vez se tentou gerir. De facto, fazem um intenso uso de recursos humanos, tecnologia e

conhecimento, além de desempenharem um papel fundamental na prestação de cuidados de saúde, como a responsabilidade que têm perante o cidadão na prestação de cuidados, na promoção, prevenção e protecção da saúde.

Cada vez mais o grande objectivo passa por promover uma maior coordenação entre cuidados, com enfoque no ciclo de vida, tendo por base a evidência científica e o envolvimento do cidadão.

Ao nível da qualidade e segurança dos cuidados prestados, futuramente a grande aposta serão os cuidados domiciliários, segundo as propostas para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. A componente dos cuidados domiciliários e a aproximação à comunidade permitirá um acompanhamento holístico do utente e assim garantir ganhos do bem-estar das famílias. Por outro lado previnem-se episódios de readmissões hospitalares. De facto, a visita domiciliária corresponde a um modelo de prestação de cuidados onde impera a centralidade no cidadão e a que vários autores aludem.

O doente do futuro já não é um receptor de cuidados passivo, ele está informado e é exigente. Solicita melhor e mais informação sobre a sua condição, opções de tratamento e sobre o desempenho dos médicos. Além disso, está bem organizado através de grupos de apoio, de âmbito nacional e local, para protecção dos seus direitos (ESCOVAL et al., 2010, p. 56).

Perspectivamos, pois, um maior investimento no âmbito da prática da visita domiciliária pensando neste contexto da qualidade dos cuidados de saúde e de entendimento dos objectivos do Serviço Nacional de Saúde.

O alcance da qualidade em saúde/cuidados de saúde, requer a avaliação aos diversos sentidos atribuídos às suas práticas pelos diversos actores nelas envolvidos, em especial as famílias.

### 3 - CUIDAR EM NEONATOLOGIA

A palavra cuidar passa a ter significado quando o resultado desta acção é benéfico para a pessoa em questão e é esperado que a acção do cuidar traga o máximo de bem-estar.

Para Walter Hesbeen, cit in Honoré, (2004), tomar cuidado do outro consiste em dedicar uma atenção particular à pessoa que vive uma situação particular com o objectivo de ajudá-la, de contribuir para o seu bem-estar e de promover a sua saúde.

A população neonatal, sobretudo os recém-nascidos pré-termo, incompetentes por força do seu estágio de desenvolvimento, está totalmente dependente dos seus cuidadores, profissionais de saúde e respectivas famílias, aos quais se exige a responsabilidade pelas decisões a tomar que possam colocar em questão o seu bem-estar.

São estes cuidadores e responsáveis que possuem as competências necessárias para procederem correctamente, do ponto de vista técnico-científico, relacional, afectivo e ético, o que implica saber decidir.

O incentivo à família na participação, decisão e colaboração dos cuidados, a humanização e formação dos técnicos de saúde, assim como o respeito pelos direitos relativos à religião e à barreira linguística e diferença cultural, devem também ser considerados imperativos essenciais na organização dos serviços de pediatria.

Na perspectiva de parceria com os pais no cuidar da criança o modelo de Casey aplicado nas unidades de neonatologia, tem um contributo valioso, favorecendo o estabelecimento da vinculação mãe/filho, permitindo ao mesmo tempo um crescimento físico emocional e social da família, onde os pais são parceiros no cuidar.

Para Casey (1993, p. 233), “os cuidados centrados na família, prestados em parceria com esta, são a filosofia de enfermagem pediátrica da década de noventa. As crenças e valores que sustentam essa filosofia incluem o reconhecimento de que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança.”

Neste modelo a participação dos pais nos cuidados implica uma relação de parceria entre a equipa e os pais, e para a autora não devem existir fronteiras bem definidas nem compartimentalização de funções, mas sim existir acções complementares que têm como fim o máximo bem-estar da criança. A equipa de enfermagem é responsável pelo ensino e

supervisão dos cuidados, a sua acção é de educação contínua, discussão, reflexão e comunicação permanente.

Ao envolvermos a família nos cuidados, estamos a contribuir para a sua segurança, autonomia e responsabilidade nos cuidados e bem-estar do bebé, no momento e mais tarde em casa, o que é imprescindível para garantir a continuidade dos cuidados no domicílio. Contudo é importante providenciar a visita domiciliária aquando da alta.

Esta filosofia de cuidar em pediatria/neonatologia reconhece e valoriza a importância da família no cuidar da criança, para o seu bem-estar e qualidade de vida.

A arte do cuidar pode ser aplicada em diferentes contextos, abordando o contexto domiciliário, que se encontra em estudo. Cuidar no domicílio possibilita uma acção do cuidar a diferentes pessoas. Os cuidados podem ser ou não complementados com tratamentos, "(...) mas os cuidados de apoio à vida são o fundamento do apoio no domicílio" (COLLIÈRE M., 2003, p.339).

No domicílio, o enfermeiro tem múltiplos papéis. Ser um clínico e educador com experiência e com vontade de trabalhar no ambiente familiar, além disso deve estar disposto a assumir a responsabilidade de comandar uma prática de enfermagem autónoma, que orienta cuidados multidisciplinares. Os cuidados prestados no domicílio são muito complexos uma vez que requer tomadas de decisão independentes e capacidades de uma avaliação correcta do utente (RICE, 2004).

Os ensinamentos efectuados ao utente no domicílio são muito importantes na prática de enfermagem domiciliária, tanto o utente como o prestador de cuidados devem conseguir dar resposta às necessidades que puderem surgir, no que diz respeito aos cuidados de saúde na ausência do enfermeiro. Assim, os cuidados domiciliários têm um papel fundamental no que diz respeito ao ensino centrado na aprendizagem (RICE, 2004).

Segundo o mesmo autor, os cuidados domiciliários podem vir a tornar-se o meio preferido dos utentes e o mais rentável na gestão destes distúrbios, apesar de haver uma contínua investigação nesta área.

A visita domiciliária permite uma intervenção contextualizada com o intuito da prestação de cuidados no âmbito do tratamento, reabilitação, prevenção de complicações, promoção de saúde, de forma contínua com o objectivo de promover a qualidade de vida. Todo o envolvimento do enfermeiro dentro do seio familiar coopera directamente para o contentamento e satisfação do utente.

Na Carta da Criança Hospitalizada, aprovada em Leiden por várias associações europeias, são expressos e universalmente aceites alguns princípios como o internamento

como recurso último, o tratamento mínimo eficaz, o acompanhamento pelos pais e a adequação da informação e dos serviços aos diferentes grupos etários pediátricos. Assim como o incentivo à família na participação, decisão e colaboração nos cuidados.

Segundo a Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente, (2009), estas orientações juntamente com os dados demográficos nacionais e regionais contribuíram para definição da Carta Hospitalar e de Cuidados Pediátricos em Portugal. A transposição dos conceitos para a realidade portuguesa permite uma maior rentabilidade dos meios à disposição, assegurando que todas as crianças tenham acesso aos cuidados apropriados e no momento em que deles careçam: é este o objectivo fundamental da presente Carta Hospitalar que constitui a base da Rede Hospitalar de Pediatria.

Esta colaboração será seguramente útil para melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados prestados, estreitar a cooperação e potenciar o trabalho das duas especialidades e, sobretudo, a prestação de cuidados a crianças e adolescentes numa aposta de proximidade às comunidades.

O enfermeiro torna-se a figura central de suporte à família com o objectivo de assegurar que a família continue como principal cuidador e onde os pais sejam fortalecidos pela experiência com maior competência e segurança nos seus papéis.

#### 4 - RECÉM-NASCIDO PREMATURO E IMPACTO NA FAMÍLIA

O nascimento de um bebé será sempre um acontecimento sublime, mas quando a chegada do bebé ocorre cedo demais e os pais se confrontam com um nascimento prematuro, essas emoções podem ser verdadeiramente dolorosas, acarretando um turbilhão de sentimentos e pensamentos confusos e intensos.

O nascimento prematuro tem sido destacado como um factor que constitui uma considerável fonte de stress para a família.

Segundo Valente e Santos (2001), em casos de nascimento prematuro, os próprios pais podem também ser afectados, acrescentando à situação novos factores de risco relacionados com o seu próprio ajustamento psicológico e com as interações que estabelecem com a criança. Com efeito, a literatura tem sublinhado de forma consistente que esta é uma situação que pode também constituir um risco para a saúde mental da mãe e para a dinâmica familiar.

Nos últimos anos tem havido um aumento considerável na sobrevivência destas crianças, devido à investigação e aos avanços tecnológicos na área da medicina perinatal, assim como aos cuidados prestados na assistência ao recém-nascido.

O recém-nascido prematuro possui características muito específicas o que causa um impacto nos pais, que são também avassalados por sentimentos relativos à situação de crise. O conjunto destes factores influencia a vinculação entre pais e bebé, bem como, o desenvolvimento das suas competências na prestação de cuidados.

Em traços gerais e de acordo com Brazelton e Cramer (1989), 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 recém-nascido, uma vez que o bebé não nasce no parto, mas sim, quando emerge na imaginação dos pais, é agravada nos pais do recém-nascido prematuro devido ao seu aspecto e competências.

Assim, quando os pais vêem pela primeira vez o seu filho prematuro, pequeno, magro, com múltiplos aparelhos e tubos em seu redor, com pouca capacidade de atenção e de reacção, são confrontados com uma imagem que nada tinha a ver com o bebé sonhado.

Trata-se, sem dúvida, de uma situação delicada e que, na maior parte das vezes, é inesperada. Além disso, as informações disponíveis sobre o assunto podem acabar por gerar nos pais preocupações desnecessárias, ansiedade e insegurança.

Barros e Brandão (2002) referem estudos de observação longitudinal que permitem avaliar a comunicação entre a mãe e o prematuro. Verifica-se que durante o internamento as mães tendem a ser menos activas do que as dos bebés saudáveis, podendo mostrar-se desinteressadas e apáticas. Ao nível da comunicação estas mães apresentam também diferenças, sendo que tendem a insistir em padrões comportamentais de estimulação geradores de stress no prematuro ou que não obtêm resposta, recorrendo minoritariamente a comportamentos susceptíveis de o acalmar e de o organizar.

Outros estudos apontam também para uma associação entre a dificuldade de compreender o bebé e o desajuste nas atitudes do cuidador. Mesmo quando o bebé já está integrado no sistema e ambiente familiares, estas mães continuam a apresentar diferenças, apresentando maiores níveis de actividade, mas menos prazer na interacção com o bebé. Dessa forma, o estabelecimento da vinculação pode ser demorado, dado que o assumir um papel activo nos cuidados ao filho está dificultado.

O papel dos pais é determinante no desenvolvimento do recém-nascido prematuro. Os sentimentos, emoções e comportamentos iniciais dos pais que vivenciam o nascimento de um filho prematuro influenciam as interacções precoces, que são perturbadas devido aos cuidados intensivos de que o bebé necessita (VIDIGAL et al., 2001).

As autoras referem que nos primeiros dias após a alta os pais dos bebés prematuros apresentam menos contactos corporais, falam menos e sorriem menos para o bebé relativamente aos pais dos bebés de termo. Verifica-se também que mesmo após o desaparecimento das diferenças entre crianças prematuras e de termo, as mães continuam a manifestar diferenças ao nível da interacção. Muitas vezes, os pais continuam a considerar a criança prematura como mais vulnerável a acidentes ou doenças, o que desenvolve um sentido de sub-protecção, dificuldade na separação e perturbações de sono.

O nascimento prematuro é visto, ainda, como uma situação geradora de stress para toda a família, uma vez que traz uma série de consequências psicológicas, que afectam todas as pessoas que contactam com os pais, mas também, repercussões financeiras e ocupacionais (LOUREIRO, 2000).

Barros e Brandão (2002), referem ainda que o prematuro, o bebé de baixo peso e o bebé doente são descritos em vários estudos como menos reactivos a estímulos, com períodos curtos de estado de alerta e mobilidade pouco frequente. Estas diferenças ao nível da reactividade e de resposta do recém-nascido de risco têm consequências ao nível da

qualidade da interacção que estabelece com os cuidadores, sendo um parceiro diferente do bebé saudável. Dessa forma, o comportamento dos pais na interacção com o recém-nascido prematuro ou recém-nascido doente é diferente dos pais dos bebés de termo e saudáveis.

Tendo em conta as diferenças interactivas destes bebés, os pais apresentam também diferenças ao nível da iniciativa e das atitudes interactivas. Pelas características inerentes a estes bebés 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.

Durante a gravidez, os pais idealizam o bebé. Aquando do seu nascimento, surge o confronto entre o bebé que foi idealizado e o bebé agora real. Esta adaptação ao bebé real torna-se mais difícil com o nascimento de um bebé em risco: perde-se o bebé idealizado e surge o bebé que era temido, conduzindo a sentimentos de elevado sofrimento.

Os profissionais entendem esses sentimentos. E também sabem que é essencial o envolvimento dos pais nos cuidados ao bebé, por outro lado, os pais devem estar cientes de que a permanência na unidade é temporária, e que mais tarde vão assumir os cuidados ao seu filho, em casa.

O nascimento é, sem dúvida, o primeiro momento de tomada de consciência dos numerosos desafios e dos dias, muitas vezes difíceis, que se avizinham. Estas famílias têm necessidade de se adaptar à sua nova realidade. A ambiguidade de sentimentos, emoções e necessidades, prolongam-se mesmo quando o bebé vai para casa.

Nesta perspectiva os profissionais de saúde desempenham um papel preponderante na capacitação para a vivência de uma parentalidade autónoma, respondendo às necessidades específicas destas famílias, tendo em conta a transição do ciclo de vida em que se encontram.

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.

Os pais dos bebés prematuros, no momento da alta, são confrontados com o afastamento da tecnologia que lhes dava um sentimento de segurança, bem como o afastamento dos profissionais de saúde relativamente aos quais estabelecem alguma dependência (VIDIGAL et al., 2001).

A preparação para a alta do prematuro deve começar no primeiro dia de internamento, com a participação progressiva dos pais nos cuidados, através do ensino e supervisão adequados às suas dificuldades e questões. A parceria permite-lhes assim o

desenvolvimento de competências e conhecimentos nos cuidados ao recém-nascido de risco, para que no momento da alta se sintam seguros e autónomo.

O desenvolvimento de competências nos pais e as suas contingências têm sido destacados por alguns estudos. Ferreira e Costa (2004) referem que os pais dos bebés prematuros precisam desenvolver uma preparação para a aquisição de novas competências e aperfeiçoamento das que existiam previamente.

Marques e Sá (2004), realçam que na actualidade, verifica-se um decréscimo na auto-confiança dos pais ao prestarem cuidados aos seus filhos. Tendo em conta a filosofia de cuidados inerentes à Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, surge a preocupação de ajudar os pais a desenvolverem um nível de competências que lhe permitam cuidar do recém-nascido após a alta clínica.

Segundo Kenner (2001), as intervenções com as famílias dos recém-nascidos de risco agrupam-se em quatro categorias principais:

- Fornecer informação;
- Reforçar sistemas de apoio;
- Treinar habilidades na prestação de cuidados ao recém-nascido;
- Promover a vinculação entre pais e recém-nascido.

“A filosofia dos cuidados centrados na família reconhece esta como uma constante na vida da criança pelo que os sistemas de serviço e pessoal devem apoiar, respeitar, encorajar e potencializar a força e a competência da família” (WINKELSTEIN, 2006).

Para estas autoras, à medida que os pais aprendem sobre as necessidades de cuidados de saúde da criança, tornam-se especialistas nesses cuidados; não obstante, há diferentes formas de interacção das famílias com os profissionais de saúde, pelo que estes, na relação de parceria estabelecida, devem ter em conta a individualidade de cada sistema familiar adoptando as estratégias adequadas a cada caso.

## 5 - 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, susceptível 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 perspectiva sistémica, funcionando através de redes de articulação entre os diferentes níveis de cuidados.

A visita é considerada um continuum dos cuidados de saúde pois os serviços de saúde são oferecidos às famílias nas suas casas com o objectivo 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 infecção, um maior número de doentes 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, pois sem o qual, não só os benefícios se concretizam, como se podem correr riscos com as diversas consequências.

A visita domiciliária, no nosso contexto profissional, é a consulta de enfermagem no domicílio, realizada pela enfermeira da Neonatologia, em articulação com a enfermeira de Cuidados de Saúde Primários, após a alta do bebé da unidade. Neste domínio é importante enfatizar a importância da articulação existente entre os Cuidados Hospitalares e os Cuidados de Saúde Primários, através da visita domiciliária.

No nosso entender a visita domiciliária é um procedimento para a garantia da qualidade, sem prejuízo de recursos, é uma actividade que o enfermeiro desenvolve de

forma a concretizar os cuidados directos à criança e família conduzindo a uma maior autonomia e independência.

“A visita domiciliária é o instrumento para conhecer o meio em que vive a família e que influencia a saúde de quantos nele habitam” (MARTIN, 1994).

Os cuidados prestados no domicílio favorecem um seguimento directo 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 tomada de decisão.

Para Marinheiro (2002), 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 adopção de uma relação de ajuda mais congruente com uma avaliação completa e realista do meio físico, familiar e social.

Dada a importância da continuidade de cuidados na qualidade dos cuidados prestados, 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, 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 ao utente e família ao longo do tempo.

É fundamental que o enfermeiro valorize as características gerais e individuais de cada família para determinar que tipo de ajuda necessita e que cuidados podem prestar. Factores desencadeantes de stress podem alterar as relações familiares, produzindo uma crise na adaptação da família à criança, devendo o enfermeiro facilitar o processo de adaptação à nova situação.

O papel da enfermeira na visita domiciliária é fundamentalmente de apoio e de transmitir segurança aos pais, ou à pessoa cuidadora, avaliar directamente as condições habitacionais, detectar situações de risco e educar, o reforço dos ensinamentos é 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 aspectos psico-afectivo-sociais e biológicos da clientela assistida.

A visita domiciliária é um dos meios de viabilizar acções integradas de vigilância, prevenção e promoção da saúde, constituindo importante ferramenta de trabalho no cuidado estratégico às famílias atendidas ao permitir *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 (1993), “a continuidade de cuidados de saúde pela interligação entre os respectivos serviços é uma base indispensável ao seu bom funcionamento, à boa qualidade de trabalho e ao atendimento da criança em tempo útil e de acordo com as suas actividades”. Segundo esta Comissão é fundamental esta adopção de comportamentos e práticas de saúde entre serviços e profissionais que atendem a criança e família.

Marinheiro (2002), refere que a parceria pais/profissionais é um mecanismo poderoso para a capacitação e potencialização familiar e aí se reconhece o direito que os pais têm de decidir sobre o que é importante para o seu filho doente. A colaboração que é dada é vista como um continuum e a família encontra-se nesse continuum consoante as suas necessidades e capacidades.

Em alguns estudos verificou-se que a assistência domiciliar não modifica apenas a maneira de trabalhar, somando mais uma tarefa aos serviços de saúde tão saturados, mas tem potencialidades para sensibilizar o modo de agir e pensar dos profissionais. A prática de prestar assistência nos domicílios, nos lares, nos locais de vivência e trabalho das pessoas, favorece uma aproximação da realidade que é complexa e dinâmica, possibilitando, portanto, uma reflexão e revisão da própria atitude dos profissionais na busca de transformações do cuidado.

Os profissionais de saúde são sujeitos importantes nos processos de mudança do sistema de saúde e de comportamentos, quando se tornam actores sociais com vontade de transformar e de se responsabilizar com a vida do outro. Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue.

Importa garantir o desenvolvimento de estratégias de resposta integrada, de acordo com os níveis de actuação, assegurando a prestação de cuidados no nível adequado e com a melhor utilização de recursos possível, um acesso a cuidados de saúde altamente diferenciados, para os quais é necessária uma concentração específica de recursos (infra-estruturas, conhecimento, competências), e a programação dos cuidados necessários para responder às necessidades com níveis de qualidade acrescidos.

**PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO**



## **6 - METODOLOGIA**

Segundo Moreira (2002), as pessoas são diferentes dos objectos e o estudo do comportamento humano, conseqüentemente, requer uma metodologia que tenha em conta tais diferenças. Os interpretacionistas vêem a vida humana como activamente construída pelas pessoas em contacto com as outras.

No intuito de saber se o que percepcionávamos correspondia à realidade, realizámos um estudo descritivo, recorrendo a uma abordagem qualitativa, na qual entrevistamos 12 médicos pediatras, a totalidade dos médicos que trabalham na Unidade de Neonatologia.

A pesquisa qualitativa implica tanto o pesquisador, como as pessoas que são objecto da pesquisa. Este tipo de pesquisa é valioso não só pelo conhecimento que produz sobre o estudado, mas também pelas novas zonas de sentido que permite descobrir em relação ao objecto de estudo. Permite compreender a realidade, motivos, valores e atitudes que correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenómenos.

### **6.1. MÉTODOS**

#### **6.1.1. Conceptualização do estudo**

A reflexão sobre a nossa prática realizada no Relatório Final Volume I contribuiu para um maior interesse/preocupação acerca das práticas de saúde e dos processos de trabalho no âmbito da visita domiciliária ao recém-nascido pré-termo após a alta da Neonatologia, com a esperança de obtermos respostas esclarecedoras para as nossas questões.

Relembramos que a visita domiciliária, no nosso contexto profissional, é a consulta de enfermagem no domicílio, realizada pela enfermeira da Neonatologia, em articulação com a enfermeira de Cuidados de Saúde Primários, após a alta do bebé da Unidade, sendo para isso necessária a prescrição do médico pediatra.

Identificadas algumas dificuldades neste âmbito, questionámo-nos sobre possíveis acções a desenvolver para podermos garantir a continuidade de cuidados a estes bebés após a alta hospitalar.

A prática da nossa Unidade de Neonatologia assenta em princípios básicos do "cuidar em pediatria", assenta em valores holísticos e humanísticos, baseia-se nos cuidados centrados na família e na parceria de cuidados. A qualidade dos cuidados passa pelo desenvolvimento de sistemas de trabalho humanizados e nas oportunidades de melhoria desses mesmos sistemas. A continuidade de cuidados é privilegiada, o planeamento de cuidados valorizado e as necessidades das crianças e famílias discutidas e avaliadas.

A realidade da nossa prática tem vindo a modificar-se, e assistimos de dia para dia a novos desafios, impondo-se novas formas de gestão, novas estratégias, novas formas de entender o cuidar em neonatologia.

Os tempos são exigentes, as famílias exigem respostas em termos de saúde rápidas, eficientes e competentes, e os profissionais têm de estar preparados para este cuidado, tendo os pais como cuidadores de eleição a quem cabe apoiar e ensinar.

A educação para a saúde proporcionada pelo Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria, nas unidades de neonatologia, em particular na nossa Unidade, é um vector muito importante capaz de promover a qualidade de vida dos recém-nascidos prematuros, assim como a construção da parentalidade e a implementação de projectos de intervenção no domicílio, como a visita domiciliária.

É neste âmbito que nasce o nosso estudo. Sentimos uma inquietação/preocupação e interesse acerca da forma como está a ser desenvolvida a visita domiciliária instituída na Unidade de Neonatologia desde 2008, onde trabalhamos.

O conhecimento das percepções da equipa médica, pode tornar-se uma ferramenta de extrema importância para a adequação de estratégias que visam a garantia da oferta de serviços para as famílias.

Assim, torna-se importante a identificação e a compreensão dos aspectos relacionados com a visita domiciliária, os quais podem influenciar na sua requisição por parte da equipa médica.

Com o Protocolo de Articulação de Cuidados entre o Hospital Infante D. Pedro e a então Sub-Região de Saúde de Aveiro, realizado em 2004, foi criada a visita domiciliária no âmbito geral. Em 2008 foi criada a visita domiciliária para neonatologia, a título experimental, apenas para o concelho de Aveiro.

Actualmente abrange os três Agrupamentos de Centros de Saúde: BAIXO VOUGA I - Águeda, Anadia, Oliveira do Bairro, Sever do Vouga; BAIXO VOUGA II - Albergaria à Velha, Aveiro, Ílhavo, Vagos; BAIXO VOUGA III - Estarreja, Murtosa.

Os objectivos delineados para este projecto foram: assegurar a continuidade de cuidados após a alta hospitalar; assegurar a articulação entre Cuidados Hospitalares e Cuidados de Saúde Primários; apoiar os pais na prestação de cuidados no domicílio; diminuir a necessidade de recorrer ao hospital, após a alta e também as altas precoces.

De Março de 2008 a Março de 2011 realizaram-se 29 visitas; em duas os bebés foram encaminhados no mesmo dia para o hospital, por situação de risco.

Durante os quase quatro anos de implementação, das 219 crianças prematuras internadas na Neonatologia, apenas vinte e nove tiveram direito a visita domiciliária (13,24%). Trata-se sem dúvida de uma situação geradora de preocupação, que na nossa opinião necessita de ser esclarecida.

Mesmo que, não sendo a visita domiciliária a única forma de acção que favoreça a promoção de saúde, ela deveria ser entendida como uma acção de avaliação e articulação, de comunicação e preocupação com os recém-nascidos pré-termo e as suas famílias. Por isso é necessário conhecer esta realidade, descobrir o porquê deste número reduzido de visitas ao recém-nascido pré-termo.

Após um ano de se ter iniciado esta prática de cuidados, foi realizada uma avaliação da mesma junto das famílias que tinham recebido visita, um total de 11 famílias. Através de entrevista semi-estruturada, pediu-se a opinião aos pais acerca da visita (Quadro 1).

**Quadro 1 – Opinião dos pais que receberam visita domiciliária.**

<b>OPINIÃO DAS MÃES/ PAIS EM RELAÇÃO À VISITA DIMICILIÁRIA</b>
Útil para tirar dúvidas
A visita deveria ser após as 72 horas para surgirem mais dúvidas
Os pais sentem-se mais seguros em relação à informação transmitida pelo hospital ao centro de saúde
Possibilidade de reforço de ensinios
Haver uma segunda visita
Útil quando os pais têm dificuldades em transporte para deslocação ao hospital
Os pais sentem que existe continuidade nos cuidados
Os pais sentem-se mais seguros em relação aos cuidados
Redução do número de saídas de casa

Face às opiniões recolhidas, entendemos que a visita domiciliária é benéfica para as famílias/bebés, permitindo esclarecer dúvidas e ao mesmo tempo assegurar o apoio às famílias através do interesse demonstrado pelo hospital e centro de saúde.

Ainda, as visitas têm sido promotoras do diálogo entre as diferentes unidades prestadoras de cuidados de saúde e responsáveis pela identificação dos problemas e necessidades. Ajuda as famílias a tornarem-se mais independentes nos cuidados ao bebé.

Neste momento de avaliação já se destacava a necessidade de maior valorização da visita por parte da equipa médica e a necessidade de realização de maior número de visitas. É de salientar que no primeiro ano de implementação do projecto foram realizadas 11 visitas domiciliárias apesar dos 58 recém-nascidos pré-termo com critérios de visita.

Na realidade, apesar dos importantes resultados que obtivemos (resultados das entrevistas com os pais) em termos de ganhos em saúde, subsiste uma preocupante realidade, na prática médica, a qual podemos considerar um problema de acesso, de continuidade de cuidados, assim como um atraso na implementação de boas práticas e de melhoria dos cuidados que deixamos de prestar aos recém-nascidos prematuros internados na Neonatologia.

### **6.1.2. Questões de investigação**

A análise e a reflexão sobre as práticas dos cuidados e as necessidades das famílias são condição necessária para a implementação de uma nova dinâmica da visita domiciliária.

Enquanto prática assistencial, esta não está a ser desenvolvida de forma a abranger todas as crianças que se encontram dentro dos critérios estabelecidos pelo protocolo entre os Cuidados de Saúde Primários e o Hospital. Constatamos que na grande maioria dos casos a equipa médica não efectua a prescrição da visita domiciliária ao recém-nascido pré-termo. Tentar compreender o porquê desta atitude será a questão fundamental.

Assim, as questões de investigação definidas para este estudo são as seguintes:

- **Qual o conhecimento que os médicos pediatras têm acerca do protocolo existente entre o Hospital Infante D. Pedro e os Agrupamentos de Centros de Saúde: BAIXO VOUGA I, II e III sobre a visita domiciliária ao recém-nascido pré-termo, após a alta da Neonatologia?**
- **Qual a importância que os médicos pediatras atribuem à visita domiciliária ao recém-nascido pré-termo?**
- **Porque será que os médicos pediatras não prescrevem a visita domiciliária a um maior número de recém-nascidos pré-termo?**

### 6.1.3. Objectivos

Considerando a importância da visita domiciliária na promoção da saúde do recém-nascido pré-termo e pretendendo sensibilizar os médicos pediatras para o cumprimento do protocolo existente e o incremento desta prática, estabelecemos os seguintes objectivos:

- Compreender a importância que os médicos pediatras atribuem à visita domiciliária ao recém-nascido pré-termo após a alta da Neonatologia;
- Identificar os motivos porque os médicos pediatras não prescrevem as visitas domiciliárias a um maior número de recém-nascidos pré-termo após a alta da Neonatologia.
- Identificar o número de recém-nascidos pré-termo que se encontravam dentro dos critérios para visita domiciliária e os que receberam visita domiciliária;
- Identificar o conhecimento que os médicos pediatras têm acerca do protocolo existente entre o Hospital Infante D. Pedro e os Agrupamentos de Centros de Saúde sobre a visita domiciliária ao recém-nascido pré-termo, após a alta da Neonatologia.
- Identificar se é transmitida aos médicos pediatras a informação sobre o recém-nascido e família após a realização das visitas domiciliárias.

### 6.1.4. Tipo de investigação

Optámos por uma investigação qualitativa, pelo facto de oferecer oportunidade de explorar as questões que se colocam na prática, ser baseada na perspectiva naturalista ou humanista, concentrando-se em demonstrar a relação que existe entre as descrições, as explicações e as significações dadas pelos participantes e o investigador.

“As questões de investigação, que necessitam de uma exploração ou de uma descrição do vivido ou da experiência humana importam à investigação qualitativa”, (FORTIN 2009).

Para esta autora, o objectivo das investigações qualitativas é descobrir, explorar, descrever fenómenos e compreender a sua essência.

Segundo Moreira (2002), a pesquisa qualitativa caracteriza-se mais por dúvidas, indefinições e conceitos vagos do que por certezas absolutas e rotinas de trabalho bem estabelecidas.

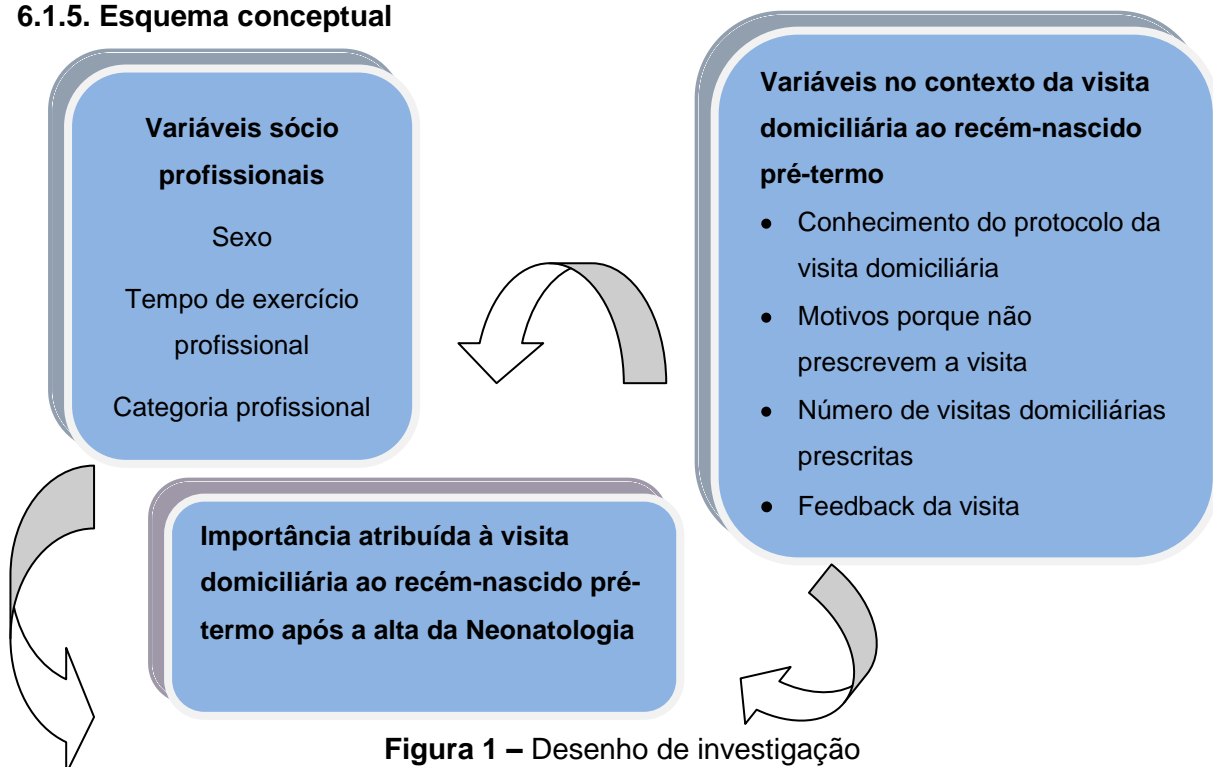
Streubert e Carpenter (2002), referem que os enfermeiros comprometidos com a investigação qualitativa reconhecem a realidade subjectiva inerente ao processo de investigação e aceitam-na.

O nosso estudo é um estudo com características do tipo qualitativo, descritivo com uma abordagem fenomenológica.

Segundo Fortin (2009), os estudos deste género, visam denominar, classificar, descrever uma população ou conceptualizar uma situação. Esta autora refere ainda, que o desenho descritivo pode servir para descrever fenómenos e para encontrar relações entre variáveis. O estudo fenomenológico, consiste na explicitação de diversas experiências saúde-doença e de diversas experiências de cuidados. A atenção do investigador incide sobre a realidade tal como é percebida pelos indivíduos. O objectivo consiste, portanto, em conhecer uma realidade do ponto de vista das pessoas que a vivem.

“Os resultados da pesquisa fenomenológica são invariavelmente descritos a partir da orientação dos participantes, em vez de serem codificados em linguagem científica ou teórica. Usam-se palavras reais dos participantes para ajudar na descrição”(MOREIRA, 2002, p. 118).

#### 6.1.5. Esquema conceptual



**Figura 1** – Desenho de investigação

## 6.2. PARTICIPANTES

### 6.2.1. Tipo de amostra

A amostra definida para a nossa investigação é uma amostra intencional, foi constituída por 12 participantes, de acordo com a sua experiência na Neonatologia do Hospital de Aveiro, o que corresponde à totalidade dos médicos pediatras que trabalham na Neonatologia.

#### Caracterização da amostra

Dos 12 participantes, 4 são do sexo masculino, 8 do sexo feminino, com tempo de exercício profissional que varia entre os 6 anos e os 30 anos. Em relação à categoria profissional, 8 possuem a categoria de “pediatra” e 4 de “assistente hospitalar” (Quadro 2).

**Quadro 2** – Caracterização geral dos médicos pediatras.

VARIÁVEIS	SEXO		TOTAL
	FEMININO	MASCULINO	
TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL (ANOS)			
5 – 10 anos	4	1	5
11 – 20 anos	3	1	4
21 – 30 anos	1	2	3
TOTAL	8	4	12

## 6.3. INSTRUMENTOS

Segundo Streubert e Carpenter (2002), todo o investigador afecta, de alguma forma, os participantes no estudo. O factor que faz a diferença na investigação é a tentativa séria de procurar a perspectiva *emic*, ou seja, a perspectiva interior do participante. Os investigadores qualitativos exploram a natureza interior do participante com o maior respeito pela sua perspectiva de espaço.

Tendo por base este conhecimento, o método para colheita de dados que se achou o mais adequado foi a aplicação de um questionário (Anexo II).

#### 6.4. PROCEDIMENTOS

Foi obtida autorização para a aplicação dos questionários através de pedido formal da Escola Superior de Saúde de Viseu ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital Infante D. Pedro, E.P.E. – Aveiro, (Anexo I).

Foi solicitada a colaboração a todos os participantes, explicados os objectivos do estudo e assegurada a confidencialidade das suas respostas.

A aplicação dos questionários decorreu num período de tempo compreendido entre os dias 2 e 30 de Maio de 2011.

A fonte de dados para este estudo é constituída pelos dados obtidos através dos questionários aplicados aos médicos pediatras.

Os questionários foram identificados conforme a convenção apresentada no Quadro 3.

**Quadro 3** – Convenções utilizadas na identificação dos participantes

PARTICIPANTES	CONVENÇÃO
Médicos Pediatras	M1 a M12

## 7 - RESULTADOS

A abordagem da análise dos dados qualitativos deste estudo foi realizada recorrendo à técnica de análise de conteúdo, do tipo temático e frequencial, de acordo com Bardin (1991, 2007) e Amado (2000). Foi realizada a categorização do seu conteúdo em categorias, sub-categorias e indicadores.

Segundo estes autores, a análise de conteúdo aparece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens. O interesse não reside na descrição dos conteúdos mas sim no que estes nos poderão ensinar após serem tratados. A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção, recorrendo a indicadores.

O modelo de análise qualitativa constituiu-se a partir da leitura e apreensão global das respostas com o objectivo de encontrar aquilo que nos pareceu mais significativo, quais as partes principais, onde podemos encontrar diferenças entre os dados. As partes significativas foram definidas por temas ou perspectivas de investigação.

Após a análise dos questionários, definiram-se quatro categorias: conhecimento sobre o protocolo da visita domiciliária; realização da visita domiciliária; feedback transmitido sobre a visita domiciliária e sugestões para melhorar e aumentar o número de visitas domiciliárias.

Para cada categoria foram definidas sub-categorias e indicadores, como se pode observar nos Quadros 4, 5, 6 e 7.

### **Conhecimento sobre o protocolo da visita domiciliária**

Na análise da categoria “conhecimento sobre o protocolo da visita domiciliária”, os indicadores revelaram que todos os médicos pediatras têm conhecimento do protocolo da visita domiciliária ao recém-nascido pré-termo após a alta da Neonatologia (Quadro 4). No entanto os aspectos do procedimento desta prática, apenas são conhecidos por 3 médicos pediatras, os restantes desconhecem na totalidade como se procede ao pedido da visita, como referem alguns:

“Tenho conhecimento que existe a possibilidade de visita domiciliária, mas desconheço os parâmetros protocolados” (P1); ou ainda “...avaliação clínica e social, necessidade de cuidados especiais” (P11).

Esta última resposta não se enquadra neste contexto, o que aconteceu com a maioria das respostas.

Durante a entrevista percebemos que também desconheciam a existência da pasta existente no serviço com toda a documentação acerca da visita domiciliária.

Em relação a este aspecto é de referir que no início desta prática, foi realizada uma reunião com toda a equipa de médicos pediatras, onde foi apresentado o projecto da visita domiciliária, “protocolo” de articulação do Hospital Infante D. Pedro com os Cuidados de Saúde Primários e o respectivo procedimento, (Anexo III).

**Quadro 4 – Matriz da categoria “conhecimento sobre o protocolo da visita domiciliária”**

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIA	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
CONHECIMENTO SOBRE O PROTOCOLO DA VISITA DOMICILIÁRIA	Conhecimento da existência do protocolo da visita	Tem conhecimento	12
		Não tem conhecimento	0
	Conhecimento de dois aspectos do procedimento da visita	Tem conhecimento	3
		Não tem conhecimento	10

### **Realização da visita domiciliária**

Na categoria “realização da visita domiciliária”, foram analisadas duas sub-categorias, “razões que justificam a visita domiciliária” e a “prescrição da visita” (Quadro 5). Pode-se verificar que apenas 6 médicos pediatras prescreveram a visita domiciliária, metade da equipa médica.

As razões apontadas para a justificação da visita foram as mais diversas, apontando o maior número para a “redução do número de saídas de casa”, seguidas do “bem-estar do bebé”, a

“avaliação dos cuidados prestados pelos cuidadores” e ainda a “avaliação das condições habitacionais”, como podemos verificar através do Quadro 5.

**Quadro 5** – Matriz da categoria “realização da visita domiciliária”.

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIA	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
REALIZAÇÃO DA VISITA DOMICILIÁRIA	Razões que justificam a visita domiciliária	Bem-estar do bebé	3
		Reforçar ensinamentos	2
		Avaliação dos cuidados prestados pelos cuidadores	3
		Risco social/económico	1
		Criança de risco	2
		Redução de nº de saídas de casa	4
		Avaliação das condições habitacionais	3
		Continuidade de cuidados após alta	1
		Maior articulação entre hospital/centro de saúde	2
		Troca pessoal de informação entre profissionais	1
		Necessidade de cuidados especiais	1
		Altas precoces	1
		Cuidados centrados nas famílias	1
		Tranquilização dos pais	1
		Prescrição da visita	Sim
	Não		6

Todos os médicos pediatras apontaram uma ou mais razões, parecendo-nos que atribuem alguma importância à visita domiciliária, contudo a sua prescrição é reduzida. Em relação a esta categoria e comparando com as opiniões dos pais dos bebés que receberam visita, encontramos alguns indicadores comuns como sejam: “possibilidade de reforço de ensinamentos” (P) / “reforçar ensinamentos” (M); “útil quando os pais têm dificuldades em transporte para deslocação ao hospital ou centro de saúde e redução do número de saídas de casa” (P) / “redução do número de saídas de casa” (M) e também, “os pais sentem-se mais seguros em relação à informação transmitida pelo hospital ao centro de saúde” (P) / “maior articulação entre hospital - centro de saúde” (M).

### **Feedback transmitido sobre a visita domiciliária**

Quanto à categoria “*Feedback* transmitido sobre a visita domiciliária”, foram analisadas duas sub-categorias, “informação após a realização da visita” e “informação periódica dos resultados das visitas”.

Parece-nos ser uma das categorias mais significativas para este estudo, pois está directamente relacionada com comunicação entre os profissionais envolvidos assim como das actividades desenvolvidas, o que poderá influenciar esta problemática. Constatou-se que dos 6 médicos pediatras que prescreveram visitas domiciliárias, apenas um recebeu informação após a realização da visita, pela enfermeira. Também em relação à informação periódica dos resultados das visitas, dos 12 médicos pediatras, só 3 receberam essa informação (Quadro 6).

**Quadro 6** – Matriz da categoria “*feedback* transmitido após a visita domiciliária ”

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIA	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
<i>FEEDBACK</i> TRANSMITIDO SOBRE A VISITA DOMICILIÁRIA	Informação após a realização da visita	Com informação após a visita	1
		Sem informação	5
	Informação periódica dos resultados das visitas	Com informação dos resultados	3
		Sem informação dos resultados	9

No parecer dos participantes em relação à informação após a realização da visita obtivemos algumas respostas interessantes:

“Não, mas eu também não perguntei” (M4) ou, “não, e é necessário uma reunião com a equipa de neonatologia para transmissão do que foi observado” (M3) ou a maioria respondeu “não”.

Ainda nesta categoria e relativamente à informação periódica sobre os resultados, os 3 médicos pediatras que foram informados têm uma opinião positiva acerca das visitas domiciliárias:

“(…) penso que os resultados são sem dúvida positivos” (M4); “têm sido satisfatórios, já que nos permitem dar altas mais precoces e com mais segurança e nos casos de risco social, as famílias sentem-se mais protegidas” (M9) e ainda, “sim, (…) tenho uma opinião muito positiva, há garantia de seguimento de cuidados além de todos os benefícios já apontados” (M10).

### **Sugestões para melhorar e aumentar o número de visitas domiciliárias**

Por fim, nesta categoria de sugestões, dá-nos alguma informação principalmente no que diz respeito à avaliação da visita (Quadro 7).

Dos 10 médicos pediatras que deram sugestões, 3 sugerem que há necessidade de uma maior divulgação da visita domiciliária:

“Divulgação da prática e maior solicitação pelos médicos” (M10); “maior divulgação deste serviço” (M4) e “divulgação, quer da prática, quer dos resultados” (M8).

É ainda bastante perceptível ao longo das entrevistas a importância dada pelos médicos pediatras, à necessidade de informação após a realização da visita domiciliária, assim como da avaliação periódica dos resultados da mesma, referindo-se do seguinte modo:

“(…) informação resumida de todas as visitas com regularidade” (M2); “(…) fazer apresentação acerca dos casos que receberam visita domiciliária” (M12); “(…) reuniões de avaliação sobre os objectivos/resultados da visita domiciliária e divulgação junto dos restantes profissionais de saúde” (M1); “(…) avaliação periódica” (M10).

Dos participantes 2 não indicaram sugestões, é de referir que foram dois participantes que nunca efectuaram nenhuma prescrição de visita, (M7) e (M11), sendo que (M7) tem conhecimento do protocolo da visita e de alguns aspectos do procedimento da mesma.

**Quadro 7** – Matriz da categoria “sugestões para melhorar e aumentar o número das visitas domiciliárias”.

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIA	INDICADORES	UNIDADES DE REGISTO
SUGESTÕES PARA MELHORAR E AUMENTAR O NÚMERO DE VISITAS DOMICILIÁRIAS	Prescrição da visita	Não esquecer a prescrição	1
		Maior divulgação desta prática	3
		Maior utilização desta prática	2
	Avaliação da visita	Informação de retorno após a visita	3
		Avaliação periódica dos resultados/reunião	4
		Divulgação dos resultados	3
		Melhor comunicação entre quem pede e quem realiza	1
		A visita deveria ser realizada pelo centro de saúde	1
	Sem sugestões	Não tem sugestões	2

## 8 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tendo iniciado este estudo a partir dos aspectos valorizados pelas famílias, onde se pode destacar a importância atribuída à visita domiciliária como meio facilitador das acções e dos serviços de saúde e permitir a mesma equidade ao aproximar o serviço das necessidades das famílias, realçamos a visita domiciliária como um espaço privilegiado para o diálogo e para a troca de saberes, valorizando conceitos fundamentais de vínculo, humanização, corresponsabilização e respeito pelas famílias.

A visita domiciliária é uma componente dos cuidados compreensivos cuja finalidade é promover, manter ou recuperar o mais alto nível de saúde e de bem-estar ou, pelo menos, minimizar os efeitos da doença e da incapacidade.

A análise e reflexão sobre as práticas dos cuidados de enfermagem e as necessidades das famílias foram condição necessária para a investigação nesta área.

Confrontando-se a nossa reflexão com os dados da bibliografia encontrada e os dados obtidos através das entrevistas aos participantes, verificou-se que não existe discórdia quanto à utilidade e à importância da visita domiciliária como instrumento de assistência de saúde desenvolvido pelo enfermeiro, o que se verifica no entanto é a necessidade de uma reflexão sobre a optimização/valorização e consequente aumento do número de visitas prescritas e, o tipo de comunicação entre a equipa de enfermagem e os médicos pediatras.

Identificar o conhecimento que os médicos pediatras têm acerca do protocolo da visita domiciliária ao recém-nascido pré-termo após a alta da Neonatologia, foi um dos objectivos do nosso estudo, e, é curioso verificar, como os médicos pediatras têm conhecimento do protocolo da visita domiciliária mas desconhecem os aspectos do procedimento da mesma, sabendo nós que esta informação lhes foi fornecida através de reunião de serviço. Isto leva-nos a pensar que na reunião não terá sido dada muita atenção a este assunto ou talvez não tenham sido bem esclarecidos todos os aspectos do protocolo.

Contudo, verificamos o notório desinteresse demonstrado por esta prática, manifestado por um médico pediatra, em que refere: “continuo a pensar que a visita domiciliária deveria ser da iniciativa do centro de saúde (...)” (M3).

Segundo a Comissão Nacional de Saúde Infantil (1993), “a continuidade de cuidados de saúde pela interligação entre os respectivos serviços é uma base indispensável ao seu

bom funcionamento, à boa qualidade de trabalho e ao atendimento da criança em tempo útil e de acordo com as suas actividades”. Segundo esta Comissão é fundamental esta adopção de comportamentos e práticas de saúde entre serviços e profissionais que atendem a criança e família.

Afigura-se assim importante reflectir-se no contexto da neonatologia, e não noutra, sobre este tipo de visita, visita domiciliária ao recém-nascido pré-termo após a alta da Neonatologia, onde permaneceu longo período de tempo, com todo o envolvimento efectuado com aquelas famílias, famílias com necessidades especiais, para as quais necessitam de apoio e segurança.

De facto, os pais dos bebés prematuros, no momento da alta, são confrontados com o afastamento da tecnologia que lhes dava um sentimento de segurança, bem como o afastamento dos profissionais de saúde relativamente aos quais estabelecem alguma dependência (VIDIGAL et al., 2001).

Neste contexto entendemos inquestionável a necessidade que as famílias têm aquando da alta para o domicílio, na garantia da continuidade de cuidados com segurança, o que podem obter através da nossa visita domiciliária em conjunto com a enfermeira dos Cuidados de Saúde Primários. Esta tem sido a grande aposta da equipa de enfermagem da Neonatologia.

É precisamente com esta convicção que desenvolvemos este projecto, aproveitando ao máximo as capacidades e competências das famílias e garantido a continuidade de cuidados e a qualidade dos mesmos, e também assegurando a articulação com os Cuidados de Saúde Primários.

Para a realização da visita domiciliária os médicos pediatras apontam para a necessidade de uma maior divulgação desta prática mas há dificuldade na sua prescrição. Como os resultados nos dão a conhecer, apenas 6 dos 12 médicos pediatras prescreveram a visita, mesmo apontando nas suas respostas razões válidas para a realização da visita.

Apresentando todos os médicos pediatras razões que justificam a realização da visita domiciliária, porque não a prescrevem a maior número de recém-nascidos pré-termo após a alta da Neonatologia? Quais serão os principais motivos? Não será porque atribuem pouca importância a esta prática?

Se compararmos o número de recém-nascidos pré-termo com critérios para visita domiciliária, 219, com o número de visitas efectuadas, 29, desde que o projecto foi iniciado, constatamos que algo não está bem.

Ao nível da qualidade e segurança dos cuidados prestados, futuramente a grande aposta serão os cuidados domiciliários, segundo as propostas para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. A componente dos cuidados domiciliários e a aproximação à comunidade permitirá um acompanhamento holístico do utente e assim garantir ganhos no bem-estar das famílias. Por outro lado previnem-se episódios de readmissões hospitalares.

A adequação dos cuidados às necessidades e expectativas das famílias está na base do conceito de qualidade e 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.

O Serviço Nacional de Saúde tem como principal objectivo promover o acesso a uma prestação de cuidados de saúde com a melhor qualidade possível. Neste contexto, as competências dos profissionais que prestam os cuidados representam um factor muito importante para o sucesso desse objectivo.

Em relação à compreensão sobre a visita domiciliária entendemos que os médicos pediatras a poderão considerar sob duas perspectivas: a de uma prática impositiva, talvez, e a perspectiva relacional e interactiva. Sendo a segunda de maior importância para o sucesso desta prática.

Os resultados obtidos em relação à categoria “**Feedback transmitido sobre a visita domiciliária**” podem exemplificar a afirmação anterior, quando a maioria dos médicos pediatras refere que não lhe foi transmitida informação de retorno acerca da visita, quer após cada visita, quer da avaliação periódica das visitas domiciliárias.

Esta informação completa-se com os dados obtidos nas sugestões dadas pelos médicos pediatras, maioritariamente as respostas apontam para a necessidade de uma avaliação periódica dos resultados das visitas, assim como da necessidade do feedback da mesma. Neste sentido um participante referiu que deveria haver: “Melhor comunicação entre quem pede e quem realiza (...)” (M6).

Os resultados deste estudo evidenciam a necessidade de alguns ajustes sobre os procedimentos e organização da visita domiciliária, nomeadamente no que se refere ao retorno da informação pela equipa de enfermagem à equipa médica, parte integrante e interessada neste processo.

A interpretação adequada das acções em saúde por parte dos profissionais está directamente relacionada com a eficácia da comunicação entre os actores envolvidos, assim como das actividades desenvolvidas, com implicação nos resultados.

Hoje em dia os enfermeiros possuem ferramentas e estratégias que podem contribuir para uma evolução significativa na enfermagem e na imagem social que a mesma possui, desde que as saibam utilizar correctamente e adequadamente.

Perante estes resultados entendemos que há necessidade de estimular e assegurar um processo de comunicação eficaz entre as equipas de enfermagem e médica, como forma de responder à complexidade dos actuais problemas e das necessidades em saúde que requerem, de modo crescente, actuações multiprofissionais e interdisciplinares.

A população neonatal, sobretudo os recém-nascidos pré-termo, incompetentes por força do seu estágio de desenvolvimento, está totalmente dependente dos seus cuidadores, profissionais de saúde e respectivas famílias, aos quais se exige a responsabilidade pelas decisões a tomar que possam colocar em questão o seu bem-estar.

O nascimento é, sem dúvida, o primeiro momento de tomada de consciência dos numerosos desafios e dos dias, muitas vezes difíceis, que se avizinham. Estas famílias têm necessidade de se adaptar à sua nova realidade. A ambiguidade de sentimentos, emoções e necessidades, prolongam-se mesmo quando o bebé vai para casa.

A arte do cuidar pode ser aplicada em diferentes contextos, abordando o contexto domiciliar, que se encontra em estudo. Cuidar no domicílio possibilita uma acção do cuidar a diferentes pessoas. Os cuidados podem ser ou não complementados com tratamentos, "(...) mas os cuidados de apoio à vida são o fundamento do apoio no domicílio" (COLLIÈRE M., 2003, p.339).

Nesta perspectiva os profissionais de saúde desempenham um papel preponderante na capacitação para a vivência de uma parentalidade autónoma, respondendo às necessidades específicas destas famílias, tendo em conta a transição do ciclo de vida em que se encontram.

## 9 - CONCLUSÕES E PROPOSTAS

As crianças, entendidas, de acordo com a Convenção sobre os Direitos da Criança, como «todo o ser humano menor de 18 anos», constituem um grupo prioritário e justificam o maior empenhamento e disponibilidade por parte dos profissionais e especial atenção dos gestores dos serviços de saúde.

A constituição de parcerias é fundamental para a melhoria da resposta dada às famílias, tendo como objectivo melhorar a qualidade dos serviços prestados, prestar cuidados de saúde e apoio ao nível psicossocial, estas parcerias podem ser formais ou informais através ou não da elaboração de protocolos de actuação. Realizar acções voltadas para as famílias demonstra um esforço e empenho dos profissionais de saúde.

O profissional de saúde, com destaque para o enfermeiro de neonatologia e o médico pediatra, devem adoptar estratégias e práticas que englobem o conceito amplo de saúde, enquanto membros de uma equipa multidisciplinar, trabalhando numa perspectiva de melhorar a visita domiciliária ao recém-nascido pré-termo.

O desenvolvimento deste estudo possibilitou obter informação sobre o conhecimento que os médicos pediatras têm acerca do protocolo existente entre a Neonatologia do Hospital Infante D. Pedro e os Agrupamentos de Centros de Saúde: BAIXO VOUGA I, II e III sobre a visita domiciliária ao recém-nascido pré-termo após a alta da Neonatologia, bem como identificar as dificuldades existentes e as suas sugestões quanto aos aspectos de melhoria para esta prática.

Este estudo de carácter qualitativo, não permite nenhuma generalização de resultados, mas sim a identificação de alguns temas com interesse para uma melhor compreensão da problemática em questão e também para outras investigações no âmbito da visita domiciliária ao recém-nascido pré-termo.

Diante desta temática constatamos que a visita domiciliária constitui um diferencial favorecendo a ampliação das intervenções no espaço de vida familiar, e neste contexto, o estudo tem como pressuposto que existe uma desvalorização da visita domiciliária como um instrumento de promoção da saúde, por parte da equipa médica.

A prática neste âmbito terá que ser repensada, fundamentalmente a nível da equipa de enfermagem atendendo às sugestões por parte da equipa de médicos pediatras, no que diz respeito ao feedback sobre a visita realizada e por outro lado à prescrição desta prática a

maior número de recém-nascidos por parte da equipa de médicos pediatras, demonstrando que a consideram vantajosa para a saúde do recém-nascido.

Assim, é fundamental pôr em prática reuniões periódicas para avaliação e discussão da visita, como processo de promoção da saúde de todas as crianças e famílias, assim como colmatar o défice de cultura de avaliação e monitorização da mesma, contribuindo para a melhoria dos cuidados que prestamos aos recém-nascidos pré-termo.

O apoio às crianças com necessidades especiais, em situação de risco ou especialmente vulneráveis, a redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde e o reconhecimento dos pais como primeiros prestadores de cuidados são aspectos prioritários.

Neste contexto temos de criar consensos e parcerias sólidas, que permitam um trabalho em equipa organizado e responsável.

Dos enfermeiros espera-se que assumam uma atitude de espírito de equipa, abertura ao diálogo, comunicação eficaz, definindo estratégias que devem permitir assegurar respostas adequadas às necessidades das famílias do recém-nascido pré-termo e promover a sua participação nos cuidados. A comunicação constitui um importante instrumento para humanizar o cuidado em saúde, oferecendo um espaço para diálogo, aspectos importantes à mudança das práticas em saúde.

Entendemos necessária a corresponsabilização de todos no processo da visita domiciliária ao recém-nascido pré-termo, assim como a necessidade de privilegiar a filosofia do cuidar em pediatria.

Especificamente, percebemos que há necessidade de melhorar o tipo e a forma de comunicação entre enfermeiros e os médicos pediatras facilitando as oportunidades de melhoria do processo da visita domiciliária, uma maior responsabilização dos profissionais de saúde e garantia da fiabilidade de informação conduzindo à satisfação dos utentes e profissionais, e à reflexão e melhoria dos mecanismos de monitorização dos cuidados prestados promotores das boas práticas da equipa de saúde.

Para concluirmos reafirmamos que visita domiciliária é um dos meios de viabilizar acções integradas de vigilância, prevenção e promoção da saúde, constituindo importante ferramenta de trabalho no cuidado estratégico às famílias atendidas ao permitir *in loco* o acompanhamento da situação de saúde, esperando-se a produção de resultados positivos através da antecipação de situações de risco.

Conscientes de que há muito para fazer neste contexto, sugerimos algumas propostas para melhoria desta prática como: realização de reuniões mensais entre equipa

médica e equipa de enfermagem, para apresentação e discussão dos resultados; reuniões trimestrais entre as equipas de enfermagem da Neonatologia e Unidades de Saúde Familiares; contacto telefónico com as famílias que receberam visita domiciliária, para avaliação da satisfação com a mesma, após uma semana da visita; protocolo interno para converter a prescrição da visita a todos os recém-nascidos pré-termo, numa actividade sistematizada que deve fazer parte da preparação da alta do recém-nascido pré-termo.

Propomos a criação e validação de um instrumento de colheita de dados, que possa avaliar a satisfação das famílias acerca da visita domiciliária, dando assim continuidade a este estudo e sempre na perspectiva de melhorar a assistência aos recém-nascidos pré-termo e às respectivas famílias. Propomos a elaboração de um guia de orientação sobre os cuidados familiares para entregar às famílias aquando da alta.

No entanto, com este estudo, julgamos ter dado um contributo para a melhoria desta prática de saúde, assim como para a melhoria dos cuidados na área da enfermagem pediátrica.

Cada vez mais o grande objectivo passa por promover uma maior coordenação entre cuidados, com enfoque no ciclo de vida, tendo por base a evidência científica e o envolvimento do cidadão.

O doente do futuro já não é um receptor de cuidados passivo, ele está informado e é exigente. Solicita melhor e mais informação sobre a sua condição, opções de tratamento e sobre o desempenho dos médicos. Além disso, está bem organizado através de grupos de apoio, de âmbito nacional e local, para protecção dos seus direitos (ESCOVAL et al., 2010, p. 56).

Perspectivamos, pois, um maior investimento no âmbito da prática da visita domiciliária pensando neste contexto da qualidade dos cuidados de saúde e de entendimento dos objectivos do Serviço Nacional de Saúde.

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.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMADO, João da Silva – A técnica de análise de conteúdo. Referência. Nº 5 (), p. 53-64.

BARDIN, Laurence – **Análise de conteúdo**. 4ª ed. Lisboa: Edições 70, 2007.

BARDIN, Laurence – **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1991.

BARROS, L.; BRANDÃO, Â. – 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 (Outubro 2002), p. 261-272.

BRAZELTON, T. B.; CRAMER, B. G. – **A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interacção precoce**. Lisboa: Editores TERRAMAR, 1989. 271 p.

CAMPOS, Luís; CARNEIRO, António Vaz – **Plano nacional de saúde 2011-2016: a qualidade no PNS 2011-2016** [Em linha]. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2010. [Consult. 19 Junho 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/CSH2.pdf>>.

CASEY, Anne – Development and use of the partnership model of nursing care. In GLASPER, E.A.; TUCHER, A. - **Advances in child health nursing**. London: Scutari, 1993. p. 233.

COLLIÈRE, M. – **Cuidar... A primeira arte da vida**. Loures. Lusociência, 2003.

COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE INFANTIL. **Relatório nacional de saúde infantil**. Lisboa: Ministério da Saúde, 1993.

ESCOVAL, Ana [et al.] – **Plano nacional de saúde 2011-2016: cuidados de saúde hospitalares** [Em linha]. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2010. [Consult. 19 Junho 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/CSH2.pdf>>.

FERREIRA, M.; COSTA, M. – Cuidar em parceria: subsídio para a vinculação pais/bebé prematuro. Millenium. Viseu. 30 (2004), p. 51-58.

FORTIN, Marie-Fabienne – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta, D.L. 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.

GLOUBERMAN, S.; MINTZBERG, H. – Managing the care of health and the cure of disease: part I: differentiation. Health Care Management Review. Vol. 26, nº 1 (Winter 2001), p. 56-59.

HONORÉ, B. – **Cuidar: persistir em conjunto na existência**. Loures. Lusociência, 2004.

KENNER, C. – **Enfermagem neonatal**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2001.

LOUREIRO, E. – Prematuridade e maus-tratos à criança. Infância e Juventude. Nº 3 (2000), p. 49-67.

MARINHEIRO, Providência – **Enfermagem de ligação: cuidados pediátricos no domicílio**. Coimbra: Quarteto Editora, 2002.

MARQUES, S.; SÁ, M. – Competências maternas auto-percebidas no contexto da prematuridade. Referência. Coimbra. Nº 11 (2004), p. 33-41.

MARTIN, I. Lopez. – **Atención domiciliaria: diagnósticos de enfermería**. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 1994.

MOREIRA, Daniel Augusto – **O método fenomenológico na pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Thomson Pioneira, 2002. ISBN 85-221-0262-7.

NUNES, Lucília, AMARAL, Manuela, GONÇALVES, Rogério – **Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde – **Comissão nacional de saúde da criança e do adolescente 2004-2008**. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2009. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2009. ISBN 978-989-96263-0-0.

RICE, R. - **Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários: conceitos e aplicações**. Loures: Lusociência, 2004.

SOUZA, C.R.; LOPES, S. C. F.; BARBOSA, M. A. – A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliar. Revista da UFG [Em linha]. 6: nº Especial (Dezembro 2004).

STREUBERT, Helen J.; CARPENTER, Dona R. – **Investigação qualitativa em enfermagem**. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-29-0.

VALENTE, A.S.,SANTOS, M.J.S. – Nascimento prematuro de muito baixo peso: impacto na criança e na mãe aos 3-4 anos. Acta Pediátrica Portuguesa. Lisboa. Vol. 42, nº 1 (2011), p. 1-7.

VIDIGAL, V.; PIRES, A.; MATOS, R. – Prematuridade e comportamento maternal. In Pires, A., ed. - **Crianças (e pais) em risco**. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2001. p. 233-251.

WINKELSTEIN, Marilyn – Perspectivas da enfermagem pediátrica. In HOCKENBERRY, Marilyn, ed. lit. – **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica**. 7ª ed. Rio de Janeiro, 2006. ISBN 978-85-352-1918-0. Cap. 1.



## **ANEXOS**



## ANEXO I

## Autorização para o desenvolvimento do estudo



HOSPITAL INFANTE D. PEDRO, E. P. E.  
AVEIRO

Avenida Artur Ravara - 3814-501 AVEIRO  
Telef. 234 378 300 - Fax 234 378 395  
sec-geral@hdaiveiro.min-saude.pt  
Matriculada na Conservatória do Registo Comercial  
de Aveiro, nº 5846  
Capital Social 29.930.000 €  
Pessoa Colectiva nº 506 361 543

Exmo. Senhor  
Professor Doutor Carlos Pereira  
Presidente do Conselho Directivo  
Escola Superior de Saúde de Viseu  
R. D. João Crisóstomo Gome Almeida 102  
3500-843 Viseu

S/ Ref.º

S/ Comunicação de

N/ Ref.º

Aveiro,

030925

19-5-2011

ASSUNTO: Projecto de Investigação "A Visita Domiciliária ao Recém-Nascido Pré-Termo  
Após a Alta da UCIN- HIP EPE"

Em resposta ao V/ pedido de realização do Projecto em epígrafe, vimos informar que se autoriza a realização do mesmo, através de colheita de dados neste Hospital.

Mais se informa que, dado por concluído o referido Projecto deverá ser enviado um relatório final ao Serviço de Formação e Investigação deste Hospital.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração

(Professor Doutor Francisco Pimentel)

Na resposta indicar o número e as referências deste documento. Em cada folio tratar só de um assunto.

DD



## ANEXO II – Questionário



MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR  
**INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU**  
Escola Superior de Saúde de Viseu  
Unidade Científico Pedagógica: Enfermagem da Criança e do Adolescente

*Investigadora Principal:* **Maria do Céu dos Santos**

*Orientadora:* **Professora Doutora Ernestina Silva**

**Curso: Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

A VISITA DOMICILIÁRIA AO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO APÓS A ALTA DA UCIN



### QUESTIONÁRIO

Exmo(a) Senhor(a) Doutor(a):

Com o presente estudo pretendemos reflectir sobre o modo como a visita domiciliária da UCIN deste Hospital tem vindo a ser desenvolvida e conhecer a importância que os profissionais de saúde da unidade atribuem a esta prática.

As questões que compõem este questionário deverão ser respondidas por si com o máximo de sinceridade e de verdade pois daí dependerá a utilidade deste trabalho.

As suas respostas serão apenas trabalhadas pela equipa que realiza o estudo. Elas não serão efectuadas para outro fim que não o da presente investigação. Neste contexto não é necessário identificar-se com o seu nome, pois o questionário é absolutamente anónimo e confidencial.

Face a este enquadramento, apelamos à sua participação voluntária, salientando que o seu contributo ao participar neste estudo, é imprescindível para o êxito do mesmo, que pensamos ser também do seu interesse.

Gratos pela sua colaboração,

Viseu, Maio de 2011

Atenciosamente

---

**QUESTIONÁRIO**

1 – Categoria profissional: \_\_\_\_\_

2 – Tempo de exercício profissional: \_\_\_\_\_ anos.

3 – Tem conhecimento da existência do protocolo da visita domiciliária ao recém-nascido pré-termo após a alta da Neonatologia?

\_\_\_\_\_

3.1 – Se sim, indique dois aspectos que fazem parte do “procedimento da visita domiciliária”.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4 – Na sua opinião, quais são as principais razões que justificam a importância da visita domiciliária ao recém-nascido pré-termo após a alta da UCIN?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5 – Já efectuou algum pedido de visita domiciliária?

\_\_\_\_\_

5.1 – Se sim, o(a) enfermeiro(a) deu-lhe conhecimento de como decorreu a visita?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6 – Qual é a sua opinião sobre os resultados na área da promoção da saúde do recém-nascido com as visitas domiciliárias que têm vindo a ser desenvolvidas por este serviço?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7 – Indique alguns aspectos que considera importantes para melhorar esta prática.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANEXO III – Procedimento da visita domiciliária



### PROCEDIMENTO DA VISITA DOMICILIÁRIA AO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO APÓS ALTA DA NEONATOLOGIA

**0. Palavras Chave: Procedimento, Visita domiciliária.**

**1. Objectivos:**

**Assegurar a continuidade de cuidados, após a alta hospitalar.**

**Assegurar a articulação entre Cuidados Hospitalares e Cuidados de Saúde Primários.**

**Permitir altas precoces.**

**Diminuir as “visitas” precoces ao Hospital, após a alta.**

**2. Âmbito**

**Aplica-se a todos os recém-nascidos prematuros.**

**3. Documentos de Referência**

**Protocolo de articulação de cuidados entre Hospital Infante D. Pedro, EPE - Aveiro e Agrupamentos de Centros de Saúde de Aveiro, (realizado em 2004).**

**4. Definições e Abreviaturas**

**Visita domiciliária é a consulta de enfermagem no domicílio, realizada pela enfermeira da Neonatologia, em articulação com a enfermeira dos Cuidados de Saúde Primários, após a alta do recém-nascido pré-termo da Neonatologia.**

**VD: visita domiciliária.**

## **5. Descrição**

**Numa perspectiva de cuidados continuados, com uma verdadeira articulação entre profissionais de saúde é possível garantir o bem-estar da criança e pais.**

**A intervenção da enfermeira na comunidade logo que a criança vai para casa é de extrema importância visto que é aí que os pais assumem toda a responsabilidade de cuidar do seu filho. Nunca devemos subestimar a capacidade dos pais e devemos assegurar-lhes todo o apoio de que necessitam.**

**As VD são realizadas nas 48 / 72 horas após a alta da Neonatologia, sempre que possível às 14 horas (saída do Hospital).**

### **5.1. Material:**

**Monitor de sinais vitais com oximetria de pulso, balança, termómetro, impresso para o pedido da VD e impressos para os registos de enfermagem.**

**Viatura do Hospital.**

### **5.2. Actividades:**

**5.2.1. O médico pediatra da Neonatologia procede à realização do pedido da VD, em impresso próprio.**

**5.2.2. O pedido da VD é comunicado ao enfermeiro chefe ou enfermeiro responsável pela Neonatologia.**

**5.2.3. O enfermeiro chefe ou o enfermeiro responsável procede ao contacto telefónico para o enfermeiro chefe / responsável da saúde infantil da Unidade de Saúde, para combinarem o dia da VD.**

**5.2.4. O enfermeiro responsável pela criança informa os pais, da respectiva VD, dia e hora.**

**5.2.5. O enfermeiro chefe ou o enfermeiro responsável Neonatologia/responsável pela criança, solicita à Secretária do Serviço a marcação de transporte.**

**5.2.6. A VD é realizada no dia marcado, às 14 horas (saída do Hospital). O enfermeiro da Neonatologia de preferência o enfermeiro que esteve mais tempo a**

cuidar da criança, faz-se acompanhar de todo o material, dirige-se Unidade de Saúde, e em conjunto com o enfermeiro de família realizam a VD.

**5.2.8. Na VD o enfermeiro da Neonatologia procede à observação/ avaliação (sinais vitais, peso, observação da mamada, caso esteja a mamar) da criança no meio familiar, realiza os ensinamentos necessários e adequados à situação e o enfermeiro dos Cuidados de Saúde Primários faz a orientação para a sua Unidade de Cuidados.**

**5.2.9. Após a VD, são fotocopiados os impressos preenchidos, colocado o original no processo da criança e arquivada uma cópia em pasta própria existente na Neonatologia.**

**Nota: Perante uma situação de risco, detectada na VD, deve-se encaminhar para o Hospital ou Centro de Saúde.**

