

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
(DR – II Série, nº. 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de especialização em
Diagnóstico e Intervenção Organizacional e Comunitária em Saúde

**Continuidade dos Cuidados à Família e Criança
após a Alta Hospitalar**

Dissertação de Mestrado apresentada por:
Maria Manuel Diogo Franco

Orientador(a):
Felismina Rosa Parreira Mendes

[Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri]

Évora
Novembro, 2006

172801

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
(DR – II Série, nº. 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de especialização em
Diagnóstico e Intervenção Organizacional e Comunitária em Saúde

Continuidade dos Cuidados à Família e Criança após a Alta Hospitalar

Dissertação de Mestrado apresentada por:
Maria Manuel Diogo Franco

Orientador(a):
Felismina Rosa Parreira Mendes



172801

[Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri]

Évora
Novembro, 2006

ERRATA

Após uma leitura mais atenta do trabalho fora identificadas algumas falhas ortográficas nomeadamente:

- Siglas – HESE – Hospital do Espírito Santo de Évora;
- Índice – 1. AS CRIANÇAS TABÉM TÊM DIREITOS;
5.4. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS;
- Pág.10
Linha 3 - (...) acompanhamento durante e após a alta de um RN (...);
Linha 8 - (...) necessidades dos pais durante e após a alta do RN prematuro;
- Pág.11
Linha 9 – após a alta
Linha 25 – No quinto
- Pág.13
Linha 25 – A 10 de Dezembro
- Pág.14
Linha 30 – reconhecidos pela
- Pág.15
Linha 16 – O princípio
Linha 27 – Constituição da República Portuguesa
- Pág.16
Linha 5 – e dos maus tratos
Linha 20 – tem direito
- Pág.17
Linha 1 – de receber informação
Linha 27 – A verdade á que a maior
- Pág.18
Linha 8 – sueco que em 1973
- Pág.20
Linha 31 – podem não ocorrer

- Pág.21
 - Linha 4 – antes do termo,
 - Linha 5 – de 37 semanas de
 - Linha 17- pré termo
- Pág.26
 - Linha 5 – tensão do ar
 - Linha 6 – que são necessárias
 - Linha 13 – de uma
 - Linha 14 – assim (...)"
 - Linha 18 – possibilidades"
 - Linha 20 – de aceitar
- Pág.28
 - Linha 1 – "encarar-se
 - Linha 11 – até à
 - Linha 14 – RN e às
 - Linha 17 – (Palminha
 - Linha 19 e 20 – início
 - Linha 21 – têm-se sucedido
- Pág.29
 - Linha 2 – a conhecê-la
 - Linha 31 – os pais têm
 - Linha 32 – se desequilibrarem
- Pág.36
 - Linha 18 – princípio
- Pág.45
 - Linha 8 – Centro de Saúde
- Pág.47
 - Linha 4 – Centro de Saúde
 - Linha 9 – e dos
- Pág.48
 - Linha 5 e 9 – Centro de Saúde
 - Linha 12 – Saúde Infantil e Juvenil

- Pág.51
Linha 4 – Saúde Materna e Neonatal
Linha 7 – 4.2. Programa Nacional de Saúde Materna e Neonatal
- Pág.61
Linha 19 – bebé
- Pág.63
Linha 12 – à família
- Pág.65
Linha 19 – doméstica,
- Pág.71
Linha 11 – a definir as unidades de registo
- Pág.76
Linha 14 – distinta
Linha 19 – ensinaram”
- Pág.81
Linha 20 - pesos
- Pág.84
Linha 23 – de alta
- Pág.88
Linha 14 – o que leva

ABREVIATURAS

Dr. - Doutor
gr - Gramas
Kg - Kilogramas
Nº - Número

SIGLAS

ARS - Administração Regional de Saúde
CNS - Comissão Nacional de Saúde
CNSCA - Comissão Nacional da Saúde da Criança e do Adolescente
CNSMN - Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal
CRSMI - Comissão Regional de Saúde Materno - Infantil
CS - Centro de Saúde
DGS - Direcção Geral de Saúde
E - Entrevista
HAP - Hospital de Apoio Perinatal
HAPD - Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado
HESE - Hospital do espírito Santo de Évora
IG - Idade Gestacional
ONU - Organização das Nações Unidas
RN - Recém Nascido
RRH - Redes de Referência Hospitalar
RRMI - Redes de Referência Materno - Infantil
UCFs - Unidades Coordenadoras Funcionais
UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Continuidade dos Cuidados à Família e Criança após a Alta Hospitalar

*“As crianças prematuras permanecem complicadas e criar um prematuro é um processo difícil durante muito tempo”
(Brazelton, 1992: 107).*

AGRADECIMENTOS

Em especial quero agradecer à Professora Doutora Felismina Mendes pela sua disponibilidade e acessibilidade, bem como pela sua orientação que tornou possível a concretização deste trabalho.

Também toda equipa de saúde da consulta de pediatria do HESE pela disponibilidade e acolhimento durante a minha estadia para a recolha de dados.

E a todas aqueles que durante esta etapa tiveram que me ouvir reclamar...

A Todos um Muito Obrigado!!!

To give continuity to the help cares of the family and the child after the hospital relief

ABSTRACT

The birth of a premature baby isn't anymore a punctual event.

Nevertheless, most of the couples don't count on this possibility, the ideal is broken and they face a new world where everything is unknown.

The baby is born and in a short space of time and parents are bombed with information and cares that until then didn't know, the teachings are taught by somebody that is close.

When the great day comes, the parents take the baby, the information and teachings that were received and one or two last recommendations.

At home they have to adapt by themselves to everything that they have learned, probably without having time to ask everything that they would like to know or to say that they felt and that they are feeling.

But they know that their security is always there for them and it is to the hospital, that they contact whenever they need.

Continuidade dos Cuidados à Família e Criança após a Alta Hospitalar

RESUMO

O nascimento de um bebé prematuro começa a deixar de ser um acontecimento pontual.

Ainda assim, a maioria dos casais não tem presente esta possibilidade. O ideal é quebrado e entram num mundo novo onde tudo é desconhecido.

O bebé nasce e num curto espaço de tempo os pais são confrontados com múltiplas informações e cuidados que até então não conheciam. Os ensinamentos sucedem-se sempre com alguém por perto a quem recorrer – os profissionais do serviço.

Chegado o grande dia – a alta – os pais levam o seu bebé e também, as informações e ensinamentos que foram recebendo para além de mais uma ou duas recomendações de última hora.

Em casa têm de se adaptar sozinhos com tudo o que foi aprendido sem provavelmente terem tido tempo para esclarecer as suas dúvidas. Quer o que gostavam de saber ou dizer o que sentiram e estão a sentir.

Mas sabem que o seu porto seguro está lá e é ao UCIN/ Hospital ele que recorrem sempre que precisam.

ÍNDICE

	Página
0. <u>INTRODUÇÃO</u>	9
1. <u>A CRIANÇAS TAMBÉM TEM DIREITOS</u>	13
2. <u>NASCER PREMATURO</u>	18
2.1. O BEBÉ PREMATURO	21
2.2. OS PAIS E A PREMATURIDADE	23
2.3. A ESTADIA NA UCIN	28
3. <u>O PAPEL DO ENFERMEIRO</u>	33
3.1. NO HOSPITAL	33
3.2. DO HOSPITAL PARA O DOMICILIO	39
3.2.1. <u>Visitas Domiciliárias de Enfermagem</u>	42
4. <u>LEGISLAÇÃO E ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS</u>	45
4.1. PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2004-2010	49
4.2. PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE MATERNA E NEONATAL	51
5. <u>TAJECTÓRIA METODOLÓGICA</u>	54
5.1. TIPO DE ESTUDO	56
5.2. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	59
5.2.1. <u>Princípios éticos</u>	63
5.3. UNIDADE DE ANÁLISE	64
5.3.1. <u>Caracterização da população em estudo</u>	64
5.4. PROCEDIMENTOS DE ANALISE DE DADOS	66

6.1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	82
<u>CONSIDERAÇÕES FINAIS/ PROPOSTAS</u>	87
<u>REFERÊNCIAS BIBLIGRÁFICAS</u>	91

ANEXOS

ANEXO I – Linhas Estratégicas do Hospital do Espírito

Santo - Évora

ANEXO II - Programa Nacional de Saúde Materna e

Neonatal

ANEXO III - Guião da Entrevista

ANEXO IV - Norma de Procedimentos de Enfermagem –

Alta do RN

ÍNDICE DE QUADROS

	Página
Quadro nº1 A representação do bebé prematuro	72
Quadro nº2 O apoio da equipa de saúde durante o internamento	75
Quadro nº3 A preparação para a alta	77
Quadro nº4 O domicílio	79

0. INTRODUÇÃO

O presente trabalho enquadra-se no âmbito do II Mestrado de Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, especialização de Diagnóstico e Intervenção Organizacional e Comunitária na Saúde, ministrado pela Universidade de Évora em parceria com a Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa.

A presente dissertação tem por tema a continuidade dos cuidados à família e criança após a alta hospitalar.

O ponto de partida para este estudo surgiu de questões e interesses de carácter pessoal e profissional. Embora seja uma área já estudada e trabalhada, com projectos específicos, estes não estão a ser aplicados integralmente em todas as regiões do país, nomeadamente em Évora, quer pelas características próprias de cada região, quer por “entraves” humanos, materiais e económicos. Ao mudar de local de trabalho deparei-me com uma realidade diferente daquela a que estava habituada pelo que me surgiu a necessidade de saber qual o tipo de continuidade de cuidados oferecidos às famílias após a alta hospitalar de uma criança.

Uma vez que me parece essencial um acompanhamento centrado e direccionado às necessidades de cada família, como forma de assegurar a continuidade dos cuidados, educação e promoção para saúde, indo ao encontro dos objectivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde que visa *“Mais Saúde para Todos”*.

Depois de determinar a área de estudo tornou-se essencial definir e reflectir sobre o objecto de estudo e a sua pertinência, bem como, delinear o problema em questão. Segundo Fortin (1996: 48), *“qualquer investigação tem por ponto de partida uma situação considerada como problemática (...) e que, por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado”*.

Continuidade dos Cuidados à Família e Criança após a Alta Hospitalar

O objecto deste estudo assim como a problemática a abordar no decorrer do trabalho centra-se na análise da forma como é feito o acompanhamento das famílias após a alta de um RN prematuro, identificando as suas dificuldades e necessidades, sempre com o objectivo de garantir e manter o melhor nível de saúde possível.

Neste contexto foram assim, formulados os seguintes objectivos:

Geral:

- ❖ Conhecer dúvidas, dificuldades e necessidades dos pais após a alta do RN prematuro.

Específicos:

- ❖ Analisar a percepção dos pais sobre o tipo de informações e apoio fornecido durante o internamento e após a alta do RN prematuro;
- ❖ Identificar e avaliar as dúvidas, dificuldades e necessidades dos pais após a alta hospitalar do RN prematuro;
- ❖ Apresentar propostas de intervenção para diminuir as dúvidas, dificuldades e necessidades dos pais após a alta hospitalar do RN prematuro.

Depois da definição do problema e delineamento dos objectivos torna-se relevante justificar a pertinência e importância deste estudo.

O meio hospitalar é inevitavelmente gerador de sofrimento quer para a criança quer para a sua família. Ou seja, a hospitalização da criança é sem dúvida uma situação particularmente crítica para o equilíbrio emocional e psicológico de ambos.

A equipa de saúde, em especial a de enfermagem é aquela que está mais próxima das criança e dos pais (família) pelo que deve ter como preocupação não só restaurar a saúde mas também evitar os efeitos negativos da sua estadia hospitalar e dos consequentes procedimentos e tratamentos, sendo responsável quer pela sobrevivência e recuperação da criança, quer pelo aconselhamento e apoio aos pais, familiares e eventuais irmãos.

Continuidade dos Cuidados à Família e Criança após a Alta Hospitalar

Durante o internamento, os pais dispõem deste suporte mas quando voltam a casa rodeados de novas informações, põe-se a questão de como é feita a gestão de tanta informação, quais as dificuldades e necessidades sentidas e quem pode dar resposta a estas situações?

Justifica assim, a necessidade da existência de um acompanhamento continuado das famílias por parte da equipa de saúde, atribuindo neste caso um papel preponderante ao enfermeiro.

Com este estudo pretendo saber qual o tipo de continuidade de cuidados existente na "região" para a família/RN prematuro após alta hospitalar, bem como encontrar propostas direccionadas para as efectivas dificuldades e necessidades das famílias.

Penso que o tema se enquadra fielmente neste mestrado em especial na respectiva área de especialização em que me insiro, uma vez que será feito um diagnóstico e irei procurar apresentar intervenções organizacionais e comunitárias com vista a garantir a continuidades dos cuidados de saúde assim como a educação e promoção para a saúde.

Outro aspecto importante deste trabalho é que para além de uma avaliação dos recursos disponíveis ao serviço das famílias de prematuros é possível avaliar também o acompanhamento feito a estes durante a sua estadia no hospital, nomeadamente na UCIN do HESE.

Este trabalho encontra-se estruturado em seis capítulos.

Após a introdução seguem-se o primeiro, segundo, terceiro e quarto capítulos que apresentam o que se sabe sobre o assunto, com alusão a trabalhos e projectos já desenvolvidos nesta área.

No quinto capítulo é apontada a trajectória metodológica a percorrer.

Ao sexto e último capítulo cabe a apresentação e análise dos resultados obtidos com este estudo.

Sucedendo-se as considerações finais, algumas propostas, as referências bibliográficas e alguns anexos nos quais estão contempladas todas as informações consideradas pertinentes.

Continuidade dos Cuidados à Família e Criança após a Alta Hospitalar

O tema, o problema, os objectivos sua pertinência e justificação, assim como, o que se pretende com a realização deste trabalho e a sequência como o mesmo está estruturado encontra-se na introdução.

No decorrer dos quatro capítulos seguintes podemos encontrar, uma breve alusão aos direitos das crianças, o que significa nascer prematuro, como o enfermeiro actua ou pode actuar junto do RN e família durante e após a hospitalização. Sendo também possível consultar um breve apanhado sobre a legislação e articulação de cuidados existente.

A metodologia utilizada, aparece no quinto capítulo, onde se pretende delinear o modo como a problemática foi investigada e a razão pela qual determinados métodos e técnicas foram utilizados, bem como, o processo de construção do instrumento de pesquisa, análise e tratamento de dados.

Por seu turno, no sexto capítulo deste trabalho, é apresentada a descrição e interpretação dos resultados obtidos através da aplicação de entrevistas, onde a teoria existente se funde com os dados obtidos, os frutos são colhidos.

Chegou a vez de fazer um balanço geral de todo este longo caminho com as ruas e travessas escolhidas, com pedras ultrapassadas e obstáculos vencidos até ao fim chegar. Um fim não estático mas que se pode usar e adaptar. Aqui é também possível encontrar exequíveis sugestões com vista a dar aplicação e continuidade ao presente trabalho.

1. A CRIANÇA TAMBÉM TEM DIREITOS

Segundo os autores consultados é difícil encontrar uma definição, em curtas palavras, para descrever o que significa ser criança. Da mesma forma é difícil encontrar uma idade certa para se dizer quando se deixa de o ser. Seja em que idade for, todos nós, por vezes, nos sentimos um bocadinho crianças e agimos como tal em determinadas circunstâncias.

A criança não é uma criança porque é nova, é uma criança porque que se há-de tornar num adulto. Ou seja, é um ser em transformação em crescente desenvolvimento e em que todo e qualquer acontecimento provoca marcas no seu psiquismo. Assim sendo, pode considerar-se a infância como um período de passagem, muitas vezes a chave para a compreensão dos períodos seguintes.

A própria Declaração Universal dos Direitos Humanos, assinada a 10 de Dezembro de 1948, refere no seu preâmbulo, que a criança por *“falta de maturidade física e mental”*, necessita de cuidados e protecção especiais, antes e depois do nascimento. Para o efeito existem diversas *“ferramentas”* com o objectivo de proteger e salvaguardar o desenvolvimento saudável das nossas crianças. É sabido que nem todas nascem saudáveis, em lares felizes e ricos mas é por isso mesmo que foram desenvolvidas leis de protecção para que todos os profissionais de saúde trabalhem com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana.

As crianças são dotadas de direitos desde o nascimento, direitos esses proclamados ao longo dos anos e que o governo tem de respeitar e fazer respeitar.

A 10 Dezembro de 1948 a ONU proclamou a Declaração Universal dos Direitos do Homem mas só onze anos depois em 1959 a Assembleia Geral das Nações Unidas promulgou a Declaração sobre os Direitos Fundamentais das Crianças.

Foram então estabelecidos 10 princípios, que os governos deveriam aplicar para garantir os cuidados de saúde, educação e protecção jurídica e social das crianças nos seus países, de maneira a puderem desenvolver-se de forma saudável e normal tanto a nível físico, como psíquico e social em condições de liberdade e dignidade. Foi assim reconhecido o seu valor como pessoa, respeitando a seu direito à vida, à liberdade, à igualdade e à dignidade.

Mas só em 1989, na Convenção Internacional relativa aos Direitos da Criança adoptada pelas Nações Unidas se passou a considerar a criança como um cidadão dotado de capacidade por ser titular de direitos, obrigando os estados signatários a responsabilizarem-se pela adopção de *“medidas administrativas legislativas e de outra natureza com vista à implementação desses mesmos direitos”* (artigo 4º da Convenção sobre os Direitos da Criança).

A Convenção sobre os Direitos da Criança reconhece à criança o *“direito a gozar do melhor estado de saúde possível e a beneficiar de serviços médicos e de reeducação”*, cabendo aos estados garantir que nenhuma criança seja privada do direito de acesso a esses serviços (artigo nº 24 da Convenção sobre os Direitos da Criança).

A criança passou a ser vista como sujeito de direitos e procura-se a promoção e protecção dos seus direitos. Dos 54 artigos da Convenção dos Direitos das Crianças saliento dois que melhor ajudam a compreender a essência e a importância da sua existência, nomeadamente:

Artigo 5º: *“ Os Estados Partes respeitam as responsabilidades, direitos e deveres dos pais e sendo caso disso, dos membros da família alargada ou da comunidade nos termos dos costumes locais, dos representantes legais ou de outras pessoas que tenham a criança legalmente a seu cargo, de assegurar à criança, de forma compatível com o desenvolvimento das suas capacidades, a orientação e os conselhos adequados ao exercício dos seus direitos lhe são reconhecidos pelo presente convenção”*;

Artigo 6º: " 1. Os Estados Partes reconhecem à criança o direito inerente à vida; 2. os estados partes asseguram na máxima medida possível a sobrevivência e o desenvolvimento da criança";

Segundo a Convenção sobre os Direitos da Criança, logo no artigo I podemos verificar que para efeito da presente convenção considera-se criança todo o ser humano com menos de 18 anos de idade. Ao consultarmos o Código Civil português no artigo 122ª (menores) da secção V incapacidades, sub-secção I condição jurídica de menores, é considerado menor quem não tiver ainda completado 18 anos de idade.

Desde o nascimento a criança tem por lei personalidade e direitos reconhecidos – código civil português – artigo 66º.

Num breve olhar pela Constituição da República Portuguesa podemos encontrar os seguintes artigos que nos ajudam a fazer valer os direitos das crianças, nomeadamente no:

Artigo 1º - A eminente dignidade da pessoa humana;

Artigo 13º - O principio da igualdade – 1. Todos os cidadãos tem a dignidade social e são iguais perante lei;

Artigo 24º - 1. O direito à vida ou melhor a da inviolabilidade da vida. Também reconhece a criança como sujeito autónomo de direito com especial relevo ao nível dos direitos, liberdade e garantias pessoais.

Artigo 69º - Infância – 1. As crianças tem o direito à protecção da sociedade e do estado, com vista ao seu desenvolvimento integral, especialmente contra todas as formas de abandono, de discriminação e de opressão e contra o exercício abusivo da autoridade na família e nas demais instituições.

Artigo 64º - Direito à protecção da saúde – este é considerado um direito fundamental, previsto na constituição da república portuguesa mas *"não existe apenas um direito à protecção da saúde mas também um dever de a promover e defender. Esse dever cabe a todos os cidadãos e tem como objectivo quer a saúde própria, quer a dos outros. Trata-se assim de um dever jurídico que pode fundamentar certas obrigações legais ou proibições legais"* (Gil, 2002: 16).

Também na Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, encontramos diversos artigos que podem ser estendidos e aplicados às crianças nomeadamente no capítulo I: artigo 1º, 2º, 3º e 4º entre outros, encontram-se referidas a dignidade do ser humano, o direito à vida, o direito à integridade do ser humano e a proibição da tortura e dos tratos ou penas desumanos ou degradantes. Assim como no capítulo III: artigo 24º- Direitos da criança – *“é reconhecido que as crianças tem direito à protecção e aos cuidados necessários ao seu bem-estar (...)”*.

Existe também a Carta da Criança Hospitalizada, documento que resume os direitos das crianças hospitalizadas, adoptada em 1988 por várias Associações Europeias, nomeadamente em Portugal pelo Instituto de Apoio à Criança. Sendo esta uma declaração de vontade na área dos direitos da criança, os seus princípios representam linhas orientadoras para os que demonstrarem intenção de aderir e concretizar os seus direitos. Como de seguida se pode verificar:

- 1. “A admissão de uma criança no hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia;*
- 2. Uma criança hospitalizada tem direitos a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado;*
- 3. Os pais devem se encorajados a ficar junto do seu filho devendo ser-lhes facultadas facilidades matérias sem que isso implique qualquer encargo financeiro ou perda de salário;*

Continuidade dos Cuidados à Família e Criança após a Alta Hospitalar

4. *As crianças e os pais têm o direito de receber u informação sobre a doença e os tratamentos, adequados à idade e à compreensão, a fim de poderem participar nas decisões que lhes dizem respeito;*
5. *Deve evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável. As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo;*
6. *As crianças não devem ser admitidas em serviços de adultos. Devem ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e actividades educativas adaptadas à idade, com toda a segurança. As pessoas que as visitam devem ser aceites sem limites de idade;*
7. *O Hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afectivas e educativas, quer no aspecto do equipamento, quer no do pessoal e da segurança;*
8. *A equipa de saúde deve ter a formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e família;*
9. *A equipa de saúde deve estar organizada de modo a assegurar a continuidade dos cuidados que são prestados a cada criança;*
10. *A intimidade de cada criança deve ser respeitada. A criança deve ser tratada com cuidado e compreensão em todas as circunstâncias”.*

Defender a criança hospitalizada é assim um dever e um desafio para toda a equipa de saúde. A verdade é que maior parte das crianças ou dos seus responsáveis não reivindicam os seus direitos porque os desconhecem, pelo que se torna imperativo a sua divulgação, por todos os que tem responsabilidade e trabalham quotidianamente com crianças saudáveis ou doentes.

4. *As crianças e os pais têm o direito de receber u informação sobre a doença e os tratamentos, adequados à idade e à compreensão, a fim de poderem participar nas decisões que lhes dizem respeito;*
5. *Deve evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável. As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo;*
6. *As crianças não devem ser admitidas em serviços de adultos. Devem ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e actividades educativas adaptadas à idade, com toda a segurança. As pessoas que as visitam devem ser aceites sem limites de idade;*
7. *O Hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afectivas e educativas, quer no aspecto do equipamento, quer no do pessoal e da segurança;*
8. *A equipa de saúde deve ter a formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e família;*
9. *A equipa de saúde deve estar organizada de modo a assegurar a continuidade dos cuidados que são prestados a cada criança;*
10. *A intimidade de cada criança deve ser respeitada. A criança deve ser tratada com cuidado e compreensão em todas as circunstâncias”.*

Defender a criança hospitalizada é assim um dever e um desafio para toda a equipa de saúde. A verdade é que maior parte das crianças ou dos seus responsáveis não reivindicam os seus direitos porque os desconhecem, pelo que se torna imperativo a sua divulgação, por todos os que tem responsabilidade e trabalham quotidianamente com crianças saudáveis ou doentes.

2. NASCER PREMATURO

A *“gestação ideal”* de qualquer ser humano inicia-se no momento da concepção e termina no nascimento de um bebé. Em condições normais esta decorre num período de nove meses ou quarenta semanas (Sá, 2004).

O bebé (ou feto) passa então a fazer parte da vida da mãe e idealmente da vida dos pais muito antes de nascer, ou seja, este faz parte da família mesmo antes de nascer.

John Lind, professor sueco que em 1973 abordou *“o nascimento da família no hospital obstétrico”*, afirma que *“a família nasce na sala de partos”* e destaca a importância dos casais se manterem juntos durante o trabalho de parto e o parto propriamente dito (Pedro et al, 1995: 35).

A família é reconhecida como uma unidade fundamental na medida em que tem mais contactos constantes com qualquer grupo social do que qualquer outra unidade social. É assim considerada, uma das mais importantes instituições da sociedade representando um grupo social primário influenciado por pessoas e instituições (Bobak e al, 1999).

Ao transmitir os antecedentes culturais fundamentais aos seus membros, a família torna-se na principal responsável pela introdução e socialização dos indivíduos. Mesmo com a existência das tensões da vida moderna, a família consegue criar aos seus membros uma rede social que age como um potente sistema de suporte (Bobak e al, 1999).

Independentemente da estrutura, a realidade é que cada RN vem ao mundo rodeado por uma família e o enfermeiro tem que centrar os seus cuidados na unidade familiar de forma a garantir o bem estar da mesma (Bobak et al, 1999).

Os sentimentos e emoções não surgem apenas no momento do nascimento mas sim desde o planeamento da gravidez, da certeza da gravidez passando pela recepção da notícia pelo pai e restante família,

pela primeira ecografia, pelo anúncio do sexo do bebé, pela ecografia em que se vê pela primeira vez uma “carinha” e finalmente quando este nasce e é conhecido por todos (Sá, 2004).

É indiscutível que entre a mãe e o feto se estabelece uma relação, seja ela de que ordem for. A mãe tem o privilégio de conhecer o bebé como ninguém, afinal tiveram ou deveriam ter, nove meses para criar laços, que jamais serão destruídos. Como afirma Sá (2004: 108), *“são apenas dois seres dependentes separados, que se conhecem sem nunca se terem olhado ou que se sentem “sem nunca se terem tocado”*, que fazem transparecer os laços entre eles criados logo no dia do nascimento.

Tudo o que acontece durante a gravidez e durante o trabalho de parto vai afectar o modo como o pai e a mãe se sentem em relação ao RN, sentimentos esses que podem ir até a adolescência. É o caso dos abusos e negligência de crianças, distúrbios de comportamento, dificuldades comportamentais, lutas conjugais e divórcios. Assim, é imprescindível quer para os pais quer para as crianças que se faça tudo o que é o possível para que os *“acontecimentos que venham eventualmente a ocorrer durante o período perinatal possam construir uma experiência positiva”* (Pedro et al, 1995: 35).

“Através de um processo complicado, o feto pode ser afectado por mudanças bioquímicas causadas pelas experiências emocionais da mãe. Consequentemente, a mãe e o bebé estão envolvidos em um diálogo muito antes de ele nascer. O nível de actividade da mãe e seu estado emocional estão interligados aos ciclos característicos do bebé que ainda não nasceu. Na medida em que ela se ajusta aos ritmos dessa nova vida dentro dela, o feto, por sua vez experimenta o ritmo de vida da mãe e através dela experiência do pai e de outros membros da família” (Sá, 2004: 109).

Assim sendo, durante a gravidez as interacções feto-maternas são diversas e de extrema importância, traduzem-se por uma íntima ligação, que vai desde a relação biológica à orgânica, onde toda e qualquer fantasia ou vida imaginária da mãe representa a base essencial das

relações posteriores que ela terá com a criança. Pode dizer-se então que a vida emocional da mãe produz efeitos sobre o bebé a curto e a longo prazo (Sá, 2004).

A gravidez é considerada um período determinante no princípio de uma relação eterna e inigualável entre mãe e filho. Ainda assim, as opiniões divergem no que diz respeito ao impacto que o vínculo existente possa ter sobre o desenvolvimento psíquico do futuro do bebé (Sá, 2004).

Relativamente às relações negativas o mesmo autor, *“aponta como consequências a vulnerabilidade e o desamparo que suscitam o mal estar do bebé, chegando mesmo a provocar partos prematuros, de bebés com baixo peso e dificuldades emocionais, que poderão ser as origens de uma criança insegura, introvertida e ambivalente”* (Sá, 2004: 107).

O modo como se estabelece a primeira relação com o mundo aquando do nascimento (e também posteriormente), depende também da comunicação estabelecida entre a mãe e o feto durante a gestação. *“Todas as vivências pelas quais passa o bebé no período pré natal irão fazer parte da sua “bagagem inconsciente” exercendo influência sobre a estruturação da personalidade pós natal e sobre a sua conduta e comportamento”* (Sá, 2004: 135).

Imediatamente após o nascimento, os pais vivem um momento único, em que os acontecimentos aí ocorridos podem causar muitos impactos a nível familiar. Este período, que dura pouco tempo e no qual começa a florescer a afeição dos pais pela criança, é conhecido como *“período sensível materno”* (Pedro et al, 1995: 37).

Embora a relação biológica existente entre a mãe, e o filho seja de extrema importância, o feto não depende única e exclusivamente da mãe é o caso dos bebés prematuros, que não são mais que um feto fora do útero (Sá, 2004).

O nascimento de um bebé prematuro vem também alterar a vida do mãe/ pai (família), onde os primeiros sentimentos de amor para com o bebé podem não ocorrer necessariamente com o primeiro contacto, uma

vez que os acontecimentos ocorridos durante e logo após o nascimento do bebé podem vir a interferir na vinculação e afeição dos pais à criança.

2.1. O BEBÉ PREMATURO

Os RN prematuros são aqueles que nascem antes no termo nomeadamente aqueles que nascem com menos de 37 semanas gestação.

Em Portugal são considerados partos pré termo os RN nascidos até às 37 semanas. Sendo os RN de prematuridade extrema divididos em três grupos:

1. IG inferior a 24 semanas – a maioria concorda em não os tratar;
2. IG entre as 24 e as 25 semanas – levantam dúvidas e divergências no tratamento;
3. IG superior ou iguais a 25 semanas – quase todos são tratados (Peixoto et al, 2004).

O nascimento antes do termo está associado ao trabalho de parto pré termos e outras complicações da gravidez como a gestação gemelar, hidrâmnios, colo incompetente, deslocamento prematuro da placenta e algumas infecções (Bobak et al, 1999).

Antigamente, chamados “*bebés fraquinhos*” ou “*bebés debilitados congenitamente*”. Por volta de 1870 surgiu na língua inglesa o termo “*bebé prematuro*” (Pedro et al, 1995: 252) que, nos nossos dias, são também considerados de alto risco.

O RN de alto risco é aquele que possui instabilidade fisiológica e/ou hemodinâmica como consequência de distúrbios congénitos, alterações metabólicas, prematuridade, asfixia perinatal ou problemas durante a gravidez, necessitando de cuidados intensivos após o nascimento (Tamez e Silva, 1999).

Os prematuros são bebés com determinadas características que os diferenciam dos outros RN. Por nascerem antes do tempo previsto, os

seus órgãos não estão completamente formados nem possuem a maturidade necessária para o seu pleno funcionamento. O tempo que deveria ser passado em ambiente intra-uterino com as condições adequadas ao desenvolvimento normal até à hora do nascimento é passado numa incubadora, onde é criado um ambiente propício para satisfazer todas as necessidades com vista ao correcto desenvolvimento e crescimento do prematuro.

Os prematuros são RN especiais. Todos os seus órgãos ainda não estão aptos a funcionar a cem por cento, têm a pele muito frágil, possuem instabilidade térmica, muitas vezes não conseguem respirar sozinhos e precisam do auxílio de aparelhos mecânicos. Também não conseguem sugar e deglutir como os RN de termo e são alimentados sem darem conta ou fazerem qualquer esforço. É também frequente terem crises de apneia, hipóxia, bradicardias, hipotensão, paragens cardíacas, alterações metabólicas e hidroelectrolíticas, distúrbios gastrointestinais, hematológicos, assim como, maior susceptibilidade a infecções (Tamez e Silva, 1999).

A pouco e pouco, vão adquirindo competências e começam a ficar mais autónomos. Deixam de precisar de oxigénio, começam a coordenar os movimentos de sucção e deglutição, capacidade adquirida a partir das 32-34 semanas de gestação ficando totalmente sincronizadas por volta das 36-37 semanas de gestação (Whaley e Wong, 1989).

Começam a reclamar quando têm fome, quando têm a fralda suja, quando têm cólicas ou simplesmente quando querem colo. A passo e passo tornam-se bebés normais, começam a reagir à luz, à voz e ao tacto, abrem os olhos espontaneamente. Muitas vezes a sua reacção não é positiva por serem expostos a todos estes estímulos em simultâneo.

Os RN, em especial os prematuros, apenas conseguem receber um pouco de estimulação de cada vez e apenas numa das áreas, táctil, auditiva ou visão. Em relação ao campo visual descobriu-se que este é uma forma ameaçadora de comunicação para os prematuros. Se estivermos muito perto deles, eles ficam retraídos, pálidos e ao insistirmos

em interessá-los no contacto visual, estes preferem que estejamos à distância até que o seu limiar visual aumente (Brazelton, 1992).

À medida que se desenvolvem passam a aceitar que os embalem e lhes cantem ao mesmo tempo e por fim serão capazes de olhar para um rosto, aceita que lhes falem e que os ponham ao colo. Iniciam nesta altura, a difícil aprendizagem que iram atravessar e entram no trilho de se transformarem seres sociais (Brazelton, 1992).

Os RN prematuros são também bebés com frequentes períodos de agitação e desorganização, que se cansam e entram em *“stress”* com facilidade. Cada passo de desenvolvimento é precedido por um período de desorganização, *“todas as crianças atravessam um processo de desenvolvimento de tipo irregular mas para os bebés prematuros os períodos de reorganização são interpolados com os mais horrendos períodos de desorganização”* (...) *“actuara como se nada na realidade conseguisse satisfaze-lo”* (Brazelton, 1992: 222).

No futuro os RN prematuros podem ser crianças introvertidas, inseguras com dificuldades emocionais e de relacionamento, bem como com problemas de desenvolvimento psicomotor, respiratórios, surdez ou desenvolvimento retinopatias. (Brazelton, 1992 e Palminha e Carrilho, 2002 Vol 3).

2.2. OS PAIS E A PREMATURIDADE

A etapa do nascimento, em que ocorre a passagem da vida uterina, é um período sensível da vida humana. Esta passagem implica um conjunto de alterações e adaptações físicas e emocionais, quer por parte da mãe quer por parte do bebé (Formiga1, 2003).

Ao nascimento de uma criança está associado algo bom e positivo, correspondendo a um momento onde culminam vários sentimentos difíceis de gerir. Este momento caracteriza-se especialmente por estar recheado de alegria, felicidade, coisas novas, alguns receios, mudanças, dúvidas e até medos.

O momento positivo, tão ansiado pelos pais pode ser extenuado com o nascimento de um bebé prematuro, em risco ou com deficiência e com necessidade de internamento logo à nascença, surgindo sentimentos ambivalentes de frustração, culpa, ansiedade, desespero, perturbação e até medo de perder o filho.

A já referida ligação emocional permanece após o corte do cordão umbilical, durante o parto, pelo que se torna relevante durante todo este processo a prestação de apoio aos pais. Intensificando-se a necessidade e importância deste apoio aquando do nascimento de um bebé prematuro, em risco ou com deficiência.

Existem diversos estudos e teorias sobre a gravidez e nascimento de um bebé. Segundo Brazelton e Cramer, durante a gravidez e em especial perto do nascimento, os pais têm presente bebés diferentes: *“A criança imaginária dos seus sonhos e fantasias (...) o feto, mas real, cujos ritmos e personalidade particulares se foram fazendo cada vez mais evidentes no decorrer da gravidez”* (Brazelton, 1992: 3).

Para Brazelton (2002), o nascimento de um bebé prematuro, de risco ou com deficiência, pode provocar nos pais três reacções previsíveis: não aceitação, projecção e alheamento. Estas reacções aliam-se a três problemas fulcrais identificados por Cramer (Klaus e Kennell, 1993), em entrevistas com mães de bebés prematuros, nomeadamente: problemas de auto-estima, problemas de culpa e problemas de separação.

Embora os pais tenham presente um bebé perfeito e se achem capazes de receber um bebé imperfeito (Pedro et al, 1995), quando o bebé nasce prematuro ou é submetido a sofrimento intra-uterino os pais sentem-se responsáveis. A mãe acha que poderia ter agido de forma diferente e pensa ter prejudicado o seu bebé. Nesta situação surgem questões como: *“Porquê eu?”*, *“Em que é que eu errei?”*.

Nos casos em que a gestação completa os nove meses, habitualmente o bebé é entregue à mãe logo após o seu nascimento, o que lhe permite um contacto mais vincado entre eles. No caso de mães

com bebés prematuros, esse contacto é-lhes negado, na medida em que o RN é levado de imediato para a UCIN após o nascimento.

A mãe, na maioria das vezes, encontra-se exausta emocional e fisicamente sem ter visto nem ouvido o bebé imediatamente depois de ele ter nascido. Tudo acontece tão depressa acabando apenas por ter memória dos aspectos de emergência do nascimento (Brazelton, 1992).

Existe, assim, a falta de contacto inicial, importante para a vinculação, bem como, o saber das mães fica em detrimento do saber da equipa de saúde. Uma vez que as primeiras notícias do RN (a sua situação) são comunicadas oralmente à mãe pela equipa de saúde, ou pelo pai, ela não o pode olhar, tocar e acariciar de imediato e tem de acreditar no que lhe é dito.

O pai, na maioria das vezes, é mantido fora da sala de partos e apenas vê a *“incubadora passar por ele a correr, empurrada por uma enfermeira de aparência ansiosa”* (Brazelton, 1992: 89).

Uma vez que a mãe se encontra debilitada, sem poder deslocar-se de imediato à unidade, cabe ao pai enfrentar toda a situação sozinho, sendo, por vezes, importante o envolvimento de uma terceira pessoa, como um avô ou amigo (Formiga1, 2003).

Todos os esclarecimentos em relação à situação do RN devem ser dados, não esquecendo que inicialmente o pai é o elo de ligação entre o RN e a mãe, até esta se poder deslocar à unidade. Uma das formas de estabelecer um contacto precoce entre o RN e a mãe é facultar-lhe uma fotografia tipo *Polaroid* do bebé (Formiga1, 2003).

Por vezes, o primeiro contacto dos pais com o RN é complicado uma vez que este último não corresponde precisamente às expectativas concebidas durante a gravidez. O bebé louro, rosado, com choro forte, pode dar lugar a um bebé cianosado, marcado por um parto traumático, que presumivelmente nem chora e está rodeado de equipamentos por todos os lados (Formiga1, 2003).

Nas UCIN encontramos *“incubadoras alinhadas lado a lado, com um verdadeiro labirinto de fios, tubos e complexos monitores a sair de cada uma delas”* (Brazelton, 1992: 92) (...) *“Os cheiros de álcool e desinfetante, os ruídos dos monitores a pulsar em todas as direcções, a tensão o ar, associados à própria ansiedade por causa do seu bebé”* (Brazelton, 1992: 93) (...) *“delicadeza e destreza que são necessária aos aspectos técnicos indispensáveis à sobrevivência do bebé”* (Brazelton, 1992: 93).

Este ambiente hostil desenvolve nos pais uma diversidade de sentimentos e questões: *“Como é que um bebé minúsculo pode ter resistência para sobreviver estando ligado a toda esta maquinaria monumental (...) um sentimento assustador de como ele é delicado neste momento (...) conseguiria algum bebé ser normal depois de um experiência assim (...)”* (Brazelton, 1992: 93). (...) *“Porque estão a esforçar-se tanto para salvar estes bebés? Porque aconteceu isto? Porque nos aconteceu isto? Porque não consigo sentir nada? E se se salvar, ficará bem alguma vez? Não se atrevia a permitir-se gostar desta criaturinha, que parecia ter tão poucas possibilidades* (Brazelton, 1992: 94).

Estes são alguns exemplos das inúmeras perguntas e dúvidas que surgem na *“cabeça”* dos pais, por vezes difíceis de gerir, de aceitar ou ultrapassar.

Na UCIN, ao verem o seu bebé numa incubadora rodeado de tecnologia desconhecida, os pais desenvolvem sentimentos múltiplos.

A primeira reacção é geralmente de choque, uma vez que o seu filho é pequeno e franzino, está em risco ou porque simplesmente é diferente do bebé que imaginavam. Sentem-se aterrorizados e desamparados. *“Por outro lado, sentem tanto medo que o bebé possa morrer que encontram estratégias de se auto protegerem emocionalmente, com numa espécie de “luto antecipado” e evitam vincular-se ao filho”* (Carvalho, 2002: 111).

É previsível que a mãe e também o pai, desenvolvam estratégias de autoprotecção, tentando defender-se de perguntas tais como: *“Se não se consegue produzir um bebé em circunstâncias ideais, será que o futuro dele ficará em perigo? A mãe profundamente anestesiada, ou aquela que tem um parto prematuro, ficará menos ligada ao bebé? Sentir-se-á porventura menos feliz depois do nascimento? O desenvolvimento da vinculação é menos isento de obstáculos, mas não há razão para o que resultado seja menos recompensador. De facto, o esforço para vencer tais dificuldades pode ser uma força poderosa na vinculação”* (Brazelton, 1992: 83).

Após o nascimento de um prematuro é inevitável a luta contra uma *“reacção de luto”*. *“Os pais não só sofrem pela perda do bebé perfeito que geraram e se culpabilizam, quer conscientemente quer inconscientemente. Sentem-se culpados pelo estado do bebé, quer haja razão quer não”* (Brazelton, 1992: 97).

Como já foi referido, é frequente os pais sentirem-se culpados por terem gerado um bebé prematuro e para ultrapassar esse sentimento é necessário tempo e um árduo trabalho pessoal.

Segundo Brazelton (1992: 98), *“os pais atravessam cinco fases antes de poderem finalmente encarar o bebé como pertencendo-lhes e antes de confiarem em si próprios para lidarem e se relacionarem com ele”* (...).

Inicialmente, os pais relacionam-se com o bebé apenas pelas informações dadas pelos profissionais de saúde. Alegram-se quando ouvem falar em melhoras e entristecem quando estas não existem. Começam, posteriormente, a olhar o bebé e a identificar os seus reflexos à manipulação e posteriormente à voz mas apenas em resposta aos estímulos de outra pessoa. *“Os pais ainda não se atrevem a produzi-las por si mesmos”* (Brazelton, 1992: 98).

A seguinte fase começa quando os pais se atrevem a produzir, por si próprios, os movimentos de resposta, sendo este o verdadeiro começo

de se considerarem pais do bebê. Em seguida passam a *“encara-se como responsáveis pelas reacções do bebê”* (Brazelton, 1992: 98).

Por último os pais atrevem-se a *“pegar no bebê e tê-lo ao colo, a embalá-lo ou mesmo a alimentá-lo* (Brazelton, 1992: 99). A vinculação é consumada nesta altura, quando conseguem ver que ele não é assim tão frágil, nem se parte e que até o podem satisfazer *“e tratá-lo como uma pessoa, os pais estão prontos a levá-lo para casa, a criá-lo”* (Brazelton, 1992: 99).

2.3. A ESTADIA NA UCIN

Antigamente a assistência neonatal caracteriza-se pela selecção natural, *“os bebês com anomalias ou muito débeis era abandonados até a morte”* (Palminha e Carrilho, 2002 Vol 3:909).

Até ao século XVII não existia nenhuma estrutura organizada para a prestação de cuidados aos RN quer as crianças maiores.

Mas existem relatos históricos de que *“a preocupação com a saúde materna durante a gravidez, a evolução e bem estar fetal e os cuidados com o RN surgiram um pouco por todos os lados”* (palminha e Carrilho, 2002 Vol 3: 909).

O inicio da organização sistematizada dos serviços de saúde infantil surgiu no inicio da era industrial na Inglaterra. E desde essa altura que década a década os progressos tem-se sucedido. Por exemplo na década de 70 existiu um *“desenvolvimento do conceito de regionalização na gestão dos cuidados de saúde perinatal, à estruturação dos sistemas de transporte do RN e ao aperfeiçoamento da técnica de ventilação mecânica”* (Palminha e Carrilho, 2002 Vol 3: 909).

Com o passar dos anos têm sido notáveis a mudanças a nível da Neonatologia, os chamados berçários de prematuros passam a ser conhecidos por Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais e existem cada vez mais equipamentos e técnicos especializados nesta área. Também os pais foram integrados nos cuidados. Estes são incentivados a

permanecer junto do seu bebé, é lhes dada a oportunidade de tocarem no seu frágil bebé, de aprenderem a cuidar dele, a conhece-lo antes de o levarem para casa (Brazelton, 1992).

A intervenção hospitalar que se faz com os pais, baseia-se em despertar o vínculo que em todos existe. A forma pela qual os enfermeiros aprenderam a olhar e a ouvir os bebés facilita este processo de apoio aos pais, tornando-o mais harmonioso (Pedro et al, 1995).

O envolvimento dos pais na prestação de cuidados aos RN nas UCIN é hoje em dia frequente, embora esta prestação de cuidados não vá muito além dos cuidados de higiene e conforto e da alimentação. Por vezes seria relevante envolver os pais noutros campos do cuidar e em cuidados mais específicos, embora com *"a promulgação do Decreto Lei nº26/87 de 13 de Janeiro, fundamentado na lei nº21/81 de 19 de Agosto e que contempla o direito aos pais nas UCIN, os pais tornaram-se cada vez mais os principais prestadores de cuidados ao bebé, estabelecendo uma relação de parceria com o enfermeiro"* (Formiga2, 2003: 64).

Como tal, os pais devem fazer parte da equipa multidisciplinar, implicando a não existência de funções predefinidas *"mas sim um envolvimento nos cuidados prestados não ao nível da substituição do enfermeiro mas como complemento da sua actuação, formando os pais uma parceria com a equipa de saúde, tendo em vista um melhor desenvolvimento e restabelecimento do bem estar do RN"* (Formiga2, 2003: 64).

Na actualidade, é crescente a preocupação em criar laços fortes entre estes pais e os RN prematuros, dado ter-se verificado ser provável que os pais continuem a tratá-los no decorrer dos anos como se estivessem em risco se tais laços não forem criados (Brazelton, 1992). *"Quando os bebés são tratados como vulneráveis e superprotegidos, a qualidade das suas vidas pode ser seriamente afectada bem como o seu potencial autonómica em desenvolvimento"* (Brazelton, 1992: 95).

Mesmo em condições normais, os pais tem maior propensão para se desequilibrarem facilmente. Esta vulnerabilidade resulta com facilidade

em sentimentos de culpa ou numa inadaptação que se intensifica em caso de prematuridade. *“Alguns pais necessitam de muita ajuda e apoio para conseguirem atingir o equilíbrio, no qual podem concentrar os seus próprios recursos”* (Pedro et al, 1995: 231).

Todos os pais de bebés que nascem antes do termo, procuram encontrar um equilíbrio entre a dor e a ligação, este é um processo complicado, uma vez que é difícil de lidar com estes dois fenómenos em simultâneo. *“A participação activa dos pais nos cuidados a prestar ao bebé ajuda-os a superar a dor até que adquiram a força que lhes permitirá lidar de uma forma mais aberta com o seu distúrbio emocional interior”* (Pedro et al, 1995: 234).

Mesmo assim, muitos acontecimentos normais e até previsíveis são, aos olhos dos pais, verdadeiras crises. É o caso das reacções hipersensíveis dos prematuros que podem fazer com que os pais se sintam afastados do bebé.

Torna assim, inevitável e até frequente os pais de prematuros sentirem-se responsáveis por tudo o que corre mal tornando-se por vezes difícil acreditar que as suas visitas são importantes para o bebé (Brazelton, 1992).

Na maioria das vezes, as reacções dos pais são guiadas pelas mudanças do bebé. Inconscientemente, quando o bebé estabiliza num padrão mais previsível, os pais assumem que ele está a tornar-se mais forte (Brazelton, 1992).

Se por algum motivo o bebé regride, a vulnerabilidade dos pais é reaccesa pelo pensamento anterior de já terem deixado mal o bebé; *“sentirão não só que não o conhecem mas também que são uns falhados”* (Brazelton, 1992: 105).

“O que é notável é que muitas mães e outros pais conseguem vencer estes sentimentos e começam a ligar-se outra vez àquele bebé que pensam ter posto em perigo” (Brazelton, 1992: 90).

Com o decorrer dos dias os pais entram nas rotinas dos seus bebés e aprendem a conhecê-los. Começam por observá-los, tocá-los a

medo e passam a conseguir identificar quando estão agitados, quando têm fome ou quando simplesmente querem carinho, aprendem a cuidar deles e a acalmá-los.

O sentimento de proximidade entre os pais e o RN é redobrado no momento em que estes começaram a sentir movimentos de resposta. Depois do primeiro impacto e de se acostumarem à sua fragilidade os laços entre ambos intensificam-se quando os bebês começam a mexer-se, a abrir os olhos ou simplesmente a reagirem à voz, à luz ou ao toque (Brazelton, 1992).

Ao serem encorajados a participar nos cuidados ao bebê antes da alta, os pais não só reforçam os seus sentimentos e competências ao terem ajudado o seu bebê a ultrapassar a crise como também os ajuda a recuperar da própria depressão (Brazelton, 1992).

“Depois de terem passado para um berço fora da incubadora, levam tempo a adaptar-se ao mundo à volta deles. Só conseguem receber um pouco de estimulação de cada vez e apenas numa das áreas – ouvido ou tacto ou visão. Gradualmente, com o decorrer dos dias, conseguiram fazer tudo melhor de modo a conseguir receber duas modalidades ao mesmo tempo. Conseguiram aguentar que lhes cantem e os embalem ao mesmo tempo. Finalmente, conseguiram olhar para um rosto e que lhes falem e os ponham ao colo. Neste ponto, começara a render toda a aprendizagem onerosa que atravessam e estarão a caminho de se tornarem seres socais” (Brazelton, 1992: 103).

O momento da alta é mais um momento de ansiedade para os pais. É inevitável encontrarem-se preocupados e assustados, uma vez que se aproxima a grande responsabilidade de pôr em prática tudo o que aprenderam, mas agora sem ninguém por perto. Vão ter de tomar conta do seu bebê sem terem a quem recorrer quando ele continuar agitado e choroso sem motivo aparente.

A responsabilidade de cuidar do bebê traz novamente toda a ansiedade e o luto de terem gerado um bebê *“potencialmente defeituoso”*. *“Os sentimentos de terem sido responsáveis pela situação do bebê, os*

medos de o prejudicarem ainda mais, o desejo de o deixarem num lugar protegido e todas as velhas defesas contra o pesar e os seus sentimentos de inadequação tem de voltar a surgir” (Brazelton, 1992: 206).

Ao levarem o seu filho para casa os pais já têm tudo pensado *“manter o aquecimento bem alto, reduzir os barulhos, descer as cortinas no quarto do bebé para o manter escuro, (...)”* (Brazelton, 1992: 211) mas às vezes o problema surge no simples acto de preparar um biberão, algo que nunca viram fazer, nem nunca fizeram.

Já em casa, os pais têm de conseguir identificar, aceitar e lidar com o seu bebé. Essa criatura tão pequena e frágil que com *frequência “pode respirar superficialmente e irregularmente”; “pode apresentar episódios de apneia quando a respiração para as vezes por momentos”; “a cor pode ficar manchada ou ligeiramente cianótica nas pontas dos dedos, nos dedos dos pés e à roda da boca”* (Brazelton, 1992: 212). Todos estes são sinais que o bebé se pode encontrar em “stress” e que os pais não só devem saber identificar como agir adequadamente e em cada situação.

Muitas vezes, os frequentes períodos de agitação e desorganização dos bebés prematuros levam os pais a desorganizarem-se também. Em vez de responder a cada situação, passam a não saber o que fazer, nem a quem recorrer. Torna-se assim relevante a existência de um acompanhamento mais individualizado a cada bebé e a cada família, sendo mais fácil de identificar e resolver os seus problemas, no seu meio ambiente. Os ensinamentos e a avaliação dos mesmos tem muito mais valor se forem adequados ao meio e aos recursos de cada família. Na maioria dos casos, os pais até compreendem o que lhes foi ensinado no hospital mas, chegados a casa com o bebé, não tem meios para aplicar tais ensinamentos.

3. O PAPEL DO ENFERMEIRO

“Para reduzir a ansiedade e os medos naturais dos pais sobre uma criança com deficiência ou de desenvolvimento lento não há nada tão poderoso como mostrar-lhes as coisas que o bebê pode fazer. Se puderem observar algum sinal de comportamento positivo, podem então aceitar mais facilmente a informação sobre problemas ou limitações que podem necessitar de absorver. Se se consegue centrar a esperança nos aspectos positivos, isso pode ajuda-los a enfrentarem os aspectos negativos”.

(Brazelton, 1992: 208)

“Numa sociedade fortemente impregnada de valores como a beleza, a inteligência, a performance, o nascimento de uma criança que ponha em causa a qualidade de vida, é sentido como uma verdadeira catástrofe. Perante esta dolorosa realidade os pais entram, na maioria dos casos, em situação de crise” (Neves, 2001: 19).

A verdade é que o nascimento de uma criança doente provoca na família períodos de desequilíbrio ou distúrbios nos seus padrões de comportamento, podendo desencadear uma crise. *“Os seus piores receios e medos tornam-se realidade: nasceu-lhes um filho doente, um bebê diferente dos outros!” (Neves, 2001: 19).*

3.1. NO HOSPITAL

A equipa responsável pelos cuidados aos RN desempenha um papel fundamental tanto no que respeita à sua sobrevivência e recuperação, como no aconselhamento e apoio aos pais. O enfermeiro assume assim um papel de destaque na equipa, na sua relação com o RN/família, pela sua permanência vinte e quatro horas por dia junto do RN.

Klaus e Kennell, (Brazelton, 1992), referem que a enfermeira deve dar resposta às necessidades dos pais, ajudar no processo de sobrevivência do bebé e no desenvolvimento da empatia pelos pais, de forma a que estes ultrapassem o período de crise em que se encontram. O enfermeiro deve assim ajudar os pais a adaptarem-se à situação, sem pressas e respeitando o ritmo de cada um.

Empatia, segundo Chalifour (1989: 148), *“é um processo pelo qual uma pessoa é capaz, de um modo imaginário, de se colocar no papel e na situação de outra pessoa, a fim de perceber os sentimentos, pontos de vista, atitudes e tendências próprias do outro, numa dada situação”*, sendo esta condição básica para o desenvolvimento da relação de ajuda.

O primeiro contacto da criança/pais/família com o meio hospitalar provoca inevitavelmente sofrimento quer na criança, quer na sua família, este sofrimento pode repercutir-se negativamente no seu desenvolvimento.

Como profissionais de saúde, os enfermeiros, têm o dever de manter a dignidade, proteger e respeitar a individualidade e autonomia da pessoa por quem são responsáveis, assim como respeitar a confidencialidade, o segredo profissional, a justiça e equidade na prestação de cuidados. O que por vezes não acontece, ao menos com o rigor desejado, devido a diversos factores como o carácter urgente, o tipo de doente, a gravidade da situação, etc. (Sousa, 1995).

No nosso desempenho, temos então de respeitar as crianças em cada um dos nossos gestos e palavras, assim como o dever de as defender procurando sempre reconhecê-la como um sujeito autónomo e com direitos com base nos princípios éticos e deontológicos.

Em pediatria, o princípio da autonomia por vezes torna-se difícil ou mesmo impossível de se aplicar, já que (consoante a fase de desenvolvimento) muitas vezes as crianças não possuem capacidade nem independência para tomar decisões, pelo que se tem de recorrer aos pais.

Não podemos é esquecer que *“ não se pode fazer uso da força ou da coação em relação a um ser pacífico, dotado de consciência de raciocínio e liberdade contra vontade desse ser”* (Porto, 2004: 24).

O que leva a realçar que as crianças também têm interesses e direitos que devem ser reconhecidos independentemente das preferências dos seus pais. Outro aspecto importante é que a vontade da criança é importante mas não pode ser decisiva. Na verdade, a idade é um factor preponderante e relevante quando se trata de decidir se é ou não autónomo uma vez que a imaturidade orgânica, sensorial e sócio-cultural condicionam a autonomia das crianças.

Recordando o artigo 12º da Convenção das Nações Unidas relativa aos direitos da criança, o parecer do menor é tomado em consideração como um factor cada vez mais determinante, proporcionalmente à sua idade e maturidade, ou seja a criança tem *“o direito a exprimir livremente a sua opinião sobre qualquer questão que lhe diga respeito, sendo que as opiniões da criança deverão ser tomadas tendo em consideração a sua idade e o seu grau de maturidade”*.

Em Pediatria e também em Neonatologia os profissionais por vezes adoptam uma atitude paternalista, conceito descrito como *“prática de dominar ou ignorar as preferências do doente, com a intenção de os beneficiar ou aumentar o seu bem estar. Na essência consiste em julgar que a beneficência é provisória em relação à autonomia”* (Canastra, 2004: 39).

Relembrando o princípio da beneficência, esta concebe que devemos fazer o bem ao doente e evitar o mal. A verdade é que a primazia é o bem do doente e todos deveriam agir para tal, *“O bem não nasce da acção boa, antes justifica e cumpre a boa acção”* (Brites, 2004: 24).

Muitas vezes o enfermeiro faz prevalecer o princípio da beneficência entrando em conflito com o princípio da autonomia, uma vez que tende a tomar decisão pelo doente/criança com vista ao seu bem-

estar. Está aqui presente o paternalismo já anteriormente referido, que está enraizado na profissão de enfermagem (Sousa, 1995).

Ao assistirmos à transição do paternalismo para o exercício da autonomia do doente, o profissional de saúde passa a ter a responsabilidade de partilhar a informação e de discutir alternativas com o doente. O que em Neonatologia não é viável aqui o respeito pela dignidade do homem está presente quando o profissional de saúde adopta esta postura, ao promover a capacidade de pensar, decidir e agir dos pais, neste caso.

A existência da veracidade, é também essencial para uma relação de confiança entre o enfermeiro e a família, sendo por vezes necessário moldá-la à capacidade moral da mesma. É, assim, essencial que a verdade seja dita, neste contexto aos pais/família, sendo por vezes necessário adequar a informação à pessoa que temos à nossa frente, não é uma questão de ocultar a verdade mas sim de adaptar o discurso. O importante é não criar falsas expectativas, nem aumentar esperanças em relação à melhoria do prognóstico (Sousa, 1995).

Este princípio a meu ver é de todos e mais utilizado pelos enfermeiros na UCIN, uma vez que as informações a dar sucedem-se, muitas vezes informações delicadas e pouco prazerosas.

A lei portuguesa, em relação aos menores, estabelece como regra geral no artigo 1877º do código civil que os filhos estão sujeitos ao poder paternal até à maioridade ou emancipação, no entanto, existem situações em que o poder paternal pode sofrer limitações. De acordo com o artigo 1878 do código civil, " 1. *Compete aos pais, no interesse dos filhos, velar pela segurança e saúde destes, prover ao seu sustento, dirigir a sua educação, representá-los, ainda que nascituros, e administrar os seus bens*".

"Isto significa que todos os actos que extravasem estes poderes de representação, necessitam, para a sua prática, do recurso a terceiras entidades que se encontrem especialmente dotadas de poderes de

representação dos menores, sempre na prossecução dos seus «melhores interesses»” (Silva, 1997: 43).

Um exemplo muito conhecido sobre esta questão é o caso de pais que por motivos religiosos recusam *“uma transfusão sanguínea vital para o seu filho, ou que proibem actos ou práticas que põem em risco a saúde ou vida do menor. Nestes casos é solicitado ao tribunal de menores competente que decrete a inibição do poder paternal ainda que temporariamente, nomeando-se curador especial para representação do menor”* (Silva, 1997: 44).

Nos bebés prematuros esta questão também se coloca uma vez que a anemia da prematuridade é frequente e a maioria dos prematuros faz transfusões sanguíneas.

De acordo com o parecer da Procuradoria Geral da República de 7 de Julho de 1992 *“o poder paternal é entendido como um “poder dever”, um “poder funcional” que deve ser exercido sempre e só com o objectivo de proteger e promover o menor”* (Silva, 1997: 44).

Durante o internamento do RN prematuros a maioria dos pais não faz uso dos seus direitos quer pelo desconhecimento dos mesmos, quer pela falta de conhecimentos sobre a especificidade da questão. Confiam e aceitam na maioria das vezes a opções tomadas pela equipa de saúde.

Outra questão importante *“é a de saber que critérios o representante legal deve utilizar para transmitir quais são os “melhores interesses” do seu representado. Para além do preenchimento das necessidades básicas de alimentação e abrigo, existe por vezes um enorme vazio sobre os verdadeiros interesses de quem se está a representar. Não podemos em boa verdade afirmar quais são os melhores interesses de uma pessoa quando sabemos muito pouco ou nada dos seus desejos e perspectivas de vida daquela pessoa, sobretudo se é um recém-nascido, ou uma criança pequena”* (Silva, 1997: 44).

Esta é uma questão bastante delicada, uma vez que, os pais têm o direito de decidir o melhor para os seus filhos mas por vezes torna-se complicado uma vez que a criança não tem forma de expressar se, de

facto, é aquilo que a satisfaz. O mesmo acontece com o enfermeiro. Este age de acordo com o princípio, de que todas as suas actuações visam o bem-estar e a melhor qualidade de vida, mas por vezes as suas actuações vão de encontro a este princípio.

A verdade é que como, diz Abranches Ferrão, advogado defensor dos direitos cívicos em Portugal *“para se exercer um direito, é necessário ter força para o aplicar. Ora as crianças são seres frágeis e não se organizam em grupos de pressão”* (Palminha e Carrilho, 2002 Vol 1: 18).

Os profissionais de saúde procuram agir de forma a que os direitos das crianças sejam atendidos, mas torna-se difícil actuar quando não existe *feed back*. Embora aparelhos, máquinas e valores analíticos nos digam que está tudo bem, não sabemos se de facto a criança o sente.

Podemos ver o bebé tranquilo a dormir e, com o tempo, conhecer as posições em que se acalma, a música que o tranquiliza, a comida que prefere, o desenho animado que mais gosta de ver. Mas quando a criança não nos consegue dizer directamente que esta bem e satisfeita tudo é muito relativo.

Durante o internamento, as crianças e os pais têm o apoio dos profissionais de saúde acabando por se sentir num ambiente protegido, onde têm sempre alguém por perto para os socorrer, para tirar dúvidas, diminuir medos e receios, dar respostas e fazer ensinamentos a cada situação nova.

Porém, quando surge o momento da alta esta situação de protecção desaparece e *“o facto de as crianças terem alta, muitas vezes, sem referência para qualquer recurso da comunidade desencadeia nos pais novas crises com reacções de ansiedade, dúvida e insegurança a respeito dos cuidados a ter com o seu filho no domicílio, pois vão deixar o ambiente protector do hospital”* (Neves, 2001: 20).

Muitas vezes os pais sentem-se empurrados para fora do hospital, como se quisessem ver-se livres deles o mais rápido possível. É-lhes dada uma diversidade de instruções num curto espaço de tempo, *“que seriam muito melhor apreendidas, se se desse tempo aos pais para as*

aceitarem no seu ritmo” (Brazelton, 1992: 210). Esta questão torna mais relevante a avaliação dos ensinamentos realizados no domicílio, dado ser lá que estes vão ser efectivamente postos em prática. Para além de ser dever do enfermeiro fornecer aos pais uma lista de serviços e instituições de apoio, de maneira a que estes possam recorrer, quando necessário (Bobak et al, 1999).

3.2. DO HOSPITAL PARA O DOMICÍLIO

De forma a garantir uma maior segurança aos pais é importante que os cuidados e encaminhamentos indicados no hospital tenham continuidade na comunidade. Para tal é necessário a existência de uma boa colaboração e coordenação entre técnicos de saúde dos hospitais e da comunidade, integração e acolhimento dos pais após a alta do RN numa equipa de saúde do centro de saúde da sua área de residência (Neves, 2001).

Nos hospitais existe uma equipa multidisciplinar que ajuda os pais a ultrapassar a crise provocada pelo nascimento de um filho prematuro.

Na comunidade é também fundamental a existência de uma equipa que faça o acolhimento desta família idealmente no seu domicílio, ajudando a ultrapassar as dificuldades e barreiras com que quotidianamente se confronta.

Para tal, seria necessária uma articulação inter-institucional e o hospital deveria informar os respectivos centros de saúde da alta do RN, comunicando toda a informação acerca da criança e família (como decorreu a hospitalização, reacções, relações familiares, tratamentos, ensinamentos realizados), assim como dar indicações de cuidados a realizar com vista a manter a continuidade e optimização dos mesmos (Neves, 2001).

Alguns hospitais são utilizadas folhas de *“Follow up”*, que durante o internamento e na altura da alta ajudam a conhecer o bebé e a sua relação com os pais (Maia, 2004)

Continuidade dos Cuidados à Família e Criança após a Alta Hospitalar

Nestas folhas são registos todos os acontecimentos significativos do bebé bem como o interesse, motivação, aptidão e dificuldades dos pais nos cuidados ao mesmo, assim como todos os ensinamentos realizados.

No momento da alta esta folha é utilizada para elaborar um resumo do internamento do bebé, bem como propostas sugestões de ensinamentos a realizar ou supervisionar, sendo depois encaminhada para o centro de saúde da área de residência dos pais.

Existe também uma associação de pais e amigos das crianças do Hospital São Francisco Xavier, de nome "os Francisquinhos". Esta associação foi criada em Junho de 1994, é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, que tem por objectivo a intervenção precoce a crianças em situação de risco, nascidas ou atendidas no Hospital de São Francisco Xavier.

Para além de outros programas, têm o Programa de Intervenção Precoce - SOS Bebê desde 1996 que se destina a apoiar 60 crianças/mês e suas famílias, no domicílio. Existindo uma equipa pluriprofissional para o efeito logo após alta hospitalar (A.A.1, s.d.).

Em Évora também existe um núcleo de intervenção precoce com um projecto com vista a rentabilizar os recursos existentes na comunidade. Procurando um envolvimento activo dos pais, de forma a maximizar as suas capacidades de intervenção no apoio aos filhos (A.A.2, s.d.).

O Serviço de Pediatria colabora neste projecto desde Maio de 1995 fazendo parte do grupo coordenador, através da Consulta de Desenvolvimento mas não existe nenhum projecto especificamente para o acompanhamento domiciliário dos RN prematuros e suas famílias (A.A.2, s.d.).

Para se alcançar a melhoria da qualidade de vida (bem estar das crianças e seus familiares) de dada comunidade, é de fulcral importância uma maior articulação e contacto entre as várias instituições de apoio a criança, jovens e respectivas famílias. Considerando a impossibilidade das práticas destas medidas, provocada muitas vezes pelas políticas de

saúde, é essencial assegurar a relação entre os níveis de cuidados de saúde primários, secundários e terciários (Correia, 2001).

Compete ao enfermeiro (dos cuidados de saúde primários) a função de promover a continuidade e coordenação do cuidar, tendo em conta o ambiente familiar, dado que é ele o elemento da equipa multidisciplinar que está em contacto directo e mais próximo com a criança/ família no domicílio, assumindo assim o papel de elo de ligação dentro da equipa e das diferentes instituições (Silva, Ferreira e Formigo, 2002).

De facto, nos últimos anos, factores como o envelhecimento demográfico, a evolução das tecnologias científicas, a emergência de novas patologias, as alterações na estrutura e dinâmica familiar, têm desencadeado novas perspectivas que privilegiam a prestação de cuidados no domicílio.

Segundo Shanhope e Lancaster (1999), cuidados de saúde domiciliários são a componente de um continuado cuidado de saúde global em que os serviços de saúde são prestados aos indivíduos e famílias nos seus locais de residência com a finalidade de promover, manter ou recuperar a saúde, ou de maximizar o nível de independência enquanto se minimiza os efeitos da deficiência e doença incluindo a doença terminal.

“A visitação domiciliária é um lugar privilegiado onde o enfermeiro assume, papeis como prestador de cuidados de alto nível técnico, educador, advogado do doente, colaborador, líder e gestor de casos” (Sorensen e Luckmann, 1998: 501).

Desde os anos 70 que os profissionais de saúde procuram utilizar o método de cuidados centrados na família, trabalham com vista a colocar a família no centro dos cuidados (Bobak et al, 1999).

Há alguns anos que se preconiza a introdução de novas abordagens à saúde da mulher durante todo o ciclo materno, por forma, a alcançar uma melhoria geral da saúde e bem estar da mulher e seus filhos. *“O aumento no acesso aos cuidados preventivos é uma das finalidades onde as enfermeiras de saúde materna podem desempenhar um importante papel”* (Bobak et al, 1999: 9).

Nos últimos anos, os cuidados obstétricos têm sofrido diversas alterações, com o objectivo de responder às necessidades da mulher moderna, observando-se a criação de um papel determinante das enfermeiras parteiras e dos enfermeiros em geral (Bobak et al, 1999).

Como forma de garantir a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar, em alguns sítios é oferecida uma variedade de acompanhamento tais como linhas telefónicas de apoio, visitas domiciliárias de acompanhamento de enfermagem ou grupos de apoio aos pais de modo a dar resposta as necessidades familiares (Bobak et al, 1999).

3.2.1. Visitas Domiciliárias de Enfermagem

A necessidade da existência de cuidados domiciliários surge, quer pela abolição dos berçários quer pela tendência para a alta precoce (6 a 48 horas após o parto) (Bobak et al, 1999).

Esta tendência torna relevante um acompanhamento mais atento dos casais com RN prematuros pelo já referido aspecto da vulnerabilidade é marcado nos RN prematuros (Pedro et al, 1995).

Os pais tem necessidade de se sentirem seguros e saber a quem podem recorrer em caso de surgirem dúvidas com o desenvolvimento e cuidados a ter com o bebé (Bobak e al, 1999), já que é, frequente o comportamento das mães alterar-se durante o primeiro ano de vida da criança, ou durante mais tempo, apesar dos problemas do bebé estarem resolvidos antes da alta. Surge então a *“questão do impacto que a*

utilização de métodos de alta tecnologia no período neonatal pode assumir na relação bebê – mãe” (Pedro et al, 1995: 38).

A ansiedade das mães nos primeiros dias após o nascimento, podem vir a afectar a sua relação com a criança muito tempo depois, mesmo que o problema tenha sido fácil de resolver, justificando mais uma vez a importância de um olhar atento a estas famílias.

Kemper e os seus colegas recentemente deram a conhecer um estudo com mães de RN saudáveis com e sem icterícia, em que após 30 dias de idade as mães de bebés que tinha tido icterícia já tinham deixado de amamentar, nunca tinham deixado o bebé com outra pessoa ou então apenas só uma vez e por um período inferior a uma hora, também já tinha levado os bebés ao médico várias vezes quer por rotina quer por doença bem como já tinha recorrido ao serviço de urgência. *“Isto revela-nos mais uma vez que a identificação de uma evidência clínica no RN, como a icterícia, pode conduzir a uma preocupação constante com a criança e a um síndrome de criança vulnerável” (Pedro et al, 1995: 38).*

Mais, faz-nos pensar quais serão as consequências de um internamento prolongado e com diversas intercorrências associadas, que é o caso dos internamentos dos RN prematuros. A probabilidade da existência deste síndrome é elevada pelo que um acompanhamento direccionado pode ser benéfico para a família e para a criança.

Por si só, o nascimento de uma criança representa uma transformação capital na estrutura interacional existente numa família. *“Tornar-se pai/mãe gera um período de instabilidade que requer comportamentos que promovam a transição para a paternidade. Os pais devem explorar o seu relacionamento com a criança, bem como redefinir a relação entre eles” (Bobak e tal, 1999: 468).*

Com o nascimento de um bebé prematuro o período de instabilidade e de redefinição da relação entre pais e RN intensifica-se e muitas vezes um pequeno problema transforma-se num grande problema, parecendo não ter fim à vista. É aconselhável que sempre que se preveja

Continuidade dos Cuidados à Família e Criança após a Alta Hospitalar

a existência de problemas seja aconselhado o acompanhamento domiciliário por um enfermeiro ou assistente social consoante os casos.

Este apoio domiciliário embora seja desejado para todas as mães de RN sejam eles prematuros ou não, em especial no primeiro trimestre após a alta hospitalar, na maioria das vezes só é conseguido quando aprovado por um médico (Bobak e tal, 1999).

A vantagem da assistência domiciliária está no facto de se poder ter em conta os factores ambientais, sendo também possível observar e avaliar em todas as oportunidades a capacidade dos pais para cuidarem do seu bebé, bem como a interacção pais - filhos e irmãos (Bobak et al, 1999).

A visita domiciliária, é também, benéfica na medida em que no caso de uma mãe inexperiente esta pode não se dar conta das suas limitações ou não saber que questões deve colocar, até estar em casa com o seu bebé. No caso das multíparas acontece ainda não se terem apercebido de como cada criança é única, não se dando conta da insuficiência dos seus conhecimentos prévios (Bobak et al, 1999).

4. LEGISLAÇÃO E ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS

Nos últimos anos observou-se que nos Centros de Saúde quase não existem pediatras, havendo também falta de médicos de família para os adultos e conseqüentemente observou-se falta de médicos de família que se ocupassem, *“especificamente e devidamente, da saúde das crianças portuguesas”*, levando a um aumento da afluência das crianças às urgências dos Hospitais (Palminha e Carrilho, 2002 Vol 1: 19).

Acabando no geral por deixar de haver proximidade das famílias e crianças com o Centro de saúde.

Recentemente procura-se criar sistemas locais de saúde que procuram actuar segundo as propostas das Unidades Coordenadoras Materno Infantis criadas pela CNSMI (Palminha e Carrilho, 2002 Vol1).

Após a alta, os pais vão para casa com o seu filho e com um conjunto de ensinamentos, informações e recomendações, que sozinhos vão ter de gerir e aplicar. E é aqui que surgem as dúvidas e os receios. O encaminhamento de crianças/família após a alta hospitalar, para pessoal especializado com capacidade para dar resposta às dúvidas, necessidades e dificuldades, vem ajudar a garantir um acompanhamento centrado e direccionado às necessidades de cada família e é também uma forma de assegurar a continuidade dos cuidados, educação e promoção para saúde.

A continuidade dos cuidados após a alta de uma criança e a articulação de serviços é algo já previsto na lei e faz parte dos planos e programas de saúde, embora não se concretize fielmente.

Atendendo ao 4º direito da Carta dos Direitos do Doente Internado (da lei nº 24/96, de 31 de Julho), que diz que o doente internado tem direito à continuidade de cuidados, *“ (...) o doente tem direito a que o hospital, em conjunto com o centros de saúde, assegure, antes da alta*

hospitalar, a continuidade dos cuidados (...) O doente e os seus familiares têm direito a ser informados das razões da transferência de um nível de cuidados para outro e a serem esclarecidos de que a continuidade da sua prestação fica garantida (...)” (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005: 394).

Não é nova a preocupação com a saúde infantil. Desde 1990 que foi desenvolvido em Portugal um plano nacional de assistência partilhada à grávida, ao RN, à criança e aos adolescentes de acordo com o programa elaborado pela Comissão Nacional de Saúde da Mulher e Criança (CNSCA 2, 2004).

Para o efeito foram criadas em 1991 (despacho 6/91 de 20 de Junho) as chamadas unidades coordenadoras funcionais (nas vertentes materna - neonatal e infantil), que foram reestruturadas em 1998 pelo despacho 1217/ 98 de 27 de Julho. Estas têm desempenhado um papel importante na articulação entre os cuidados primários e hospitais.

São também responsáveis pela avaliação formação e colaboração entre os profissionais dos diferentes níveis de cuidados e devem actuar em complementaridade, quer na identificação de carências e constrangimentos locais, quer como garante da continuidade dos cuidados (CNSCA 2, 2004).

Entre 1989 e 1994 foi também desenvolvido um programa com incidência na *“melhoria das instalações e dos recursos técnicos e humanos dos serviços de obstetrícia e neonatologia, assim como do equipamento dos centros de saúde referentes as acções de vigilância da gravidez e do puerpério, planeamento familiar e saúde infantil”* (Portugal, 2001: 7).

“Este programa, coordenado por uma comissão nacional, (...) foi implementado de modo progressivo até 1994 (despachos 8/89 de 17 de Março e 20/91 de 13 de Setembro) através desta acção, foi possível melhorar substancialmente as instalações e os equipamentos e rentabilizar os recursos humanos das áreas de obstetrícia e neonatologia dos hospitais, assim como adequar o equipamento e material dos centros de saúde” (Portugal, 2001:7).

Já em 2001, no despacho ministerial de 26 de Abril foi aprovado a Rede de Referência Materno Infantil. Através das RRH procura-se regular as relações de complementaridade e de apoio técnico entre as instituições hospitalares e entre estas e os centros de saúde (Portugal: 2001). O seu objectivo prende-se pela *“melhoria dos cuidados e das condições de assistência pré-concepcional, pré e perinatal e infantil, com vista a diminuição da morbilidade e mortalidade materna, fetal, neonatal e infantil”* (Portugal, 2001: 7).

Foi definido em paralelo a caracterização dos HAP e do HAPD, tendo também sido protocoladas as áreas geográficas de influência e a forma de articulação com os Centros de Saúde. Para auxiliar a articulação entre os dois níveis de cuidados, foram instauradas em todo o território continental as já referidas UCFs (Portugal, 2001).

Segundo a arquitectura da rede de referência materno-infantil delineada, o Hospital de Évora é considerado um HAPD. Por sua vez o Hospital Dr. José M. Grande (Portalegre), o Hospital Santa Luzia (Elvas), o Hospital do Espírito Santo (Évora) e o Hospital Dr. José Fernandes (Beja) são considerados HAP com as respectivas UCFs associadas. Esta rede de referência existe mas não está a ser otimizada adequadamente, estão a ser desenvolvidos esforços para que as UCFs arranquem em força na região e se possa usufruir dos benefícios da sua existência e rentabilizar a utilização destas articulações.

A verdade é que se verificam dificuldades na articulação dos vários níveis de cuidados, embora a lei de base de saúde (nº 48/90 – base XIII) afirme que *“deve ser promovida a intensa articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde (...) garantindo permanentemente a circulação recíproca e confidencial da informação clínica relevante sobre os utentes”* (Neves, 2001: 20). Na maioria das vezes não se favorece o atendimento das crianças e respectivas famílias, próximo do local de residência, uma vez que as crianças são seguidas nas consultas externas da instituição onde estiveram internadas, sem haver qualquer tipo de ligação com os Cuidados de Saúde Primários (Neves, 2001).

Nos Centros de Saúde muitas vezes ainda acontece, só existir conhecimento de determinadas situações quando os pais recorrem ao médico de família para obter receitas, credenciais ou outros documentos necessários a determinados tratamentos do seu filho (Neves, 2001).

Para assegurar e garantir um contacto fiel com o centro de saúde segundo o Decreto Lei 203/ 2004 propõe-se que ao integrar novos utentes nas listas dos médicos, seja dada prioridade às famílias com grávidas e/ou crianças com menos de 6 anos de idade, uma vez que na actualidade a criança é atendida no centro de saúde pelo médico de urgência (CNSCA 1, 2004).

Está ainda em vigor e é recomendado no Plano Nacional de Saúde vigente, o programa tipo de actuação Saúde infantil e Juvenil de 2002, que veio revogar a circular normativa nº9 /DSI de 6 de Outubro. Este programa enfatiza que é imperial para todos os profissionais de saúde e respectivos serviços a manutenção e a promoção da saúde de todas as crianças. Define como prioridades *“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”* (Portugal, 2002: 5).

Este programa considera fundamental, que os recursos humanos existentes se encontrem disponíveis, motivados e competentes para o cumprimento das actividades, como também o desenvolvimento dos meios para possibilitar a visita domiciliária, uma vez que esta *“é um elemento fundamental da vigilância e da promoção de saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade, nas situações identificadas como “de risco”* (Portugal, 2002: 6).

Neste âmbito e atendendo aos objectivos dos exames de saúde propostos no programa Tipo de Actuação – Saúde Infantil e Juvenil, saliento os seguinte:

- *“Prevenir, identificar e saber como abordar as doenças comuns nas várias idades, nomeadamente reforçando o papel dos pais e*

alertando para os sinais e sintomas que justificam o recurso aos diversos serviços de saúde”;

- “Sinalizar e proporcionar apoio continuado às crianças com doença crónica/deficiência e às suas famílias, bem como promover a eficaz articulação com os vários intervenientes nos cuidados a estas crianças”;

- “Apoiar e estimular a função parental e promover o bem-estar familiar” (Portugal, 2002: 7-8).

No mesmo contexto o programa destaca também a actuação ao nível da *“avaliação da dinâmica familiar e da rede de suporte sócio/familiar deve fazer parte das preocupações de toda a equipa de saúde, sempre que se contacta com a criança/família. No primeiro ano de vida há que prestar uma especial atenção ao estado emocional da mãe, encaminhando precocemente quais quer alterações, que poderão interferir no desenvolvimento da criança”;* *“Sempre que se necessite de recorrer a outros serviços ou nível de cuidados, encaminhar a criança, em colaboração estreita com o serviço de referência” (Portugal, 2002: 11).*

Todas as medidas, planos e programas a desenvolver/aplicar atrás referidos enquadram-se no recente Plano de Saúde 2004-2010 que define *“orientações estratégicas com a finalidade de sustentar, política técnica e financeiramente uma vontade nacional dando-lhe um cunho integrador e facilitador na coordenação e intercolaboração dos múltiplos sectores que contribuem para a saúde” (Portugal, 2004: Vol I, 19).*

4.1. PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2004-2010

O vigente Plano Nacional de Saúde reúne um conjunto de acções programadas que deverão ser executadas durante a sua durabilidade. Este apresenta três objectivos estratégicos gerais, nomeadamente:

“- Obter ganhos em saúde, aumentando o nível de saúde nas diferentes fases do ciclo de vida e reduzindo o peso da doença;

Continuidade dos Cuidados à Família e Criança após a Alta Hospitalar

- Utilizar os instrumentos necessários, num contexto organizacional adequado, nomeadamente centrado a mudança no cidadão, capacitando o sistema de saúde para a inovação e reorientando o sistema prestador de cuidados;

- Garantir os mecanismos adequados para a efectivação do plano, através de uma cativação de recursos adequada, promovendo o diálogo intersectorial, adequando o quadro de referência legal e criando mecanismos de acompanhamento e actualização do plano” (Portugal, 2004:Vol I, 19).

No geral, o Plano privilegia duas estratégias fulcrais, o alcançar mais saúde para todos centrando as intervenções na família e no ciclo de vida e a abordagem dos problemas de saúde através de uma aproximação à gestão da doença.

Das principais “estratégias para obter mais saúde para todos” do referido Plano saliento a abordagem centrada na família e no ciclo de vida, nas vertentes nascer com saúde e crescer com segurança. A abordagem Centrada na Família e no Ciclo de Vida justifica-se por permitir visualizar melhor um conjunto de problemas de saúde (Portugal, 2004:Vol II).

O ciclo de vida exalta períodos que correspondem a excelentes oportunidades para a realização de educação para a saúde, acções de prevenção, rastreios de doença e outras intervenções (Portugal, 2004:Vol II).

A promoção da saúde e o papel dos agentes de educação para a saúde, dotados de conhecimentos relacionados com o desenvolvimento humano, aplicados ao contexto comunitário em que actuam só vem a beneficiar as pessoas que são alvo deste tipo de abordagem (Portugal, 2004: VII).

Visando contribuir para a obtenção de ganhos em saúde, também o HESE desenvolveu linhas orientadoras no âmbito do Plano Nacional de Saúde vigente. Foram definidas linhas estratégicas de médio prazo 2005-2007 que incluem os programas Programa 1 – nascer – gravidez e

período perinatal e Programa 2 – Crescer saudável – criança e jovem (ANEXO I).

Para o cumprimento do Plano Nacional de Saúde em vigor e no seguimento dos trabalhos realizados nesta área a Comissão Nacional de saúde materna e neonatal realizou um diagnóstico da situação actual resultando num novo Programa Nacional de Saúde Materna e Neonatal (ANEXO II).

4.2. Programa Nacional de saúde Materna e Neonatal

Até ao momento diversas alterações foram preconizadas e efectivadas das quais saliento as que se enquadram no tema deste trabalho:

- Os Hospitais foram hierarquizados em HAP e HAPD como forma de rentabilizar os recursos;
- Os Hospitais e Centros de Saúde foram integrados em redes de referência Materno Infantil (RRMI);
- Como forma de assegurar a circulação de informação clínica entre os diferentes níveis de cuidados foram criados os Boletim de Saúde Infantil e o Boletim de saúde da Grávida;
- Para garantir a articulação entre os intervenientes e executar um sistema de monitorização, avaliação e formação dentro das RRMI, foram nomeadas as UCFs (CNSMN, 2006).

Para a elaboração deste programa foi feita uma avaliação da situação actual do país de onde se pode concluir entre outros aspectos que:

- As redes de referência Materno Infantil ainda não se encontram consolidadas e apresentam no geral um coordenação débil;
- As CNSMI têm sofrido interrupções na sua continuidade o que tem influenciado na consolidação e avaliação das UCFs, não se

Continuidade dos Cuidados à Família e Criança após a Alta Hospitalar

efectivando o desenvolvimento da cultura da colaboração, comunicação, cooperação e complementaridade entre os intervenientes das RRMI;

- De uma forma geral *“a falta de Comissões regionais a nível nacional, com funções bem definidas tal como para as UCFs, tem sido um obstáculo à consolidação das RRMI e ao normal funcionamento das UCFs”* (CNSMN, 2006: 5);

- As UCFs têm sido o suporte contínuo e generalizado das RRMI. Embora a sua acção seja horizontal e pouco visível, mas eficaz nos locais onde funcionam;

- O número de especialistas em medicina familiar com competências em saúde materna e infantil continua a ser insuficiente para garantir a assistência partilhada da grávida, recém-nascidos, crianças e adolescentes a nível nacional;

- Os profissionais não têm planos de formação, previstos a curto prazo;

- *“As possibilidades informáticas actuais não estão devidamente aproveitadas para melhorar a comunicação, monitorização e avaliação contínua da qualidade”* (CNSMN, 2006: 8).

No horizonte este programa visa *“continuara a garantir a qualidade na vigilância partilhada da grávida, do RN e lactente a nível nacional com igualdade de acesso”* bem como *“Manter e tentar melhorar os ganhos em saúde até agora conseguidos”* (CNSMN, 2006: 9).

Com vista a cumprir a sua missão entre outras tem como estratégias:

- *“Nomear as Comissões Regionais em todas as Regiões de Saúde para concretizar localmente, a Coordenação das UCFs e a aglutinação entre os profissionais das RRMI”;*

- *“Assegurar a visita domiciliária sistemática à puerpera, ao RN de risco”;*

- *“Adequar os futuros projectos às necessidades reais e aos requisitos mínimos de qualidade”* (CNSMN, 2006: 9).

No que concerne ao plano de propostas apresentado saliento as seguintes propostas:

- A actualização e organização em redes perinatais regionais das RRMI;
- A nomeação e definição das competências das CRSMI, bem como a interacção com a CNSMN, ARS e DGS, designadamente na coordenação das UCFs e das relações inter-hospitalares das RRMI;
- A criação de condições para generalizar a acção das UCFs a nível nacional;
- O desenvolvimento *“de um sistema de monitorização informatizado, com uma pagina Web e uma base de dados que permitam comunicação, avaliação, identificação de necessidades formativas, sinalização, disponibilização de guidelines e outras intervenções para garantir melhoria continua da qualidade (Ex: Notícia de Nascimento e Carta de Alta)”* (CNSMN, 2006: 11).

Em síntese em prioridade está:

1. *“Definir a Coordenação do PNSMI: Definir o papel da CNS-ARS-DGS-CRSMI;*
2. *Construir as CRSMI em todas as Regiões e definir o seu papel;*
3. *Consolidar a Coordenação das UCFs e das RRMI;*
4. *Formação e Recrutamento dos Recurso Humanos;*
5. *Actualizar as RRMI Regionais;*
6. *Requalificação das Urgências Perinatais”* (CNSMN, 2006: 12).

5. TAJECTÓRIA METODOLÓGICA

Uma pesquisa pode ser definida como um processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico, tendo por objectivo descobrir respostas para problemas através da utilização de procedimentos científicos (Gil, 1989).

Todo e qualquer estudo parte da existência de um problema. O investigador deve delimitar a problemática a estudar colocando seguidamente questões denominadas de investigação, que não devem ser muito específicas, sucedendo-se a eleição da unidade de análise (Carmo e Ferreira, 1998).

Nesta pesquisa, a definição da problemática em estudo emanou de uma situação ligada à minha realidade profissional, indaguei-me sobre diversos assuntos e no decorrer desta investigação procuro conseguir responder a:

- ❖ Quais as dificuldades e necessidades sentidas pelos pais durante o internamento hospitalar do RN prematuro?
- ❖ Quais as dificuldades e necessidades sentidas pelos pais após a alta hospitalar do RN prematuro?
- ❖ Qual o tipo de continuidade de cuidados oferecidos aos pais após a alta hospitalar do RN prematuro?

Procurando no final, com o contributo de tais resposta compreender/ conhecer e/ou minimizar a problemática em estudo.

"(...) Uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações. É um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos chave, especifica a natureza da população que se quer estudar e sugere uma investigação empírica" (Fortin, 1996: 51).

Sem perder de vista o problema em estudo, as questões colocadas e os objectivos traçados torna-se imperativo esboçar o trilho metodológico a percorrer.

Mediante o tipo de investigação pretendida pelo investigador, assim este define e planifica um método adequado, utilizando técnicas precisas afim de dar respostas às perguntas colocadas aos seus objectivos delineados (Fortin, 1999; Carmo e Ferreira, 1998).

O método pode ser considerado como o caminho para chegar a determinado fim. O método científico corresponde então a um *“conjunto de procedimentos intelectuais técnicos adoptados para se atingir o conhecimento”* (Gil, 1989: 27).

Em geral, os métodos têm como principal objectivo *“oferecer soluções para os problemas epistemológicos da investigação científica”*, oferecem normas gerais que ajudam a separar os objectivos científicos dos do senso comum, permitem ao investigador decidir sobre o capacidade da sua investigação, *“das regras de explicação dos factos e da validade das generalizações”* (Gil, 1989: 28).

“Madeleine Grawitz (1993), define métodos como um conjunto concentrado de operações a realizar para atingir um ou mais objectivos” (Carmo e Ferreira, 1998: 175).

Desta forma, o método a utilizar deve permitir responder às questões de investigação propostas, bem como, atingir os objectivos delineados, despendendo estes do problema levantado inicialmente, como já foi referido a trás.

“A escolha das técnicas depende do objectivo que se quer atingir, o qual, por sua vez, está ligado ao método de trabalho” (Carmo e Ferreira, 1998: 175).

“A técnica representa a etapa de operações limitadas, ligadas a elementos práticos, concretos, definidos, adaptados e uma determinada finalidade, enquanto que o método é uma concepção intelectual coordenando um conjunto de operações, em geral varias técnicas” (Carmo e Ferreira, 1998: 175).

Assim sendo, sem descurar a problemática em estudo, as questões levantadas e os objectivos previamente definidos segue-se a trajectória metodológica escolhida e as técnicas utilizadas.

5.1. TIPO DE ESTUDO

“Os métodos de investigação harmonizam-se com os diferentes fundamentos filosóficos que suportam as preocupações e as orientações de uma investigação. Decorrente das questões colocadas, certas investigações implicam necessariamente uma descrição dos fenómenos em estudo, outras uma explicação sobre a existência de relações entre fenómenos ou ainda a predição ou o controlo dos fenómenos. Os dois métodos de investigação que concorrem para o desenvolvimento do conhecimento são o método quantitativo e qualitativo” (Fortin, 1999: 22).

O paradigma escolhido foi o qualitativo, uma vez que a investigação qualitativa permite o estudo da realidade, contextualizada no espaço social em que se insere, com a possibilidade abertura ao discurso dos actores.

Segundo Greenwood (Almeida e Pinto, 1995), o método qualitativo intensivo permite a aquisição e análise de informações complexas e pormenorizadas tanto em amplitude como em profundidade, o que irá de encontro com o que se pretende estudar.

Neste tipo de estudo, o investigador preocupa-se em compreender o fenómeno em estudo, *“Ele observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresentam, sem procurar controlá-los. O objectivo desta abordagem de investigação utilizada para o desenvolvimento do conhecimento é descrever ou interpretar, mais do que avaliar”* (Fortin, 1999: 22).

No presente trabalho pretendo como refere Fortin (1999: 148), que *“Os sujeitos que participam no estudo tiveram ou tem a experiência de um fenómeno particular, possuem uma experiência e um saber pertinente”*.

Especificamente, procuro conhecer a realidade de pais de filhos prematuros durante e após o internamento dos RN.

Por outras palavras pretende-se conhecer uma realidade do ponto de vista das pessoas que a vivem, o que implica uma descrição fina, densa e fiel da experiência relatada (Fortin, 1999).

Para o efeito, o estudo de caso é o que mais se adequa, uma vez que este se caracteriza por um estudo exaustivo e em profundidade de um ou de poucos objectos, permitindo um conhecimento amplo e específico do mesmo (Gil, 1989).

Merriam (1988), considera que um estudo de caso é **“particular - porque se focaliza numa determinada situação, acontecimento, programa ou fenómeno; descritivo – porque o produto final é uma descrição “rica” do fenómeno que está a ser estudado; heurístico – porque conduz à compreensão do fenómeno que está a ser estudado; indutivo – porque a maioria destes estudos tem como base o raciocínio indutivo; holístico – porque tem em conta a realidade na sua globalidade. É dada uma maior importância aos processos do que aos produtos, à compreensão e à interpretação”** (Carmo e Ferreira, 1998: 217).

Este tipo de estudo foi definido por Yin (1988), como uma abordagem empírica que **“investiga um fenómeno actual no seu contexto real quando os limites entre determinados fenómenos e o seu contexto não são claramente evidentes e no qual são utilizadas muitas fontes de dados”** (Carmo e Ferreira, 1998: 217).

O mesmo autor menciona que um estudo de caso deve **“ser relevante, completo, considerar perspectivas alternativas de explicação, evidenciar uma recolha de dados adequada e suficiente e ser apresentado de uma forma que motive o leitor”** (Carmo e Ferreira, 1998: 218).

Existem estudos de caso exploratórios e descritivos (Carmo e Ferreira, 1998). O presente trabalho pode ser considerada um estudo descritivo exploratório, uma vez que esta associação é muito utilizada quando existe uma preocupação com a actuação prática (Gil, 1989).

Pode assim ser chamada uma pesquisa de ordem prática uma vez que se *“baseia no desejo de conhecer para agir”* (Gil, 1989: 43), nomeadamente uma pesquisa aplicada uma vez que o desenvolvimento e as descobertas de uma pesquisa têm como característica primordial o interesse na aplicação, utilização e consequências práticas dos conhecimentos obtidos (Gil, 1989).

O estudo descritivo consiste em *“discriminar os factores determinantes ou conceitos que, eventualmente, possam estar associados ao fenómeno em estudo”* (Fortin, 1999: 162). Ou seja, procura-se descrever as características de determinada população ou fenómeno, ou o estabelecer uma relação entre variáveis. São também aqui incluídas as pesquisas que tem por objectivo levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma dada população (Gil, 1989).

A pesquisa descritiva aproxima-se da pesquisa explicativa na medida em que vez para além da simples identificação da existência de uma relação entre variáveis pretende-se determinar a natureza dessa mesma relação (Gil, 1989).

Por sua vez as pesquisas exploratórias tem como objectivo proporcionar uma visão geral de determinado facto e pretendem *“desenvolver, esclarecer e modificar conceitos, ideias, com vista na formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores”* (Gil, 1989: 44).

“Este tipo de pesquisa é realizada quando o tema escolhido é pouco explorado e se torna difícil a formulação de hipóteses precisas e operacionalizáveis” (Gil, 1989: 44).

Por definição, a hipótese traduz um espírito de descoberta é alicerçada na reflexão teórica e no conhecimento preparatório do fenómeno estudado, leva o investigador a dizer *“penso que é nesta direcção que se deve procurar, que esta pista será a mais fecunda”* (Quivy e Campenhoudt, 1992: 119).

As hipóteses tentam fornecer respostas possíveis, prováveis ou plausíveis mas certamente provisórias a questões (Deshaies, 1997).

A construção de um sistema de categorias, *“visa simplificar para potenciar a apreensão e se possível a explicação”* (Vala, 1986: 110), pode ser feita antes ou depois da construção do quadro teórico ou ainda através da combinação dos dois processos.

É possível formular um sistema de categorias através da interacção entre o quadro teórico de partida e os problemas que se pretendem estudar, o importante é encontrar a existência ou não dessas categorias no *corpus* (Vala, 1986).

Neste caso as categorias deste estudo foram delineadas *a priori*, para a sua construção contei com o auxílio da minha orientadora, assim como na elaboração da grelha de análise e grelha de análise resumida.

Uma categoria é constituída regularmente por um termo chave que dá o significado do conceito que se pretende apreender *“e de outros indicadores que descrevem o campo semântico do conceito”* (Vala, 1986: 111).

Esta foi definida por Hogenraad (1984), *“como um certo número de sinais da linguagem que representam uma variável na teoria do analista”* (Vala, 1986:110).

A detecção de indicadores referentes a determinada categoria acontece quando determinada secção de texto é contida numa dada categoria. *“O que importa ao analista são conceitos e a passagem dos indicadores aos conceitos é portanto uma operação de atribuição de sentido, cuja validade importara controlar”* (Vala, 1986: 111).

Após a construção das categorias de análise de conteúdo, estas devem ser submetidas a um teste de validade interna, por outras palavras o investigador deve garantir a sua exaustividade e exclusividade (Vala, 1986).

A escolha das categorias é sem dúvida um momento delicado mas a escolha das unidades de análise e a sua identificação não lhe fica a trás uma vez que corresponde *“a tarefa que mais dificuldade operacionais suscita”* (Vala, 1986:113).

1989). *“A forma como determinada resposta é dada (tom de voz, a expressão facial, a hesitação, etc) pode fornecer informações que uma resposta escrita nunca revelaria”* (Bell, 1997: 118).

Tal como diz Sellitz, citando por Gil (1995: 113), *“ a entrevista é bastante adequada para obtenção de informação acerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedente” (...)* *“A entrevista permite obter dados em profundidade acerca do comportamento humano, os dados obtidos são susceptíveis de classificação e de quantificação”* (Gil, 1989: 114).

Quanto ao tipo de abordagem, optei pelo estudo em profundidade a partir de dados recolhidos através de entrevista semi-estruturada ou semi-directiva, *“em função de um número diminuto de sujeitos e (...) no sentido em que não é inteiramente aberta nem encaminhada por um grande número de perguntas precisas. Geralmente o investigador dispõe de uma série de perguntas guias, relativamente abertas, a propósito das quais é imperativo receber uma informação da parte do entrevistado (...) o investigador esforçar-se-á simplesmente por reencaminhar a entrevista para os objectivos cada vez que o entrevistado deles se afasta (...)”* (Quivy e Campenhoudt, 1998: 192-193).

Daqui se conclui que este tipo de entrevista permite ao entrevistador a partir de um esquema básico, fazer as adaptações necessárias e que *“(...) o próprio entrevistado estrutura o seu pensamento em torno do objecto perspectivado”* (Ruquoy, 1997: 87), o que possibilita ainda ao entrevistador, aceder a um grau de autenticidade e profundidade das informações.

O planeamento de uma entrevista deve iniciar-se com a explicação dos objectivos a alcançar e a construção de um guião (Carmo e Ferreira, 1998).

Para a realização das entrevistas foi elaborado um guião, com base no quadro teórico da problemática. Com a colaboração e parecer da minha orientadora (ANEXO III).

Na elaboração do guião foi realizado, conforme referem Carmo e Ferreira (1998), a definição dos objectivos da entrevista, operacionalização destes sob a forma de variáveis e finalmente a redacção das questões de forma coerente.

O guião da entrevista divide-se em seis temas em função dos quais foram elaboradas as questões, nomeadamente:

Legitimação da Entrevista – apresentação do investigador, explicação dos objectivos do estudo e forma de participação do entrevistado;

Caracterização - onde se pretende obter dados que caracterizem os pais do RN prematuro;

Representação do bebé prematuro - permite caracterizar a representação que os pais criam sobre o filho prematuro;

Apoio da equipa de saúde durante o internamento - ajuda a colher dados para caracterizar o apoio dado pela equipa de saúde;

Preparação da alta - possibilita conhecer o modo como é realizada a preparação para a alta;

Após a alta/ no domicílio - adquirir dados para caracterizar a facilidade/ dificuldades sentidas pelos pais no cuidado ao bebe no domicílio.

Foram utilizadas perguntas abertas e fechadas na elaboração do guião das entrevistas, como forma de enriquecer a colheita de dados. Através das perguntas abertas é possível obter uma diversidade de respostas na medida em que o investigado se pode expressar livremente (Gil, 1989).

Segundo Bell (1997), seja qual for o procedimento de recolha de dados, este deve ser examinado de forma crítica e verificada a sua validade e fiabilidade. Estes procedimentos foram efectuados através da apreciação do guião da minha orientadora e pela aplicação do instrumento a indivíduos não pertencentes à amostra mas com características semelhantes.

Seguidamente, foi feita a escolha dos entrevistados e do local onde iriam decorrer as entrevistas, um local calmo privado e agradável para a entrevista (Fortin, 1999). Os pais de prematuros foram os eleitos e o local escolhido foi o serviço de consultas pediátricas do HESE.

O primeiro contacto com os pais onde lhes foi solicitada a participação neste estudo, foi no seu acesso a consulta de desenvolvimento no serviço de consulta pediátrica do HESE.

As entrevistas realizaram-se no já referido serviço antes ou após a consulta de desenvolvimento realizada neste mesmo serviço. Consulta a que os RN ficam ligados após a sua estadia no serviço de neonatologia do HESE.

Esta consulta realiza-se uma vez por semana, por duas pediatras da UCIN. Em cada semana existem mais ou menos quatro marcações. Para além de haver algumas faltas à consulta, alguns pais foram excluídos por não satisfazerem os critérios de colheita de dados.

Foi realizada uma primeira entrevista experimental também denominada de pré-teste, com a finalidade de aferir o guião, a sua realização serviu para conferir cada pergunta, bem como a forma de conduzir cada entrevista, não tendo havido necessidade de reformulação do mesmo.

Foram realizadas 10 entrevistas com a duração de 15 a 40 minutos, entre 7 de Abril de 2006 e 9 de Junho de 2006.

As entrevistas decorreram num gabinete com porta fechada, com janelas para a rua e alguns brinquedos para as crianças, uma vez que estas estavam presentes com as mães e estavam presentes durante a recolha de dados.

Durante a realização das entrevistas, procurei sempre obter e manter a confiança dos entrevistados, escutar, garantir o controlo com subtilidade, utilizar questões de aquecimento e focagem, evitando questões indutoras e enquadrando sempre as perguntas delicadas (Carmo e Ferreira, 1998).

Por último, depois de cada colheita de dados foram registadas a observações sobre os entrevistados e o ambiente em que a entrevista decorreu (Carmo e Ferreira, 1998).

5.2.1. Princípios éticos

Em cada recolha de dados procurei garantir o cumprimento dos princípios éticos normalmente aceites pela comunidade de investigadores em ciências sociais.

O cumprimento destes princípios iniciou-se com a solicitação de autorização para recolha de dados aos pais na consulta de pediatria do HESE, ao conselho de administração do mesmo hospital, que foi concedido.

Já no serviço da consulta de pediatria na abordagem á família (mãe/ pai) dos prematuros foi solicitada a sua colaboração, tendo sido explicada a finalidade da entrevista, o tema e o objectivo da pesquisa, bem como, a importância da colaboração e os possíveis benefícios para a comunidade ou grupo pesquisado (Gil, 1989).

Foram também dados a conhecer os aspectos da investigação que poderiam influenciar na decisão de colaborar ou não no estudo, explicando todos os aspectos inerentes a investigação que poderiam dar azos a questões (Carmo e Ferreira, 1998).

Os entrevistados foram igualmente informados da forma como iria decorrer a entrevista o tempo aproximado que esta levaria e os meios a utilizar (utilização de fita magnética).

Nas relações estabelecidas procurei também manter a honestidade, assegurar a confidencialidade das descrições, assim como o anonimato (Carmo e Ferreira, 1998).

5.3. UNIDADE DE ANÁLISE

Uma população é representada por um conjunto de elementos/ sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto critérios (Fortin, 1999).

Razão pelo que optei por um estudo de “população” e não por amostragem, *“o termo «população» aplica-se ao conjunto das observações feitas sobre diferentes unidades de um grupo de pessoas (...), estando o próprio grupo definido por condições bem precisas”* (Deshaias, 1997: 321).

Neste estudo a população a estudar são os pais de RN prematuros internados no serviço de neonatologia do HESE.

Nomeadamente a população submetida ao estudo também chamada de população alvo é constituída por elementos que satisfazem critérios de selecção previamente definidos (Fortin, 1999).

Tais critérios foram criados segundo os objectivos deste estudo e mediante as possibilidades de recolha de dados.

Assim sendo, foram escolhidos pais de prematuros internados na neonatologia do HESE durante mais de um mês.

5.3.1. Caracterização da população em estudo

Das dez entrevistas realizadas, na sua grande maioria, a entrevista foi realizada à mãe. Apenas em três situações o pai estava presente e participou.

Aquando da entrevista, os bebés tinham todos entre um e dois anos de idade. Apenas um tinha cerca de quatro anos. O que facilita num estudo de opinião uma vez que estiveram todos mais ou menos ao mesmo tempo internados na unidade e ajuda a fazer comparações e tirar ilações.

Os RN deste estudo nasceram entre as 27 e as 34 semanas de gestação, tiveram cerca de um a dois meses internados na unidade, salvo

Continuidade dos Cuidados à Família e Criança após a Alta Hospitalar

um nomeadamente o que nasceu de 27 semanas de gestação e esteve cerca de sete meses internado.

Os seus pesos ao nascer variaram entre o 509gr e 1990kg. Durante o internamento todos tiveram intercorrências normais da prematuridade como baixo peso para a idade gestacional, icterícia neonatal, anemia, sepsis, necessidade de suporte ventilatório e de oxigénio. Na sua grande maioria, foram todos para casa sem grandes sequelas e aparentemente estão bem e com boa evolução psicomotora. Apenas um ficou a fazer oxigénio em casa, outro apresentava evidência de cardiopatia que quando não reverte é corrigido com cirurgia, (o que não foi o caso). Um outro bebé apresenta sinais de ligeira surdez.

Das famílias entrevistadas, metade reside em Évora os outros cinco residem nos arredores.

A idade materna varia entre os 23 e os 38 anos de idade em que apenas quatro têm mais de 30 anos. Por seu turno, a idade paterna varia os 22 e os 62 anos de idade. Quatro têm menos de 30 anos.

Cinco das mães não tem a escolaridade obrigatória, quatro tem o 12º ano e apenas uma é licenciada e tem mestrado. Das mães, três são domesticas, uma empregada de balcão, uma desempregada, uma cabeleireira, uma trabalha nas piscinas municipais, uma ajudante de lar, uma dona de um restaurante e uma enfermeira.

Por seu turno, cinco dos pais tem no máximo o 6º ano de escolaridade, um o 9º ano, dois o 12º ano, um o 11º ano e apenas um é licenciado. Quatro dos pais são pedreiros, um canalizador, um acabador de mármore, um motorista, um dono de restaurante, um delegado comercial e um informático.

Seis casais tiveram o seu primeiro filho prematuro. Dois dos quais eram gémeos. Dois casais tiveram o segundo filho prematuro, um casal, o quarto e um outro casal, o sexto filho.

5.4. PROCEDIMENTOS DA ANÁLISE DE DADOS

Após a realização das entrevistas o seu conteúdo foi transcrito. Cada entrevista foi numerada para facilitar a análise e interpretação dos dados obtidos.

Os dados são organizados e sumariados de forma a possibilitar o fornecimento de respostas ao problema proposto para investigação, e é procurado o sentido de cada resposta através da sua ligação a outros conhecimentos já obtidos (Gil, 1989).

Nesta fase o investigador tem a tarefa árdua de desmontar um discurso e produzir um novo, criando um modelo capaz de produzir inferências. (Vala, 1986). Para Vala (1986: 104), a análise de conteúdo também chamada de análise dados, efectua *"inferências, com base numa lógica explicativa, sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas"*.

Ou seja, esta etapa procura *"medir a frequência, a ordem, a intensidade de certas palavras, de certas frases ou expressões ou de certos factos e acontecimentos. São estabelecidas categorias de acontecimentos a partir dos dados mas as características do conteúdo a medir são geralmente definidas e determinadas previamente pelo investigador"* (Fortin, 1999: 249).

A análise de conteúdo permite que de um modo metódico, a análise de *" (...) informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e de complexidade (...) "* como por exemplo, as informações obtidas através de entrevistas (Quivy e Campenhoudt, 1998: 227).

Segundo Bardin (1995: 38), a análise de conteúdo corresponde a *"um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens"*.

Em suma, esta técnica corresponde à inferência que o investigador faz sobre as mensagens recebidas.

Este procedimento organiza-se essencialmente em torno de três etapas: Pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados.

Na pré-análise, considerada pelo autor como a fase de organização, procede-se à escolha dos documentos a serem analisados, à formulação das hipóteses e dos objectivos, assim como, à elaboração dos indicadores que fundamentam a interpretação final. Nesta fase realiza-se ainda a construção do *corpus*, que é o conjunto dos documentos a serem submetidos ao tratamento analítico. A fase de exploração consiste na aplicação das decisões assumidas na pré-análise. Por último, os dados são tratados de modo a serem significativos e válidos, podendo ser feitas inferências e interpretações com os objectivos delineados ou com novas descobertas sobre a matéria (Bardin, 1995).

Então, na primeira fase, segundo Bardin (1995), as entrevistas realizadas devem ser transcritas na íntegra, constituindo o *corpus* de análise de estudo. Este procedimento garante a exaustividade, homogeneidade e pertinência, regras a cumprir na constituição do *corpus* referidas pelo mesmo autor.

O tratamento dos dados não é mais do que codificar o material, *“a codificação é um processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exacta das características pertinentes do conteúdo”* (R. Holsti in Bardin, 1995: 103-104).

Segundo Vala (1986), para a análise de uma entrevista, documento ou texto o investigador deve formular uma série de perguntas, nomeadamente:

- “- Com que frequência ocorrem determinados objectivos (o que acontece e o que é importante);*
- Quais as características ou atributos que são associados aos diferentes objectivos (o que é avaliado e como);*
- Qual a associação ou dissociação entre os objectos (a estrutura de relações entre os objectos)”* (Vala, 1986:108).

Dos três tipos de questões possíveis de formular há que escolher uma para a qual posteriormente se ira orientar a pesquisa. Qualquer uma das questões subentende *“a delimitação dos objectivos e a definição de um quadro de referências teórico orientador da pesquisa”* (Vala, 1986: 109).

Para este estudo a mais utilizada foi o segundo tipo de questão que permite fazer uma análise avaliativa.

Assim sendo, deve existir um conjunto de operações sequencial partindo da construção de um *corpus* teórico, passando pela definição de categorias e unidades de análise juntando a quantificação até chegar *“a elaboração de um conjunto de procedimentos que permitam assegurar a sua fidedignidade e validade”* (Vala, 1986:109).

Todavia, uma análise de conteúdo não implica necessariamente quantificação. De facto, os vários procedimentos de análise de conteúdo que se inspiram nas análises de discurso literário dispensam qualquer tipo de medida que ultrapasse a classificação nominal (Vala, 1986: 117).

No que respeita à questão da validade esta percorre todas as etapas de uma análise de conteúdo, não se resume só á validade interna de um sistema de categorias estende-se à construção do *corpus*, passa pela escolha das unidades de análise e pelo sistema de quantificação, quando este é utilizado (Vala, 1986).

Por outro lado, a validade pretende dizer se foi medido o que de facto se pretendia medir. A análise é válida, segundo Carmo e Ferreira (1989), se a descrição tem significado no sentido para o objecto de estudo e a reprodução dos factos é fiel.

A estruturação do *corpus* teórico equipara-se à já mencionada fase de pré-análise onde para Bardin (1995), o *corpus* de análise de estudo é composto pela integral transcrição das entrevistas realizadas.

O próximo passo é a categorização, que corresponde a *“uma tarefa que realizamos quotidianamente com vista a reduzir a complexidade do meio ambiente, estabiliza-lo, identifica-lo, ordena-lo ou atribuir-lhe sentido”* (Vala, 1986: 110).

A construção de um sistema de categorias, *“visa simplificar para potenciar a apreensão e se possível a explicação”* (Vala, 1986: 110), pode ser feita antes ou depois da construção do quadro teórico ou ainda através da combinação dos dois processos.

É possível formular um sistema de categorias através da interacção entre o quadro teórico de partida e os problemas que se pretendem estudar, o importante é encontrar a existência ou não dessas categorias no *corpus* (Vala, 1986).

Neste caso as categorias deste estudo foram delineadas *a priori*, para a sua construção contei com o auxílio da minha orientadora, assim como na elaboração da grelha de análise e grelha de análise resumida (ANEXO III).

Uma categoria é constituída regularmente por um termo chave que dá o significado do conceito que se pretende apreender *“e de outros indicadores que descrevem o campo semântico do conceito”* (Vala, 1986: 111).

Esta foi definida por Hogenraad (1984), *“como um certo número de sinais da linguagem que representam uma variável na teoria do analista”* (Vala, 1986:110).

A detecção de indicadores referentes a determinada categoria acontece quando determinada secção de texto é contida numa dada categoria. *“O que importa ao analista são conceitos e a passagem dos indicadores aos conceitos é portanto uma operação de atribuição de sentido, cuja validade importara controlar”* (Vala, 1986: 111).

Após a construção das categorias de análise de conteúdo, estas devem ser submetidas a um teste de validade interna, por outras palavras o investigador deve garantir a sua exaustividade e exclusividade (Vala, 1986).

A escolha das categorias é sem dúvida um momento delicado mas a escolha das unidades de análise e a sua identificação não lhe fica a trás uma vez que corresponde *“a tarefa que mais dificuldade operacionais suscita”* (Vala, 1986:113).

Segue-se a selecção das unidades de conteúdo processo que pressupõe a definição de três tipos de unidades nomeadamente unidades de registo, unidades de contexto, unidades de enumeração (Vala, 1986).

A um determinado segmento de conteúdo capaz de ser incluído numa dada categoria dá-se o nome de unidades de registo. A essência das unidades a usar são orientadas pelos objectivos e a problemática teórica (Vala, 1986).

Pretende-se que todas as unidades de registo possam ser colocadas numa categoria e em segundo plano que uma mesma unidade de registo só possa caber numa categoria (Vala, 1986). Penso poder afirmar ter conseguido concretizar os pressupostos atrás mencionados.

O segmento mais alargado de conteúdo examinado pelo investigador ao caracterizar uma unidade de registo designa-se de unidades de contexto. A dimensão destas unidades varia consoante o género de unidades de registo escolhidas (Vala, 1986).

As unidades de contexto são de extrema importância para a determinação da validade e fidelidade do trabalho (Vala, 1986).

A validade interna da análise torna-se mais difícil de determinar quanto mais extensas forem as unidades de registo e de contexto (Vala, 1986).

As últimas unidades a utilizar são aquelas em função da qual se precede à quantificação, denominadas de unidades de enumeração (Vala, 1986). Como já foi referenciado anteriormente neste estudo não foram utilizadas unidades de enumeração uma vez que a quantificação não é realizada.

Ultrapassada a exploração do material, entra-se na última etapa da análise de conteúdo onde é feito o tratamento dos dados, possíveis inferências e interpretações.

Assim sendo, a interpretação dos dados que se encontra no próximo capítulo, é feita com referência ao quadro teórico construído para a investigação. Comporta a descrição e a compreensão que constitui o objecto de estudo (Carmo e Ferreira, 1998).

6. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Tendo por base o suporte teórico e a metodologia delineada após a recolha e transcrição dos dados onde foram utilizados os seguintes códigos:

- ... - Pequena pausa;
- (...) - Pausa prolongada/ hesitação;
- (*) – Sorriso;
- (DR) - Discurso não Relevante;
- (R) – Ruído.

Foi de seguida feita uma leitura atenta das entrevistas que ajudou a definir o sistema de categorias e definir as unidades de registo apresentadas no decorrer deste capítulo.

As unidades de contexto não serão todas apresentadas uma vez que muitas respostas se assemelham contendo declarações sinónimas pelo que apenas apresento as que melhor ilustram cada unidade de registo.

Como a maioria das entrevistas foram realizadas às mães, nas citações não menciono quem respondeu. Apenas quando a resposta foi dada pelo pai este é referenciado antes da citação.

Quadro nº 1 – A representação do bebé prematuro

Categorias	Unidades de registo	Entrevistas
Representação do bebé prematuro	Pequenino	(E2; E4; E5; E7; E8; E9; E10)
	Preocupação	(E1; E2; E7; E8; E9; E10)
	Dificuldade em expressar o sentimento	(E2; E3; E5; E6; E7; E8)
	Dúvidas	(E2; E4; E6; E7)
	Medo de mexer	(E2;E7;E10)

Em torno do nascimento de um bebé prematuro existe uma série de sentimentos difíceis de exprimir e explicar pelos pais. Quer pelo desconhecimento do que é ter um filho prematuro, quer pelas circunstâncias em que todo este processo ocorre e se desenrola.

Em primeira instancia todos os pais descrevem o seu filho como **pequenino**. Aquilo que vêem é o que melhor conseguem descrever exprimindo-se da seguinte forma:

“Eu o que me affligiu mais foi vê-la lá dentro, portanto aquela coisa tão pequenina, porque quando ela nasceu via só assim de, como não me a mostraram teve pouco tempo” (E2).

As demais representações são difíceis de descrever pelos entrevistados encontrando-se subjacentes e entre linhas dos seus discursos. Numa leitura cuidada é possível identificar que os pais em todo os eu discurso demonstram coerência nos seus sentimentos em relação ao nascimento de um bebé prematuro.

Desses sentimentos destaca-se a **preocupação** com o bebé RN.

“Fiquei um bocado assustada, porque tinha sempre aquele receio (...) porque eles não dão aquela certeza que ela vá sobreviver e uma pessoa fica naquele desconsolo” (E1).

“Quando nós ouvimos aqueles apitos todos a apitar era complicado, ficávamos assustados né. Quem está a par das coisas, talvez seja normal mas para nos que nunca tinha-mos assistido ... era um bocado complicado” (E8).

“E pronto ela era só pequenina mas depois sempre há aquela preocupação...” (E9).

Atendendo ao impacto de se deparar com um RN prematuro, frequentemente os pais sentiram **dificuldades em expressar os seus sentimentos**.

“Quando lá cheguei e vi aquela coisinha tão pequenina, e eu (...) é totalmente diferente a sensação é diferente, eu não lhe sei explicar, cada pessoa sente o que vai dentro no momento quando lá chega” (E2).

“Ai sei lá. () Sei lá naquela altura acho que uma pessoa nem tem o pensamento” (E6).*

Por si só é difícil descrever sentimentos, descrever uma situação inesperada, desconhecida e causadora de dúvidas e insegurança. Os testemunhos atrás apresentados são prova disso.

Em todo este processo existe “*um estado de espírito de quem se interroga sobre se um facto é real ou não*” (Costa e Melo, 1995: 638).

Continuidade dos Cuidados à Família e Criança após a Alta Hospitalar

Após o confronto com a situação, as **dúvidas** começam a assolar os pais, que não deixaram de as mencionar quando se referiram aos primeiros momentos com RN prematuro.

“Comecei a fazer aqueles perguntas e o porque, porque é que ela tinha de nascer com sete meses e não podia aguentar até aos nove. Porque eu nunca tinha tido um bebé prematuro, porque os outros tinham sido todos de termo e então fez-me um bocado de confusão fiquei assim um bocado...” (E2).

Da mesma forma se compreende que tenham expressado **dificuldades em mexer** num ser tão pequeno e frágil.

“ (...) Senhora enfermeira como é que se trata de uma coisinha assim? Ela era muito pequenina e eu estava a ver as enfermeiras pegavam nela assim como um a vontade, agarravam-lhe assim pelo pescoço pareciam os coelhinhos, agarravam-lhe aqui assim pelo pescoço deitavam-na e eu aquilo fazia-me impressão, porque não tinha eu nunca tido um filho assim. Ela dizia-me assim isto não custa nada, isto é só lidar com estes bebés como se lida com os bebés normais, estes ainda são mais fáceis. Mas eu ficava assim um bocado uhhhhh. E os primeiros momentos são muito complicados” (E2).

Muitas das pessoas, por si só, já têm receio de pegar num bebé. Ao confrontarem-se com um bebé muito mais pequeno do que esperado de aspecto frágil e indefeso rodeado de equipamento estranho este receio aumenta. O receio de fazer mal ou prejudicar o bebé está inerente, à primeira representação construída do filho prematuro.

“... () Ai não sei, não sei explicar era uma coisa tão pequenina tão frágil. Tanto fio tanto fio ligado que nos ficamos um pouco assustados” (E8).*

Continuidade dos Cuidados à Família e Criança após a Alta Hospitalar

“Os primeiros dias claro que a gente não sabe o que é aquilo. Para nós é um mundo novo entrar-mos ali, né. E cada barulho e cada coisinha que surge cada gesto. Vê-las chegar o que é que vão fazer ... quer dizer nós ficamos ... o que é que se está a passar, o que é que se esta a passar” (E10).

Nestas duas citações é possível encontrar um retrato fiel que retrata a representação do que é ter um filho prematuro descrita pelos pais entrevistados.

Não existem palavras para descrever o medo, a angústia, as incertezas perante o desconhecido. Perante aquele ser tão pequenino que acabou de nascer.

Quadro nº 2 – O apoio da equipa de saúde durante o internamento

Categorias	Unidades de registo	Entrevistas
Apoio da equipa de saúde durante o internamento	Enfermeiras Explicam/ ensinam	(E3; E4; E6; E7; E10)
	Enfermeiras Ajudam	(E5; E4; E10)
	Enfermeiras Apoiam	(E5; E7; E10)

Durante o internamento, os pais presentes na prestação de cuidados ao bebé prematuro sem sombra de dúvida contactam em primeira instância com as enfermeiras. Elas estão sempre presentes, disponíveis a ajudar ensinar e apoiar.

Continuidade dos Cuidados à Família e Criança após a Alta Hospitalar

A forma como o fazem é variável, depende da predisposição de cada uma assim como da sua relação com os pais e da disponibilidade e propensão destes para aprender.

De facto no discurso dos pais, as enfermeiras são dos recursos mais citados pelos pais, na ajuda que fornecem sobre o RN prematuro. São elas que **explicam/ ensinam** aos pais a “*estarem*” com o seu bebé.

“Um dia cheguei lá e levava pouco leite, eu tinha muito leite e bom e um dia não consegui tirar mais e depois fui lá (...) falei com elas e elas acalmaram-me e explicaram-me” (E5).

“O facto de termos de fazer assim mais força. Mas pronto foi tudo coisas que elas nos ensinaram. E tinha de ser assim” (E10).

Ajudar e apoiar são dois sinónimos que decidi apresentar separadamente uma vez que os pais também se referem a eles de forma distintamente.

Ao **ajudar** atribuo o sentido de auxílio directo na prestação de cuidados ao RN, enquanto que ao **apoio** que as enfermeiras disponibilizam considero a relação empática desenvolvida.

“ No primeiro banho também foi complicado ela era muito pequenina mas depois as enfermeiras estavam lá e ajudam e ensinara” (E5).

As enfermeiras como já referi, também **apoiam** estabelecendo uma relação empática com os pais.

“Pronto foi dos barulhos e isso, a primeira vez que ouvi aquilo a apitar pronto ai fiquei com um bocado de receio dirigi-me a senhora enfermeira e perguntei e pronto era... lá na incubadora e isso (...) sempre aquele receio de mexer as senhoras enfermeiras sempre a apoiar a dizer

Continuidade dos Cuidados à Família e Criança após a Alta Hospitalar

que o podia apanhar ao colo a ensinar a desligar os fios aqueles da incubadora, essas coisas assim... sempre senti apoio" (E7).

É possível constatar que o papel das enfermeiras é de extrema importância. São elas que estão sempre ali, são a elas a quem primeiramente recorrem, são elas que ensinam, são elas ajudam e apoiam.

É a elas que os pais se referem, quando falam do apoio da equipa de saúde durante o internamento. As enfermeiras são o ponto de referência para os pais entrevistados.

Quadro nº 3 – A preparação para a alta

Categorias	Unidades de registo	Entrevistas
Preparação para a alta	Informação completa	(E3; E7; E8; E10)
	Foram dadas informações durante o internamento	(E1; E4; E6; E9)
	Informação parcial	(E2; E5)

No serviço de neonatologia do HESE na altura não existia nenhum protocolo ou guia de alta, pelo que no momento da alta as informações dadas ficam a cargo da enfermeira que nesse turno estiver responsável pelo bebé. De uma forma geral, as informações dadas são sempre as mesmas: cuidados a ter em casa, preparação do leite ou esclarecimento de algumas dúvidas. Uma vez que o tempo de internamento é alargado, muitas vezes as informações são dadas dia a dia consoante as dúvidas e dificuldades que muitos pais manifestaram. No momento da alta o ensino é feito de forma informal o que leva a muitos dos pais a não conseguirem aprender o que foi dito.

Os pais referiram que as enfermeiras lhe forneceram **informação completa** relativamente aos cuidados a prestar ao RN prematuro.

“Disseram que nós antes de pegar na bebé devíamos lavar as mãos. Se fumasse-mos devíamos fumar na rua antes de ir-mos para ao pé dela para lavar-mos os dentes e as mãos. Como é que nos havíamos de limpar o pó, como é que havíamos de aspirar a casa. Tudo, tudo mesmo ao mais pequeno pormenor (...) (DR)”foi uma enfermeira e uma pediatra” (E3).

“E ela disse tudo o que era preciso fazer, o não contactar com as pessoas o não beijar ...” (E10).

Da mesma foram que afirmaram que lhes foram dadas **informações durante o internamento.**

“ (...), não, foram feitas durante o internamento” (E1).

“Foram feitas durante o internamento” “Quando viemos embora disseram elas tenham cuidado com isto (...) alertaram para certos cuidados que devíamos ter (não souberam especificar)” .“As enfermeiras” (E6).

Alguns pais, no entanto, consideram que a informação que foi transmitida foi **parcial.**

“Não. (...) Disseram-me sobre a temperatura as água para o banho, as horas das mamadas (...)” (E5).

Durante a estadia no serviço de neonatologia, a preparação para a alta é feita pelos profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros. Todos os pais afirmam ter recebido informações e instruções sobre o cuidado ao RN. No entanto uns conseguiram aprender essa informação, enquanto

Continuidade dos Cuidados à Família e Criança após a Alta Hospitalar

outros sentiram dificuldades em aprender e compreender na totalidade os ensinamentos recebidos no ambiente hospitalar.

Quadro nº 4 – O domicílio

Categorias	Unidades de registo	Entrevistas
Após alta/ no domicílio	Hospital como referência	(E1; E2; E4; E5; E6; E7; E10)
	CS ponto de passagem	(E1; E2; E5; E8; E10)
	Outros apoios	(E1; E2; E3; E5; E6; E7; E8; E9; E10)
	Linha de atendimento	(E2; E4; E5)

Depois da alta e após serem confrontados, no domicílio, com as dificuldades inerentes ao cuidado do bebé, é ao hospital que recorrem.

Em todas as entrevistas é dada especial ênfase ao hospital, é para lá que ligam quando têm dúvidas e é lá que vão quando precisam. Quando questionados todos os entrevistados mencionam o hospital como a sua referência.

“Hoje quando tenho qualquer coisa recorro a elas, ou as enfermeiras (...) muitas das vezes quando me vejo atrapalhada telefonei” (E2).

“Telefonava para o serviço, as vezes ligava para a minha mãe. Quando ele estava assim mais, ia para o serviço de urgência” (E4).

O centro de saúde local privilegiado para assegurar a continuidade dos cuidados, continua a ser para os pais como um ponto de passagem e

Continuidade dos Cuidados à Família e Criança após a Alta Hospitalar

referem-se dele com pouca importância, como um local de passagem e não como uma referência.

Embora a relação que os pais têm com a equipa de saúde do centro de saúde varie de centro para centro, o certo é que o CS é um **ponto de passagem** para os pais dos prematuros.

“Sim, centro de saúde tenho ido mas é mais para pesar, para vacinas e para essas coisa assim” (E1).

“Por habito não. Ele é seguido aqui e pelo pediatra quando é necessário vamos a urgência (DR) não temos assim nenhuma ligação com o centro de saúde” (E10).

Os pais entrevistados consideram que deveria haver outro tipo de acompanhamento, no CS. Afirmam que ao chegar a casa surgem dúvidas que acabam por não ser esclarecidas recorrendo para além do hospital, pontualmente ao CS e a **outros apoios** também.

“Felizmente não aconteceu nada mas se houve-se logo só nos primeiros dias, aquele acompanhamento, era bom, pronto pelo menos ali nos primeiros dias para uma pessoa de sentir mais segura as vezes faz-se as coisa mas não é com segurança. Há sempre aquele e se e se tou a fazer mal e se... (R)” (E1).

“Acho deveria era de haver mais. Porque acho, eu já sou assim como se diz velha mas há aquelas, crianças que ao pé de nós são crianças com 16, 17, 18 e 20 anos. Acho que muitas jovens deveriam ter, quando sabem que os bebés são prematuros. E ultimamente tem nascido muitas crianças prematuras acho que deveriam se melhor informadas e também no acompanhamento” (E2).

Continuidade dos Cuidados à Família e Criança após a Alta Hospitalar

“Eu penso que são importantes, sim porque é assim muitas vezes com estes bebés prematuros como eles acabam por ter internamentos mais prolongados muitas vezes as próprias mães vão tirando as dúvidas mas quando eles vão para casa surgem dúvidas diferentes. (R) eu penso que é importante e também naquelas mães que tem um bebé normal (R) (DR)” (E9).

Também a **Linha de atendimento** proposta, é um recurso que alguns pais consideram importante existir para esclarecimento de dúvidas.

“Era melhor ter um número quando tivéssemos dúvidas poder perguntar, sim para os prematuros” (E4).

“Sim, acho que deveria haver uma linha de atendimento só para estes bebés, para tirar dúvidas ou mesmo um acompanhamento diferenciado para cada casal. Sim em casa também” (E5).

Após a alta do prematuro, o hospital continua a ser a referência para os pais esclarecerem dúvidas. Foi lá que criaram laços, e para além das consultas de acompanhamento marcadas é para lá que ligam quando a informação de que dispõe se revela insuficiente.

A relação com o centro de saúde é distante e de passagem, a ele apenas associam as vacinas e a medição de pesos.

De uma forma geral, consideram que deveria haver mais apoios em especial no acompanhamento aos pais nomeadamente o apoio domiciliário que nos primeiros tempos poderia ser uma solução para diminuir receios, retirar dúvidas e apoiar os pais.

A existência de uma linha de atendimento seria outra opção de apoio, para estes pais.

6.1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De uma forma geral os casais entrevistados são relativamente jovens e com poucas habilitações. Apenas em dois casais um dos membros tem habilitações Académicas de Licenciatura.

No decorrer das entrevistas foi possível constatar que são estes dois casais que demonstram maior preocupação com a forma como os bebés e os pais são acompanhados.

Possuem mais conhecimentos e são mais realistas com as questões da prematuridade a curto e a longo prazo. São capazes de identificar os problemas e dar sugestões concretas para o acompanhamento dos prematuros e dos pais. Tais informações são passíveis de ser encontradas no decorrer da leitura das E9 e E10.

Numa outra entrevistada é possível encontrar testemunhos importantes e relevantes para este trabalho. A mãe entrevistada é a mais velha e com maior número de filhos. Apesar da experiência acumulada que já possui, a dificuldade imposta por um RN prematuro faz com que a experiência que já possui não se revele suficiente.

Esta mãe no decorrer da entrevista conseguiu relatar cada pormenor e contrariar a ideia de que é nos pais mais jovens e no primeiro filho que existem dúvidas e receios. De facto, eles existem e mães/ pais com mais de um filho supostamente experientes, também têm dúvidas e receios.

Cada bebé é um bebé. Todos são diferentes e reagem de forma diferente. Os pais e o bebé têm de se conhecer e adaptar mutuamente. Este processo é feito desde o nascimento do bebé e ao longo do seu crescimento no fundo, durante toda a vida.

Como já foi referido, ao nascimento de uma criança está associado um conjunto de sentimento e emoções que relevam alegria, felicidade e tudo o que de bom lhe pode estar associado. Com o nascimento de um bebé prematuro surgem sentimentos ambivalentes de

frustração, culpa, ansiedade, desespero, perturbação e até medo de perder o filho.

O nascimento de um bebé prematuro está associado um momento conturbado, uma vez que as expectativas criadas durante a gravidez são detonadas. O bebé louro, rosado com choro forte, pode dar lugar a um bebé cianosado, marcado por um parto traumático, que presumivelmente nem chora e está rodeado de equipamentos por todos os lados (Formiga1, 2003).

Na maioria das vezes tudo acontece muito rápido e a mãe acaba por não ver nem ouvir o seu bebé imediatamente depois de ele ter nascido, acabando apenas por ter memória dos aspectos de emergência do nascimento (Brazelton, 1992).

Muitas das mães mencionam o facto de não terem visto o seu filho assim que nasceu. Não conseguem expressar-se concretamente sobre o que sentiram quando o viram pela primeira vez. Descrevem o que está a vista *“... (*) Ai não sei, não sei explicar era uma coisa tão pequenina tão frágil. Tanto fio tanto, fio ligado que nos ficamos um pouco assustados”* (E8).

No seu discurso exprimem a preocupação, o medo e as dúvidas que sentiram, não conseguindo encontrar palavras para descrever o medo, a angustia e a incertezas perante o desconhecido.

A preocupação dos pais pode ser definida como *“um estado de espírito absorto no RN que lhes provoca inquietação, lhes prende a atenção, os põe em cuidado e os deixa apreensivo”* (Lomba, 2001: 26).

Estes sentimentos variam consoante a forma com que os pais se ajustam à situação que estão a experimentar.

Os pais entrevistados atribuem às enfermeiras um papel de destaque durante todo o internamento. Referem-se a elas com carinho e gratidão e consideram-nas o seu socorro durante o internamento.

Indo ao encontro da forma como Klaus e Kennell, (Brazelton, 1992), descrevem a presença das enfermeiras junto dos pais estes autores consideram que as enfermeiras devem dar resposta às

necessidades dos pais, auxiliar no processo de sobrevivência do RN, bem como desenvolverem empatia pelos pais ajudando-os a ultrapassar o período de crise em que se encontram.

Durante o internamento, as crianças e os pais têm o apoio dos profissionais de saúde acabando por se sentir num ambiente protegido, onde têm sempre alguém por perto para os socorrer, para tirar dúvidas, diminuir medos e receios, dar respostas e fazer ensinamentos a cada situação nova.

Mas chega a hora da alta e nesse dia são realizados uma série de ensinamentos, fornecidas informações e um conjunto de instruções num curto espaço de tempo, *“que seriam muito melhor apreendidas, se se desse tempo aos pais para as aceitarem no seu ritmo”* (Brazelton, 1992: 210).

Os pais relatam que durante todo o internamento lhes foram dadas informações e feitos ensinamentos, especificamente no momento da alta mas não conseguem descrever detalhadamente com convicção o que lhes foi dito.

Este facto pode ser resultado de dois factores em especial. O não terem conseguido assimilar tudo o que lhes foi dito, ou pelo facto de a forma como as informações são dadas varia consoante a pessoa que as dá. De facto na UCIN na altura não existia nenhuma norma de alta. Neste momento, este já foi elaborada (ANEXO IV), e está em vias de ser posta em prática. Foi feita uma revisão do que se deve informar aos pais criada uma norma de lata e sugerida a criação de panfletos que os pais possam levar para casa com essas informações.

Após a alta hospitalar as informações e ensinamentos deveriam ser avaliados como forma de perceber se estes foram bem apreendidos e adequados à realidade de cada casal, bem como identificar novas dúvidas e esclarecê-las. Após a análise das entrevistas realizadas é possível constatar que tal não acontece. Nenhum profissional questiona os pais sobre a compreensão, assimilação da informação fornecida.

O porto seguro continua a ser o hospital, uma vez que os encaminhamentos existentes são feitos para lá, é também para lá que os

Continuidade dos Cuidados à Família e Criança após a Alta Hospitalar

pais telefonam em caso de dúvida e é para lá que se deslocam quando surgem problemas que não conseguem resolver sozinhos.

Seria importante como forma de garantir uma maior segurança aos pais que os cuidados e encaminhamentos indicados no hospital tivessem continuidade na comunidade. Para tal, seria necessária a existência de uma boa colaboração e coordenação entre técnicos de saúde dos hospitais e da comunidade e a integração e acolhimento dos pais após a alta do RN numa equipa de saúde do centro de saúde da sua área de residência (Neves, 2001).

O que na nossa realidade não acontece. Nos hospitais existe uma equipa multidisciplinar que ajuda os pais a ultrapassar a crise provocada pelo nascimento de um filho prematuro, essa equipa tem a sua actuação limitada ao espaço hospitalar.

Na comunidade seria também fundamental a existência de uma equipa que fizesse o acolhimento desta família no seu domicílio, ajudando a ultrapassar as dificuldades e barreiras com que quotidianamente se confronta. Quando confrontados com esta possibilidade os pais expressão o seu agrado e confessam que teria sido uma boa ajuda a ultrapassar as dúvidas dos primeiros tempos.

Para tal, seria necessária uma articulação inter-institucional e o hospital deveria informar os respectivos centros de saúde da alta do RN, comunicando toda a informação acerca da criança e família (como decorreu a hospitalização, reacções, relações familiares, tratamentos, ensinamentos realizados), assim como dar indicações de cuidados a realizar com vista a manter a continuidade e optimização dos mesmos (Neves, 2001).

Esta passagem de testemunho ainda não acontece na realidade do hospital de Évora e Centros de Saúde próximos, o que ajuda a justificar a forma distante como os pais se referem ao Centro de Saúde.

A relação com o Centro de Saúde é distante e de passagem, a ele apenas associam as vacinas e o controle de peso.

Continuidade dos Cuidados à Família e Criança após a Alta Hospitalar

Com a criação das unidades de saúde familiar pode ser que o CS deixe de ser visto como um ponto de passagem, já que uma das competências dos centros de saúde/ unidades de saúde familiar passa por garantir o serviço domiciliário à puerpera, RN e criança de risco (CNSMN, 2006).

Os entrevistados consideram haver poucos apoios no acompanhamento aos pais. Mas também demonstram pouco conhecimento nos recursos existentes e disponíveis após a alta do seu bebé, não tirando partido deles.

Em concreto, apenas referem que a existência de uma linha de atendimento seria uma boa opção para esclarecer rapidamente as dúvidas com que quotidianamente se confrontam.

De um modo geral a meu ver os pais são desconhecedores do que é ter um filho prematuro e das consequências futuras da prematuridade, para além de desconhecerem os seus direitos e apoios existentes na comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS/ PROPOSTAS

No decorrer da estruturação do presente trabalho as ideias e as questões foram várias. Ao longo do caminho foram ficando para trás umas e surgindo outras.

Inicialmente pretendia que as famílias entrevistadas fossem de Évora mas depois de dois meses na unidade a recolher dados sobre prematuros internados foi difícil obter um número razoável de RN prematuros de Évora. Tive de optar por outro caminho e alargar os meus critérios, não restringir a área de residência a Évora e contemplar o Alto e Baixo Alentejo uma vez que a UCIN de referência é a do HESE.

Elegi o serviço de consulta de Pediatria como o local onde encontrar os pais de prematuros e ali lhes colocar as minhas questões.

Durante o período que destinei para a colheita de dados não consegui entrevistar pais com filhos prematuros com sequelas graves. Na sua maioria os filhos dos entrevistados estão aparentemente bem e com boa evolução. Este facto deveu-se a que as consultas de desenvolvimento vão sendo marcadas pelas pediatras e só no dia em que me dirigia para realizar as entrevistas tinha acesso ao processo dos bebés. Assim não foi feita uma pesquisa dos prematuros com sequelas em particular acabando este estudo por abarcar apenas os pais de prematuros sem sequelas.

A já mencionada consulta é o único ponto de ligação mais directo que hoje em dia os pais e os bebés têm com os profissionais de saúde após a sua estadia na neonatologia. É o único encaminhamento feito após a alta hospitalar onde os pais e crianças têm um contacto directo e activo com o pediatra. O enfermeiro pouco ou mesmo nada participa neste processo. Nesta consulta o enfermeiro apenas pesa e mede as crianças. Já que esta consulta existe não seria relevante haver também uma de enfermagem? Esta é uma questão que fica por responder.

Como conclusões centrais deste trabalho, pode dizer-se que os prematuros da UCIN são filhos de pais jovens com poucas habilitações literárias que desconhecem a realidade a curto e a longo prazo, do que é ter um filho prematuro. Durante a sua estadia na UCIN os pais referem ter tido um conjunto de reacções consideradas típicas perante o nascimento de um bebé prematuro.

Demonstram ter criado laços salutareos com a equipa de saúde aprendendo com ela a conhecer o seu bebé e a prestar-lhe cuidados, referenciando as enfermeiras como os profissionais de saúde mais próximos, disponíveis e a quem recorriam em caso de dúvida.

Após a alta do RN, os pais vão para casa e, a pouco a pouco vão perdendo o contracto com os profissionais de saúde, em especial com os enfermeiros demonstram desconhecer os recursos existentes no acompanhamento dos pais de prematuros. O que levam a que se mantenha a estagnação e a falta de dinamismo nesta área.

O Hospital é eleito como o *“porto de abrigo”*, não sendo atribuída uma posição relevante ao trabalho realizado no Centro de Saúde. Na sua grande maioria, porque não têm qualquer tipo de afinidade e ligação com este e, assim, consideram-no um ponto de passagem para pesar e vacinar. São poucos os entrevistados que mencionam ter um bom relacionamento com o Centro de Saúde ou que a ele recorram em primeira instância. Isso ocorre apenas em casais que não habitam em Évora.

As leis existem e os programas também mas é possível constatar que o produto daí obtido não é o pretendido, pelo menos no que respeita ao acompanhamento dos RN prematuros e à articulação entre os dois níveis de cuidados de saúde que a este nível é inexistente.

Como forma de estreitar a relação entre o Hospital e o Centro de Saúde é importante a existência de um documento com informação sobre o internamento do RN e ensinamentos feitos aos pais bem como dificuldades identificadas. Esse documento já existe há algum tempo na UCIN do

HESE e no momento da alta deveria ser devidamente encaminhada para o centro de saúde da área de residência dos pais, o que não acontece.

Se assim fosse, os enfermeiros ao receberem a criança aquando de um simples acto de vacinação ou controle do peso estariam a par da situação e poderiam avaliar os conhecimentos adquiridos, identificar dúvidas e realizar ensinamentos adequados às necessidades dos pais.

Para que tal encaminhamento possa ser feito, é também necessário que os colegas do Centro de Saúde estejam despertos para as causas, complicações e sequelas da prematuridade.

Para além da passagem de informação do Hospital ao Centro de Saúde a optimização das UCFs pode também passar pela partilha de formação. A partilha de conhecimentos ajuda a melhorar a prestação de cuidados e, nesse caso, os utentes ganham sempre.

Talvez seja muito ambiciosas as minhas propostas e se demore muito tempo a conseguir o acompanhamento ideal mas, utilizando os recursos materiais e humanos disponíveis, é possível melhorar e, a pouco e a pouco aproximarmo-nos do ideal.

A partilha de informação e formação entre o Hospital e o Centro de Saúde é uma das minhas principais sugestões como forma de avaliar os conhecimentos e minimizar dúvidas dos casais. A existência de visitas domiciliárias, nos primeiros tempos após a alta hospitalar, seria o ideal para essa mesma avaliação. Mas esse é um campo que me transcende. O que fica ao meu alcance é a sugestão da carta de alta a ser encaminhado para o Centro de Saúde de residência dos pais, uma vez que a notícia de nascimento já está a ser devidamente encaminhada, a carta de alta também a pode acompanhar.

Por outro lado, como sugerido pelos pais, a criação de uma linha de atendimento especializado para o atendimento de pais prematuros se é um pouco difícil de concretizar a curto prazo, em contra partida é importante divulgar e tornar interactiva a já existente página da Internet do serviço, para que os pais possam consultar, colocar questões e sugestões.

Continuidade dos Cuidados à Família e Criança após a Alta Hospitalar

No pico da minha ambição gostaria de contar com o apoio e disponibilidade de todo o serviço de pediatria para criar um grupo de apoio aos pais a funcionar no hospital talvez nas consultas de pediatria uma vez que é aí que os pais após a alta do prematuro se deslocam com maior frequência.

Apesar dos entraves e restrições que surgiram durante a realização do presente trabalho penso poder afirmar que a sua realização serviu para pensar e repensar a forma como recebemos e os nossos prematuros e os seus pais, como os acompanhamos e como os deveríamos encaminhar.

REFERÊNCIAS BIBLIGRÁFICAS

- ☐ A.A.1 (s.d.), "Os Francisquinhos".
<http://www.fenacerci.pt/francisquinhos/Inicio.htm> (acedido em 11 de Setembro de 2006).
- ☐ A.A.2 (s.d.), Pediatria – Intervenção Precoce. <http://www.hevora.min-saude.pt> (acedido em 11 de Setembro de 2006)
- ☐ ALMEIDA, João F. de e PINTO, José M. (1995), Investigação nas Ciências Sociais, Lisboa: Presença.
- ☐ BARDIN, Laurence (1995), Análise de Conteúdo, Lisboa: Edições 70.
- ☐ BELL, Judith, (1997), *Como realizar um projecto de Investigação*, Lisboa: Gradiva.
- ☐ BOBAK, Irene M., et al (1999), Enfermagem na Maternidade. Loures : Lusociência, 4ª edição.
- ☐ BOGDAN, Robert e BLIKEN, Sari (1994), Investigação Qualitativa em Educação – Uma introdução à teoria e aos métodos, Porto: Porto Editora.
- ☐ BRAZELTON, T. Berry (2002), O Grande livro da criança – o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos, Lisboa: Editora Presença.
- ☐ BRAZELTON, T. Berry e CRAMER, Bertrand G. (1992), As primeiras Relações, São Paulo: Martins Fontes.

☞ BRAZELTON, T Berry (1988), O Desenvolvimento do Apego – Uma família em formação, Porto Alegre: Artes Médicas.

☞ BRITES, Marta Isabel (Abril, 2004), No Cruzamento dos olhares. In: cadernos de Bioética. Coimbra: Edições do centro de estudos de biética, Ano XII, nº34 p.19-31

☞ CANASTRA, Maria Albertina (Julho/Dezembro, 2004), A Defesa dos Clientes em Pediatria, que lugar para a informação? Revista de formação contínua em enfermagem Ano X nº33, Lisboa: Informar p.34-43.

☞ CARMO, Hermano e FERREIRA, Manuela Malheiro (1998), Metodologia da Investigação Guia para a auto-aprendizagem, Lisboa: Universidade Aberta.

☞ CARREIRAS, Maria Antónia (Julho/Setembro, 2000), A criança com doença crónica, os pais e a equipa terapêutica. Análise psicológica, nº3 (XVIII) p.277-280.

☞ CARVALHO, Ana Maria de (2002), “Cedo de mais”, Visão: 7 Março, p. 108-111.

☞ CHALLIFOUR, Jacques (1989), La Relation d'aide en soins infirmiers : une perspective holistique-humaniste, Paris : Edition Lamarre.

☞ CNSCA1 (2004), Assunto - Decreto-Lei 203/2004 referente ao Internato Médico <http://mercurio.iqs.pt/cnsca/recomendações.htm> (acedido em 20 de Novembro de 2005).

- ☐ CNSCA2 (2004), Unidades Coordenadoras funcionais – Organização materno infantil nacional. http://mercurio.iqs.pt/cnsca/new_page_2.htm (acedido em 20 de Outubro de 2005).
- ☐ CNSMN (2006), Organização Perinatal Nacional – Programa Nacional Materna e Neonatal. Ministério da Saúde
- ☐ CORREIA, Maria Matilde (Dezembro, 2001), Algumas reflexões sobre continuidade de cuidados e o BSIJ. Saúde Infantil nº23/3 p.35-40.
- ☐ DESHAIES, Bruno (1997), Metodologia da Investigação em Ciências Humanas, Lisboa: Instituto Piaget.
- ☐ FORMIGA1, João Luís de Graça (Set/Dez 2003), O Enfermeiro perante o Recém nascido com Asfixia Perinatal. Informar, Revista de Formação Continua em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem Imaculada Conceição: Porto. Ano IX – nº31 p. 60-63.
- ☐ FORMIGA2, João Luís de Graça (Set/Dez 2003), Papel do Enfermeiro perante os Pais do Recém Nascido Internado. Informar, Revista de Formação Continua em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem Imaculada Conceição: Porto. Ano IX – nº31 p. 64-65.
- ☐ FORTIN, Marie-Fabienne (1999), O Processo de Investigação – da concepção à realização. Loures: Lusociência.
- ☐ GIL, António C. (1995), Métodos e Técnicas de pesquisa social, São Paulo: Editora Atlas, 4ª Edição.
- ☐ GIL, Catarina (2002), Legislação – Criança, Adolescente e Saúde. Instituto de Apoio à criança. Lisboa: 1ª edição editor literário e difusão.

- ☞ LOMBA, Maria de Lurdes Lopes (2001), Factores Relacionados com as Preocupações das Mães com o Recém Nascido. Revista de Educação e Formação em Enfermagem da escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca. Coimbra: Referência, nº7 p. 25-33.
- ☞ MAIA, Paula (2004), Guia de preenchimento da folha de *Follow up*. UCINP. Almada: Hospital Garcia de Orta, S.A.
- ☞ NEVES, Cristina Alexandra Brás (Março, 2001), A criança com doença crónica e seus pais. Nursing nº153 p.18-22.
- ☞ NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela e GONÇALVES, Rogério (2005), Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos. Lisboa: ordem dos enfermeiros editora letrário.
- ☞ PALMINHA, J. Martins e CARRILHO, Eugénia Monteiro (2003), Orientação Diagnóstico em Pediatria dos Sinais e Sintomas ao Diagnóstico Diferencial. Lousã: Lidel, edições técnicas, Ida Vol 3
- ☞ PALMINHA, J. Martins e CARRILHO, Eugénia Monteiro (2002), Orientação Diagnóstico em Pediatria dos Sinais e Sintomas ao Diagnóstico Diferencial. Lousã: Lidel, edições técnicas, Ida. Vol 1
- ☞ PEDRO, João Gomes et al (1995), BEBÉ XXI Criança e Família na Viragem do Século. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- ☞ PEIXOTO, José et al (2004), Viabilidade in Moleiro et al., Consensos Nacionais em Neonatologia, Coimbra: Secção de Neonatologia da sociedade Portuguesa de Pediatria p.11-16.

☐ PORTO, Armando (Abril, 2004), Bioética e intimidade ou privacidade, in: cadernos de Bioética. Coimbra: Edições do centro de estudos de biética, Ano XII, nº34.

☐ PORTUGAL (2004), Ministério da Saúde. Direcção Geral da saúde; Plano nacional de Saúde 2004 – 2010. Mais Saúde para todos. Lisboa: Direcção Geral de Saúde. Vol. I - Prioridades 88p., Vol. II – Orientações Estratégicas 216p.

☐ PORTUGAL (2002), Direcção – Geral da Saúde. Divisão de Saúde materna, Infantil e dos Adolescentes Saúde Infantil e Juvenil: Programa – Tipo de Actuação. Lisboa: Direcção Geral da Saúde (Orientações técnicas; 12).

☐ PORTUGAL (2001), Direcção – Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes, Saúde Materna – Infantil: rede de Referenciação Materno – Infantil. Lisboa: Direcção Geral da saúde, WWW.dgsaude.pt (acedido em 17/10/2005).

☐ QUIVY, Raymond e CAMPENHOUDT, Luc Van (1998), Manual de Investigação em ciências Sociais, Lisboa: Gradiva.

☐ RUQUOY, Danielle (1997), “Situação de entrevista e estratégia do entrevistador” in Albarello et al, Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sócios, Lisboa: Gradiva.

☐ SÁ, Eduardo (Março, 2004), A Maternidade e o bebé. Lisboa: Fim de Século, 2ª Edição.

📖 SASSETTI, Leonor, et al (2002), Saúde Infantil e Juvenil, Programa - Tipo de Actuação, orientações técnicas direcção geral de saúde e Divisão de saúde materna, infantil e dos adolescentes. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

📖 SILVA, Ana; FERREIRA, Carla; FORMIGO, Célia (Janeiro/ Abril 2002), Prestação de Cuidados de Enfermagem no Contexto dos Cuidados Continuados. Informar, Ano VII- nº 27 p.60-64.

📖 SILVA, Paula Martinho da (1997), Convenção dos direitos do Homem e da Biomedicina, anotada. Lisboa: edições Cosmos.

📖 STANHO, M., LANCASTER, J (1999), Enfermagem comunitária – promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos. Lisboa: Lusociência.

📖 TAMEZ, Raquel nascimento e SILVA, Maria Jones Pantoja (1999), Enfermagem na UTI Neonatal, Assistência ao Recém-nascido de Alto Risco. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

📖 VALA, Jorge (1989), A análise de Conteúdo in Augusto Santos Silva e José Madureira Pinto (org.), Metodologia das ciências Sociais, Porto: Edições Afrontamento, 3ª edição

📖 WINNICOTT, D. W. (1988), Os bebés e as suas mães, S. Paulo: Martins Fontes.

📖 WHALEY, Lucille F e WONG, Donna L. (1989), Enfermagem Pediátrica: Elementos essenciais à intervenção efectiva 5ª ed. Guanabara Koogan.

Legislação consultada:

- **Carta da Criança Hospitalizada –**
[www.spp.pt/conteu/pai cont/legi crianc hospit.html](http://www.spp.pt/conteu/pai%20cont/legi%20crianc%20hospit.html) (acedido em 16 de Outubro de 2005).
- **Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia**
- **Código civil –** [www.giea.net/legislação.net/](http://www.giea.net/legisla%C3%A7%C3%A3o.net/) (acedido em 20 de Outubro de 2005).
- **Código Penal -** [www.giea.net/legislação.net/](http://www.giea.net/legisla%C3%A7%C3%A3o.net/) (acedido em 20 de Outubro de 2005).
- **Constituição da República portuguesa –**
www.assembleiadarpublica.pt (acedido em 16 de Outubro de 2005).
- **Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina.** 4 abril 1997;
- **Convenção sobre os Direitos da Criança**
- **Convenção para a Protecção do Direitos Humanos e das Liberdades Fundamentais.** 4 Novembro 1950;
- **Declaração Universal dos Direitos dos Homens.** 10 Dezembro 1948;
- **Lei 147/99 de 1 de Setembro – Lei de protecção de Crianças e jovens em Perigo**
- **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) – Decreto- lei nº 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto- lei nº 104/98, de 21 de Abril.**

A N E X O S

Continuidade dos Cuidados à Família e Criança após a Alta Hospitalar

ANEXO I

Linhas Estratégicas do Hospital do Espírito Santo – Évora 2005-2007



LINHAS ESTRATÉGICAS DO HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO - ÉVORA 2005 - 2007

1. Introdução

O HESE é um Hospital Distrital que, para as valências básicas, presta serviços à população do Distrito de Évora, de 174 000 habitantes, mas que para as restantes especialidades mais diferenciadas é o Hospital de referência da Região Alentejo conforme se prevê nos documentos definidores das Redes de Referência Hospitalar, abrangendo também os Distritos de Beja e Portalegre, com um população total próxima dos 500 000 habitantes.

Trata-se duma população com uma estrutura etária bastante envelhecida, com elevados níveis de dependência e baixos índices de rendimento.

Com a Lei nº 27/2002 de 8 de Novembro foi aprovado o novo regime jurídico de gestão hospitalar e com o Decreto Lei nº 188/2003, de 20 de Agosto foi aprovada a orgânica dos hospitais do Sector Público Administrativo (SPA).

A fim de darmos eficácia àqueles diplomas importa elaborar e aprovar regulamento interno prevendo, entre outros aspectos a departamentação e criação de Centros de responsabilidade.

Estando anunciada a construção de um novo Hospital de Évora, num processo de parceria público privada, haverá aspectos, nomeadamente nas áreas dos investimentos e outros, que dependerão do evoluir daquele processo.

Do ponto de vista económico sabe-se que o País vive uma crise, na qual tem especial relevância o crescimento do défice do orçamento de Estado, em que o aumento das despesas do sector da saúde é um dos principais factores do descontrolo das despesas públicas.

É conhecido o elevado défice financeiro do HESE pelo que se impõem medidas de contenção de despesas com pessoal e aquisição e consumo de bens e serviços.

2. Objectivos e Estratégia

Pretendemos dar continuidade a uma metodologia de planeamento estratégico em que o HESE seja visto, não somente como um estabelecimento de prestação de cuidados diferenciados curativos, autónomo e isolado, mas numa lógica de sistema local de saúde, em articulação com os Centros de Saúde, e integrado em Redes de Referência Hospitalar, com os outros Hospitais da Região Alentejo, e com Hospitais Centrais de Lisboa e Vale do Tejo, visando a obtenção de ganhos em saúde para a população da nossa área geográfica, tendo em conta a prevenção, tratamento das doenças e a reabilitação.

Para tal, definiu-se a missão, visão, estratégia e objectivos gerais, que serão aperfeiçoados e desenvolvidos com os órgãos de participação e consulta e com os diferentes níveis de gestão intermédia, direcção técnica e chefia.

2.1 Missão e visão:

Missão: *O HESE é um Hospital público geral, integrado na rede do S.N.S. da Região Alentejo, que desenvolve a sua actividade dirigida à prestação de cuidados de saúde diferenciados, adequados e em tempo útil, segundo as exigências de desempenho técnico-científico, de qualidade e humanizados, reconhecidas como adequadas à manutenção e restabelecimento da qualidade de vida dos seus utentes, promovendo o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores*

Visão: *Pretendemos alcançar o estatuto de Hospital de Qualidade, referência na Região Alentejo, de modo a ser reconhecido, como tal, pela comunidade que serve, bem como pelos profissionais de saúde, interna e externamente.*

2.2 Linhas Estratégicas do Hospital

Tendo em conta o Plano Nacional de Saúde 2004 - 2010, o Conselho de Administração do HESE definiu as suas linhas estratégicas de médio prazo, 2005-2007, estruturadas nos vectores dos ganhos de saúde e da organização interna, em 14 programas e respectivos objectivos gerais, como segue.



Programas e Objectivos Gerais

No âmbito e lógica de um Sistema Local de Saúde, visando contribuir para a obtenção de ganhos em saúde:

Programa 1	Nascer - Gravidez e Período Perinatal
-------------------	--

Objectivos Gerais
1.1 Melhorar o processo de referência das grávidas de médio e alto risco. 1.2 Aperfeiçoar o funcionamento da Unidade Coordenadora Funcional (UCF). 1.3 Contribuir para a diminuição da mortalidade fetal tardia. 1.4 Contribuir para o desenvolvimento do Programa de Diagnóstico Pré-Natal 1.5 Monitorizar as taxas de cesarianas realizadas no Hospital 1.6 Contribuir para a melhoria dos indicadores no período perinatal. 1.7 Melhorar o apoio aos recém nascidos com baixo peso.

Programa 2	Crescer Saudável – Criança e jovem
-------------------	---

Objectivos Gerais
2.1 Promover o crescimento saudável da criança e jovem, em articulação com os cuidados primários. 2.2 Colaborar na melhoria do conhecimento do perfil epidemiológico da morbilidade associada a este grupo etário. 2.3 Contribuir para a manutenção de níveis baixos das taxas de mortalidade infantil da região. 2.4 Colaborar na protecção das crianças em risco em articulação com a instituição da região.

Programa 3	Doenças Mentais
-------------------	------------------------

Objectivos Gerais
3.1 Melhorar a articulação das equipas de saúde mental com as equipas de saúde familiar. 3.2 Colaborar na melhoria do conhecimento epidemiológico das doenças do foro mental 3.3 Melhorar a acessibilidade e a qualidade dos cuidados prestados aos doentes mentais

Programa 4	Diabetes Mellitus
-------------------	--------------------------

Objectivos Gerais
4.1 Contribuir para a redução da incapacidade funcional devido às complicações da diabetes.

- 4.2 Melhorar a resposta às necessidades dos doentes com retinopatia diabética
4.3 Contribuir na vigilância sistemática do “pé diabético” e da microalbuminúria

Programa 5

Doença Isquémica e Doença Cerebrovascular

Objectivos Gerais

- 5.1 Contribuir para a redução da mortalidade resultante dos AVC e Enfartes do miocárdio.
5.2 Contribuir para a redução da incapacidade resultante dos AVC e Enfartes do miocárdio.
5.3 Colaborar na melhoria do conhecimento epidemiológico das doenças do aparelho circulatório
5.4 Iniciar o processo de avaliação da actividade da UAVC
5.5 Melhorar a articulação de cuidados entre a UAVCs e os Serviços de Medicina Interna, Cardiologia, Neurologia, MFR e a Rede de Cuidados Continuados

Programa 6

Cancro

Objectivos Gerais

- 6.1 Contribuir para a promoção do diagnóstico precoce do cancro do colo do útero, mama e cólon.
6.2 Criar condições rápidas de resposta aos casos detectados.
6.3 Colaborar na melhoria do conhecimento epidemiológico das doenças oncológicas
6.4 Integrar a Rede de Referenciação Hospitalar de Anatomia Patológica, com a afirmação regional deste serviço.
6.5 Adequar a oferta de cuidados às necessidades da população Alentejana em função dos desígnios do PON (através da instalação de uma Unidade de Radioterapia)

Programa 7

Doenças Osteo Articulares

Objectivos Gerais

- 7.1 Melhorar a resposta aos problemas desta área.
7.2 Contribuir para a implementação da Rede de Referenciação Hospitalar de Reumatologia

Programa 8	Traumatismos e Doença Súbita
-------------------	-------------------------------------

Objectivos Gerais
<p>8.1 Melhorar a resposta de emergência interna e externa.</p> <p>8.2 Contribuir para melhorar os circuitos de transporte dos doentes acidentados.</p> <p>8.3 Contribuir para a diminuição da letalidade dos acidentes, com início de funcionamento de VMER sediada no HESE.</p>

Ao nível da Organização e Gestão Interna :

Programa 9	Humanização e Direitos dos Utentes
-------------------	---

Objectivos Gerais
<p>9.1 Promover a participação dos cidadãos na vida do Hospital.</p> <p>9.2 Melhorar as amenidades das instalações.</p> <p>9.3 Garantir o direito à privacidade e confidencialidade.</p> <p>9.4 Melhorar os mecanismos de comunicação com profissionais, doentes/utentes e acompanhantes.</p>

Programa 10	Acesso e Adequação da Oferta de Serviços
--------------------	---

Objectivos Gerais
<p>10.1 Adequar a oferta às necessidades dos utentes.</p> <p>10.2 Desburocratizar o acesso, nomeadamente pela integração SONHO/SINUS.</p> <p>10.3 Reduzir as listas de espera.</p> <p>10.4 Manter e melhorar a estrutura do ambulatório programado/urgente.</p> <p>10.5 Desenvolver a oferta de Hospital de Dia.</p>

Programa 11	Melhoria da Eficiência Técnica e Económica
--------------------	---

Objectivos Gerais
<p>11.1 Melhorar a eficiência do internamento através da redução das demoras médias.</p> <p>11.2 Aumentar a diferenciação e autonomia técnicas do Hospital através duma política criteriosa de investimentos, com recurso a fundos estruturais.</p> <p>11.3 Implantar sistema de contratualização interna.</p> <p>11.4 Melhorar a produtividade dos recursos humanos.</p> <p>11.5 Racionalizar os processos de aquisição, distribuição e consumo de medicamentos</p> <p>11.6 Reduzir o défice através de políticas de combate ao desperdício.</p> <p>11.7 Reorganizar os Serviços Farmacêuticos do HESE.</p>

Programa 12	Melhoria da Qualidade Organizacional
--------------------	---

Objectivos Gerais	
<p>12.1 Definir uma estratégia de melhoria da qualidade da organização.</p> <p>12.2 Implantar sistema de acreditação da qualidade organizacional do Hospital, pelas normas do <i>King's Fund</i> ou <i>Joint Commission International</i>.</p> <p>12.3 Certificar pelas normas <i>ISO</i> serviços complementares de diagnóstico e terapêutica e/ou de Hospital de dia.</p> <p>12.4 Manter e desenvolver programas e planos de melhoria continua da qualidade dos serviços.</p> <p>12.5 Identificar e rever de forma sistemática indicadores de qualidade dos serviços.</p>	

Programa 13	Valorização dos Recursos Humanos
--------------------	---


Objectivos Gerais	
<p>13.1 Melhorar condições de segurança e de saúde do trabalho, através do Serviços de Saúde Ocupacional.</p> <p>13.2 Proporcionar a formação profissional adequada ás necessidades das pessoas e da organização.</p> <p>13.3 Definir e implantar programas de orientação e integração do pessoal.</p> <p>13.4 Assegurar a formação contínua do pessoal.</p> <p>13.5 Definir objectivos de produção individuais para todos os profissionais, com implantação do SIADAP.</p>	


Programa 14	Tecnologias da Informação
--------------------	----------------------------------


Objectivos Gerais	
<p>14.1 Implantar e desenvolver Sistema de Informação para a Gestão e Contratualização Interna (SIGCI)</p> <p>14.2 Desenvolver a telemedicina.</p> <p>14.3 Implantar sistema de digitalização das imagens radiológicas e outras.</p> <p>14.4 Implantar novos sistemas de informação de apoio à prestação de cuidados.</p>	


Évora, Janeiro de 2005.

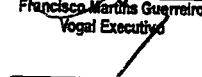
O Conselho de Administração do
Hospital do Espírito Santo-Évora


Luis Guilherme Leal Pereira
Presidente


Manuel Tiago Borges F. Filho
Vogal Executivo


Francisco Martins Guerreiro
Vogal Executivo


António Sampaio de Sousa
Director Clínico


Manuel Carolino
Enfermeiro Director

Continuidade dos Cuidados à Família e Criança após a Alta Hospitalar

ANEXO II

Programa Nacional de Saúde Materna e Neonatal

MINISTÉRIO DA SAÚDE

COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE MATERNA E NEONATAL

ORGANIZAÇÃO PERINATAL NACIONAL
Programa Nacional de Saúde Materna e Neonatal

Lisboa, Março 2006

COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE MATERNA E NEONATAL

Índice	pág
Capítulo I	
PROGRAMA NACIONAL DA SAÚDE MATERNA E NEONATAL	2
1 RAZÕES PARA O SUCESSO	2
2 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO ACTUAL	5
3 LINHAS ESTRUTURANTES	9
Capítulo II	
REQUALIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA PERINATAL	13
1 CONCENTRAÇÃO PARTOS EM SERVIÇOS CAPACITADOS	13
2 PROPOSTA DE REQUALIFICAÇÃO DE CURTO PRAZO	17
3 CONCENTRAÇÃO DE PARTOS E RN DE ALTO RISCO	20
Capítulo III	
REDES DE REFERENCIAÇÃO MATERNO INFANTIS	20
Capítulo IV	
RESPONSABILIDADES POR NÍVEIS DE CUIDADOS	25
1 HOSPITAIS DE APOIO PERINATAL	25
2 CARACTERIZAÇÃO HAPD	26
3 CARACTERIZAÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE (CS)	27
4 REQUISITOS PARA A QUALIDADE - REGULAÇÃO	28
5 EXEMPLO DE REDE PERINATAL REGIONAL	29
6 UNIDADES COORDENADORAS FUNCIONAIS: DECRETOS	30
Capítulo V	
COORDENAÇÃO	33
1 FUNÇÕES DAS COMISSÕES NACIONAIS E REGIONAIS	
2 ARTICULAÇÃO COM DGS	
Capítulo VI	
MONITORIZAÇÃO, AVALIAÇÃO E FORMAÇÃO	34
ANEXOS	35

COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE MATERNA E NEONATAL

Capítulo I - PROGRAMA NACIONAL DA SAÚDE MATERNA E NEONATAL - PNSMI

1 - RAZÕES PARA O SUCESSO

Em 15 anos Portugal, cujos indicadores materno - infantis eram de país subdesenvolvido, passou a integrar o grupo dos países que mais evoluíram nesta área, a nível mundial (Anexos).

A melhoria socioeconómica, a mudança política, o investimento generalizado nos cuidados de saúde primários, a cobertura nacional de Centros de Saúde e médicos de família, foram factores importantes. Porém o que permitiu ultrapassar os países muito mais ricos e manter consistência na evolução, foi sem dúvida a consolidação progressiva do Programa Nacional de Saúde Materno Infantil (PNSMI) iniciado em 1989. Alicerçado em alguns princípios fundamentais, foi executado com uma estratégia que se revelou eficaz, beneficiando da vontade da Ministra da Saúde de então e acarinhado pelos profissionais como um Património Nacional.

Tal deveu-se à estratégia inicial que comportava as seguintes linhas de força:

1. A Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil (CNSMI), constituída em 1989, presidida por médico com competência delegada pelo Ministro da Saúde, constituída por médicos com competência certificada, por directores de serviço de Obstetrícia, Pediatria, de Neonatologia, de Hospitais Centrais Universitários das três Regiões do País, pretendeu assegurar equidade no acesso à vigilância da grávida, do recém-nascido (RN), da criança e do adolescente a nível nacional. (Anexos). Procedeu ao levantamento da realidade conjuntural, obtido em múltiplas reuniões regionais, com os agentes locais dos serviços dos hospitais dos diversos níveis, sem excepção. Elaborou o Programa Nacional de Saúde Materno Infantil (PNSMI) com as soluções estruturais imprescindíveis (Instalações, Recursos Humanos e Equipamentos).

2. Pretendeu assegurar garantia de segurança e qualidade no parto e no nascimento. Concentraram-se os locais de nascimento, estabeleceu-se um programa de formação de recursos humanos e uma distribuição racional dos equipamentos. Combateram-se assimetrias. Pretendeu-se garantir equidade na assistência a nível nacional.
3. Para rentabilizar os recursos, os Hospitais foram hierarquizados em Hospitais de Apoio Perinatal (HAP) e Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD). (cap IV)
4. Os Hospitais e os Centros de Saúde foram integrados em Redes de Referência Materno Infantil (RRMI), com áreas geográficas bem definidas e com definição das responsabilidades assistenciais dos vários intervenientes. Viriam a originar o documento da Rede de Referência Materno Infantil elaborado pela Direcção Geral de Saúde em 2000.
5. Foi promovida e implementada progressivamente uma cultura de cooperação e complementaridade, permitindo atingir níveis de efectividade e eficiência não encontrados em outras áreas da saúde.
6. Foram criadas condições para assegurar a circulação de informação clínica entre os diferentes níveis de cuidados. A exemplo do Boletim de Saúde Infantil, foi elaborado o Boletim de Saúde da Grávida, cujo preenchimento foi tornado obrigatório.
7. Foram nomeadas as Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF'S) para garantir a articulação entre os intervenientes e executar um sistema de monitorização, avaliação e formação dentro das RRMI. (cap IV)
8. Para concretizar este objectivo, foi fundamental a adesão e motivação dos profissionais, a criação de organizações científicas locais (Centro Perinatal do Norte, Centro de Estudos Perinatais no Centro...), a colaboração das Sociedades Científicas (Sociedade Portuguesa de Pediatria, Secção de Neonatologia da SPP, Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Ginecologia), a integração neste Programa dos vários departamentos da Saúde Materno -

Infantil da Direcção Geral de Saúde e dos Colégios da Especialidade da Ordem dos Médicos.

Todos estes factores estiveram na base do sucesso materno infantil, ao permitir:

1. A continuidade do PNSMI apesar das várias mudanças ministeriais.
2. A constituição de uma rede assistencial nacional, com relações de cooperação e complementaridade claras entre Instituições e Profissionais.
3. A liberdade de escolha da população, cuja igualdade de atendimento foi assegurada, devido ao investimento harmonioso e ao desaparecimento progressivo das assimetrias regionais.

Tal só foi possível, porque a qualidade do Programa é incontestável, porque é aceite e concretizado com motivação, consciência profissional, responsabilidade, pela generalidade dos profissionais (médicos e enfermeiros) e pelo papel voluntário, dedicado e não remunerado, que as Comissões Nacionais e Regionais têm mantido na defesa deste Património.

As Comissões Nacionais e em parte as Regionais existentes, desprovidas de qualquer interesse político e partidário, nomeadas com base na competência, motivação e disponibilidade têm conseguido transmitir esta mensagem a todos os Ministros da Saúde, garantindo uma coordenação mínima do Programa, mantendo um papel privilegiado na aglutinação dos Profissionais, com quem estabelecem uma ligação directa na concretização desta Missão.

.....

2 - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO ACTUAL

Problemas actuais - Riscos

Redes de Referência Materno Infantil não consolidadas

Coordenação frágil

1. A coordenação, avaliação e responsabilização não está decretada de forma vertical, não estando a ser exercida nem pelo Ministério da Saúde, nem pelas Administrações Regionais de Saúde, nem pela Direcção Geral da Saúde, nem pela CNSMI.
2. As CNSMI sendo órgãos de nomeação ministerial, têm sofrido algumas interrupções na sua continuidade, o que não tem permitido consolidar a coordenação e avaliação das UCF's, nem desenvolver a cultura da colaboração, comunicação, cooperação e complementaridade entre os intervenientes das RRMI.
3. Existe uma coordenação horizontal não generalizada, da iniciativa de alguns profissionais e em alguns locais coordenada pelas Comissões Regionais (existentes no Norte e Centro).
4. Nas Regiões onde não existem Comissões Regionais a acção das UCF's está exclusivamente dependente da iniciativa dos seus membros e as relações inter-hospitalares são praticamente inexistentes.
5. A falta de Comissões Regionais a nível Nacional, com funções bem definidas tal como estão para as UCF's, tem sido um obstáculo à consolidação das RRMI e ao normal funcionamento das UCF's.

Articulação - Avaliação

1. As UCF's têm sido o suporte contínuo e generalizado das RRMI. Têm uma acção horizontal, pouco visível, nem sempre reconhecida mas eficaz nos locais onde funcionam. Mas, porque contemplam apenas as relações entre os Centros de Saúde e Hospitais, a avaliação das relações inter-hospitalares (HAP-HAPD) nas RRMI só ocorre esporadicamente.

2. Uma boa parte da monitorização de indicadores, a avaliação, a formação e programas de intervenção são executados voluntariamente devido à adesão, motivação dos profissionais e sociedades científicas, com pouca influência Central. A monitorização dos óbitos perinatais nacionais assumida recentemente pela DGS, assim como a avaliação das necessidades em saúde materna e infantil, não satisfeitas, são agradáveis excepções. Na ausência de regulamentação, sem a adesão citada, o PNSMI, elaborado há 16 anos já teria desaparecido.
3. Há desaproveitamento de algumas estruturas que poderiam ser parceiros privilegiados para implementar programas de qualidade como por exemplo o IQS.
4. Não há mecanismos de controlo da qualidade nos partos efectuados fora da RRMI.

Hospitals

1. Há terço dos HAP são de pequena dimensão, não possuem nem movimento, nem recursos capazes de garantir qualidade constante no nascimento e segurança no parto. (Relatório CNSMN 2004, Relatório Colégio da Especialidade).
2. Esta situação exige a requalificação das urgências perinatais nos HAP, para garantir esta qualidade e permitir melhor distribuição dos recursos humanos.
3. O número de HAPD é excessivo e pode estar em risco de aumentar, se os novos projectos não integram alguns dos existentes (RNMBP-SNN/SPP).
4. A duplicação de recursos diferenciados e a dispersão assistencial numa área onde se pretende a maior concentração possível, provocaria perdas de eficiência e efectividade.

Recursos Humanos

1. O número de profissionais e sua distribuição pelos HAPD está actualmente genericamente equilibrada, embora exista um número elevado de profissionais cuja idade permite dispensa dos Serviços de Urgência. (Relatório CNSMN 2004)

2. A formação de Obstetras tem sido insuficiente nos últimos anos, provocando uma erosão sucessiva e não permitindo actualmente compensar o número de aposentações.
3. Há serviços de HAPD que podem entrar em ruptura se o recrutamento de profissionais não for regulado e não se desenvolverem com urgência programas de formação.
4. Há défice de anestesistas para garantir a anestesia epidural em muitos HAP. (Relatório CNSMN 2004)
5. Há défice de enfermeiros especialistas em saúde obstétrica e em saúde infantil, representando os existentes cerca de metade dos necessários em ambas as especialidades. Faltam 750 enfermeiros especialistas em saúde obstétrica e 119 em saúde infantil, só para este contexto. (relatório CNSMN 2004). Embora a formação destes especialistas tenha sido reiniciada, não responde às necessidades, pois os segundos são requeridos em todos os serviços de pediatria do país.
6. O número de especialistas em medicina familiar com competência em saúde materna e infantil não é suficiente para garantir a assistência partilhada da grávida, recém-nacido, criança e adolescente a nível nacional. (Anexos)
7. Não há planos de formação dos profissionais necessários, previstos para o curto prazo.
8. Se a concorrência contratual não for regulada entre instituições, pode gerar-se um desequilíbrio na distribuição dos recursos humanos, dispersá-los, aumentar as assimetrias e diminuir a efectividade.
9. As parcerias com o sector privado podem complementar os objectivos do PNSMI, desde que esteja salvaguardada uma concorrência regulada.
10. A dotação de recursos do sector público, que assegura a assistência de 90% dos partos, não pode ser comprometida, e o risco de concorrência desleal, obriga à clarificação de indicadores de estrutura mínimos para garantir qualidade e equidade assistencial.

Equipamentos

1. A supervisão técnica na distribuição do equipamento deixou de existir a partir de 1995. Este facto permitiu uma distribuição desajustada (equipamentos diferenciados em HAP não utilizados) e atraso na renovação, causando desperdício e graves prejuízos orçamentais. Do equipamento existente, nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, 25% tem mais de 12 anos de duração (relatório 2004 CNSMN).
A centralização da aquisição do equipamento permite eficácia no diagnóstico de necessidades e na resolução rápida de problemas de segurança e beneficiar de economias de escala em todo o processo, quer burocrático, quer em condições negociais com fornecedores.
2. As possibilidades informáticas actuais não estão devidamente aproveitadas para melhorar a comunicação, monitorização e avaliação contínua da qualidade.
3. O Transporte da Grávida não está organizado.
4. O controle do número e qualidade das Ecografias e outros exames complementares, solicitados durante a vigilância da gravidez, não é efectuado com regularidade, continuando a ser uma fonte de desperdício no orçamento do Ministério da Saúde.
Desconhecem-se os resultados do trabalho da Comissão técnica de ecografia nomeada pelo Ministério da Saúde em 1999, que aparentemente poderia solucionar este problema.

3 - LINHAS ESTRUTURANTES

Missão:

1. Continuar a garantir a qualidade na vigilância partilhada da grávida, do recém-nascido e lactante a nível nacional com igualdade de acesso.
2. Garantir qualidade no nascimento e segurança no parto a nível nacional.
3. Manter e tentar melhorar os ganhos em saúde até agora conseguidos.

Estratégia:

1. Aproveitar os factores de sucesso do PNSMI elaborado em 1989, aperfeiçoá-lo e consolidá-lo.
2. Aproveitar a aceitação e a capacidade aglutinadora que a CNSMN tem mantido entre os profissionais e atribuir-lhe as funções de Coordenação / Supervisão. Para este papel criar mecanismos que reforcem a cooperação com a Direção Geral de Saúde.
3. Nomear as Comissões Regionais em todas as Regiões de Saúde para concretizar localmente, a coordenação das UCF's e a aglutinação entre os profissionais das RRM.
4. Assegurar que os novos modelos de gestão contemplem os pressupostos desta Missão e Estratégia, os interiorizem como prioridades contínuas, evitando os riscos de uma concorrência não regulada.
5. Garantir um sistema de transporte da grávida com qualidade, com acompanhamento de Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, para distâncias superiores a 20 Km ou mais de 30 minutos.
6. Assegurar a visita domiciliária sistemática à puerpera, ao recém-nascido de risco.
7. Adequar os futuros projectos às necessidades reais e aos requisitos mínimos de qualidade.

Piano - Propostas

1. Atualizar as Redes de Referência Materno Infantil (RRMI).
2. Organizar as RRMI em redes perinatais regionais (rentabilizar recursos mais diferenciados) para facilitar a referência, a comunicação, a cooperação e os programas de avaliação e formação contínuos.
3. Nomear as Comissões Regionais de Saúde Materno - Infantil (CRSMI), definir as suas competências, a interação com a CNSMN, ARS e DGS, nomeadamente na coordenação das UCF's e das relações inter-hospitalares dentro das RRMI.
4. Concentrar o parto nos locais onde há garantia de qualidade, sem prejuízo assistencial nem da liberdade de escolha da população.
5. Rentabilizar os recursos humanos. Evitar a pulverização de UCI's Neonatais.
6. Constituir uma equipa centralizada, para aquisição e distribuição de equipamento essencial para os hospitais, satisfazendo racionalmente as necessidades das RRMI e do país.
7. Programar a Formação de Recursos Humanos
 - Neonatologistas com o Colégio de Especialidade
 - Obstetras com o Colégio de Especialidade
 - Pediatras com competência em Neonatologia a nível das Redes Perinatais Regionais
 - Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica e Saúde Infantil e Pediátrica, inicialmente com as Escolas Superiores de Enfermagem depois com a Ordem dos Enfermeiros.
8. Promover iniciativas no domínio da promoção e garantia da qualidade (Explicitação de indicadores mínimos de estrutura, definir guidelines para a promoção de boas práticas, prever auditorias ao processo de cuidados).
9. Regulamentar as condições estruturais para garantir qualidade no sector privado.
10. Continuar a medir mortalidade como está a ser feito pela DGS, a morbilidade e satisfação dos utentes, aglutinando os grupos de profissionais envolvidos. Ex: Grupo de Registo nacional de malformações, Registo nacional do RN de muito baixo peso - actividade da Secção de Neonatologia da SPP. Partir da monitorização para intervenção, como está a ser efectuado com a auditoria dos óbitos executada pelas UCF's, integrando todos os intervenientes.
11. Criar condições para generalizar a acção das UCF's a nível nacional.
12. Desenvolver um sistema de monitorização informatizado, com uma página Web e uma base de dados que permitam comunicação, avaliação, identificação de necessidades formativas, sinalização, disponibilização de guidelines e outras intervenções para garantir melhoria contínua da qualidade. (Ex: Notícia de Nascimento e Carta de Alta aproveitando os recursos instalados - SONHO - SINUS)
13. Identificação informática da grávida e RN que optam pela Medicina Privada (evitar duplicação e garantia de acesso e reforço de atenção aos grupos de risco)
14. Continuar o preenchimento do Boletim de Saúde Infantil e da Grávida e da Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar.

Prioridades em Síntese:

1. Definir a Coordenação do PNSMI: Definir o Papel da CNSMN-ARS-DGS-CRSMI.
2. Constituir as CRSMI em todas as Regiões e definir o seu papel.
3. Consolidar a Coordenação das Ucf's e das RRMi
4. Formação e Recrutamento dos Recursos Humanos
5. Actualizar as RRMi Regionais
6. Requalificação das Urgências Perinatais
- 1.0% dos RN portugueses ainda nascem em risco, em 30% dos hospitais.

COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE MATERNA E NEONATAL

Capítulo II - REQUALIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA PERINATAL

1. - CONCENTRAÇÃO DOS PARTOS EM SERVIÇOS CAPACITADOS

Fundamentos:

1. Cerca de 80% dos RN portugueses nascem em locais dentro da RRMi, com uma estrutura que garante o equipamento mínimo e uma equipa perinatal tipo: (definida pelo Colégio de Especialidade da OM como a exigida para garantir qualidade e segurança contínua do nascimento e do parto.)
 - Equipa perinatal tipo nos HAP: Pelo menos dois médicos da especialidade de Ginecologia e Obstetrícia, disponibilidade permanente de 1 Anestesiologista e 1 Pediatra com Competência em Neonatologia e pelo menos duas enfermeiras uma das quais com a especialidade em Saúde Materna e Obstétrica.
 - Equipamento mínimo do Bloco de Partos nos HAP: deverá ter uma sala de operações permanentemente disponível, com acesso directo da sala de partos; um monitor fetal por cada cama de partos; um ecógrafa sempre disponível; instalação central de gases e vácuo; duas mesas de reanimação para o recém-nascido.
 - Apoio permanente de Serviço de Sangue, Imagiologia, Laboratório e Apoio de Cirurgia Geral.
 - O número mínimo de partos que garantem eficiência e uma rotina perinatal com garantia de qualidade contínua é apontado para 1500 partos por ano, salvo situações viárias e geográficas especiais, que dificultem a deslocação das populações.
2. Cerca de 10% dos RN nascem fora da RRMi, no sector privado sobre o qual não há controlo de qualidade.
3. Cerca de 10% dos RN nascem em locais dentro da RRMi onde não existem as condições mínimas citadas, indispensáveis para garantir níveis mínimos de segurança durante o parto. Esta situação acontece em cerca de um terço das maternidades portuguesas.

4. O número de partos efectuados por dia (<4) nestas maternidades, compromete a manutenção de uma rotina perinatal de qualidade.

5. A melhoria da Rede Viária do País permite encontrar soluções de concentração dos partos em locais com garantia da qualidade do nascimento.

Objectivo:

1. Garantia universal e contínua de segurança e qualidade no parto e no nascimento.
2. Melhorar a eficiência e efectividade dos Serviços de Obstetrícia e o "aparente" défice em recursos humanos Pediátricos e ou Obstétricos.

Método

1. Fazer cumprir as normas (colégio da especialidade) que garantem continuamente qualidade no nascimento e segurança no parto
 - Movimento suficiente
 - Recursos
 - Instalações e equipamento
 - Transporte
2. Foram classificados os Hospitais em Grupos de acordo com as capacidades em preencher os requisitos de garantia da qualidade
 - I - HAPD (à partida com qualidade garantida)
 - II - HAP que preenchem critérios de qualidade
 - III - HAP que não preenchem critérios mas em que a concentração é impossível (questões geográficas ou viárias)
 - IV - HAP que não preenchem todos os critérios, com concentração possível e desejável mas ainda sem alternativas com garantia de qualidade.
 - VI - HAP que não preenchem critérios e exigem concentração imediata.

3. A opinião dos profissionais locais é tida em consideração, face à exigência da necessidade do cumprimento dos princípios mínimos. As soluções exigem o desenvolvimento de relações de cooperação e complementaridade.

4. A decisão final e a metodologia para a efectivar deverá ser partilhada com as estruturas de saúde regionais e locais. Ex: Beira Interior, Nordeste Trasmontano

5. Há que garantir as condições nos hospitais que vão ser receptores: Instalações, Equipamento, Recursos Humanos, antes de concretizar qualquer processo de concentração.

6. Os cuidados de excelência existentes devem ser identificados, e os projectos de sucesso exportados com as devidas adaptações, para não ocorrer perda pelas populações.

7. As Consultas de Referência Obstétrica e restantes valências de um Serviço de Obstetrícia devem ser mantidas nos locais onde o parto vai deixar de ser realizado, efectuadas pelos Obstetras locais ou por Obstetras deslocados dos Hospitais onde os partos vão ser concentrados, garantindo a liberdade de escolha dos profissionais.

8. Às populações que se vão deslocar deve ser garantida informação sobre os locais de acesso e liberdade de escolha.

9. O transporte da grávida com qualidade deverá ser garantido (com acompanhamento de Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, para distâncias superiores a 20 Km ou demora superior a 30 minutos.

10. Antes de se anunciar a solução à população, os Autarcas, Políticos e Administradores locais devem ser informados e ouvidos sobre as decisões.

11. As ARS apoiadas nas Comissões Regionais, deverão ser os dinamizadores deste processo, em estreita ligação com a CNSMN e DGS.

2 - PROPOSTA DE REQUALIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA OBSTÉTRICA

No seguimento do estudo efectuado pela Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal (CNSMN), dos pareceres das Administrações Regionais de Saúde, das Comissões Regionais de Saúde da Mulher e Criança, da Direcção Geral da Saúde, da Direcção do Colégio da Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia e Ordem dos Enfermeiros apresentam-se as propostas da CNSMN para a requalificação dos Serviços de Urgência Obstétricos.

Concentração dos Partos em Serviços Capacitados (NORTE)

No Norte do País os actuais Hospitais de Apoio Perinatal: Centro Hospitalar do Nordeste Transmontano, Chaves, Hospital S Gonçalo (Amarante), Hospital de Santo Tirso e Hospital de Barcelos não cumprem os requisitos obrigatórios para se manterem como tal.

Tomando em consideração todas as opiniões propomos o seguinte:

1. Por razões geográficas e viárias o Hospital de Chaves deve manter o mesmo estatuto até alteração destas limitações.
2. No que se refere ao grupo de Hospitais do Centro Hospitalar do Nordeste Transmontano (Mirandela, Bragança, Macedo de Cavaleiros), propomos que a concentração dos Partos seja efectuada num só dos Hospitais de Apoio Perinatal que o constituem. A decisão deve ser tomada pela ARS/Comissão Regional do Norte, ouvidos os Conselhos de Administração e profissionais locais, com a colaboração da CNSMN.
3. O bloco de partos do Hospital de S Gonçalo (Amarante) deve ser encerrado e sem prejuízo da liberdade de escolha da população os partos devem ser realizados no Hospital Padre Américo (Vale do Sousa).
4. O bloco de partos do Hospital de Barcelos deve ser imediatamente encerrado e sem prejuízo da liberdade de escolha da população os partos devem ser realizados no Hospital de S Marcos (Braga).

5. O bloco de partos do Hospital de Santo Tirso deve ser imediatamente encerrado e sem prejuízo da liberdade de escolha da população os partos devem ser realizados no Hospital de S João de Deus (Famalicão)

Concentração dos Partos em Serviços Capacitados (Centro)

No Centro do País os actuais Hospitais de Apoio Perinatal: Lamego, Oliveira de Azeméis, Figueira da Foz, Guarda, Covilhã, Castelo Branco não cumprem os requisitos mínimos obrigatórios para se manterem como tal, pelo que se propõe o seguinte:

1. O bloco de partos do Hospital de Lamego deve ser imediatamente encerrado e sem prejuízo da liberdade de escolha da população os partos devem ser realizados em Vila Real ou Viseu.
2. O bloco de partos do Hospital de Oliveira de Azeméis deve ser imediatamente encerrado e sem prejuízo da liberdade de escolha da população os partos devem ser realizados no Hospital de São Sebastião (Vila da Feira), satisfazendo a solução já consensualmente encontrada, nas reuniões entre os profissionais de ambas as Instituições, com a Comissão Regional da Saúde Materno - Infantil e Administração Regional de Saúde da Região Centro.
3. O bloco de partos do Hospital da Figueira da Foz deve ser encerrado e sem prejuízo da liberdade de escolha da população os partos devem ser realizados numa das Maternidades de Coimbra ou Hospital S André (Leiria).
4. No que se refere ao grupo de Hospitais da Beira Interior (Guarda, Covilhã, Castelo Branco), propomos ser indispensável e urgente a concentração dos Partos. As especificidades locais e a necessidade de concentração de vários outros serviços médicos e cirúrgicos, para garantir viabilidade futura, exigem que as soluções nasçam de consensos entre os Conselhos de Administração e profissionais locais, pertencendo a decisão final à ARS/Comissão Regional do Centro com a colaboração da CNSMN.

Concentração dos Partos em Serviços Capacitados (Lisboa e Vale do Tejo)

1. O bloco de partos do Hospital de Torres Vedras deve ser imediatamente encerrado e sem prejuízo da liberdade de escolha da população os partos devem ser realizados no Hospital das Caldas da Rainha ou em Lisboa (Hospital de Santa Maria ou Maternidade Alfredo da Costa)
2. Os blocos de partos do Hospital de Cascais e de Vila Franca de Xira poderão ser encerrados e sem prejuízo da liberdade de escolha da população os partos devem ser realizados no Hospital de S Francisco Xavier e H Santa Maria ou Hospital Dona Estefânia respectivamente.

Concentração dos Partos em Serviços Capacitados (Alentejo)

1. O bloco de partos do Hospital de Elvas deve ser imediatamente encerrado e sem prejuízo da liberdade de escolha da população os partos devem ser realizados em Portalegre.
2. As questões geográficas e as condições oferecidas pelos restantes Hospitais: Beja (HAP) e Évora (HAPD) justificam a manutenção do mesmo estatuto.

Concentração dos Partos em Serviços Capacitados (Algarve)

1. No Algarve a situação está bem solucionada com os blocos de partos de Portimão (HAP) e Faro (HAPD).

3 - CONCENTRAÇÃO DOS PARTOS E RECÉM NASCIDOS DE ALTO RISCO NOS HAPD

A concentração dos partos de risco tem atingido as metas propostas pela DGS. É necessário consolidar esta prática. Para tal é necessário:

1. Promover e garantir o Transporte *in útero* em cada RRMI. Acção a desenvolver pelas CRSMI e HAPD e pela Coordenação das Redes de Referênciação.
2. Garantir o Transporte Grávida com qualidade.
3. Consolidar o Transporte do RN de Alto Risco e promover auditoria dos transportes como processo de facilitar a articulação entre HAP-HAPD.
4. Garantir o bom funcionamento e equipamento das Salas de Reanimação do RN e dos pólos de Reanimação neonatal nos HAP e programar a formação dos Pediatras locais, para adquirir a competência em Neonatologia. Acção a desenvolver em cada RRMI pelos HAPD locais.
5. Garantir capacidade de resposta nos HAPD, com redimensionamento de algumas Unidades (Relatório GNSMNN 2004)

Capítulo III

REDES DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR (ACTUALIZAÇÃO)

1 - NORTE

Hospitais de Apoio Perinatal (Norte)

Hospital de Chaves⁽¹⁾
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes (Bragança, Mirandela e Macedo de Cavaleiros)
Hospital de Vila Real
Hospital de Amarante⁽²⁾
Hospital Padre Américo (Vale do Sousa)
Hospital de Barcelos⁽³⁾
Hospital de Santo Tirso⁽⁴⁾
Hospital S. João de Deus (Famalicão)
Hospital Pedro o Pescador (Vila do Conde - Póvoa do Varzim)
Hospital de São Marcos⁽⁵⁾ (Braga)

⁽¹⁾ Sem capacidade. Solução adiada até resolver a rede viária

⁽²⁾ Deve encerrar o Bloco de partos que se devem concentrar no H Padre Américo (Vale do Sousa)

⁽³⁾ Deve encerrar o Bloco de partos que se devem concentrar no H S Marcos

⁽⁴⁾ Proposta de encerramento imediato. Os partos concentram-se no H S João de Deus

⁽⁵⁾ Este Hospital deverá em breve transformar-se em HAPD

Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado (Norte)

Hospital de S. João
Maternidade Júlio Dinis
Hospital Santo António
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia
Hospital Maria Pia
Centro Hospitalar do Alto Minho (Viana do Castelo)
Hospital Pedro Hispano (Matosinhos)
Hospital Nossa Sr.ª de Oliveira (Guimarães)
Hospital de S. Sebastião (Vila da Feira)⁽¹⁾

⁽¹⁾ Administrativamente pertence à Região Centro

O número de partos na Região Norte permite que os Hospitais se organizem em duas Redes Perinatais Regionais autónomas.

2 - CENTRO

Hospitais de Apoio Perinatal (Centro)

Hospital de Aveiro
Hospital de São Teotónio (Viseu)
Hospital de Santo André (Leiria)
Hospital das Caldas da Rainha
Centro Hospitalar da Cova da Beira⁽¹⁾ (Guarda e ou Covilhã e ou Castelo Branco)
Hospital de Lamego⁽²⁾
Hospital de Oliveira de Azeméis⁽³⁾
Hospital da Figueira da Foz⁽⁴⁾

⁽¹⁾ Proposta para se constituírem em Centro Hospitalar e definir entre si onde devem concentrar os partos.

⁽²⁾ Deve encerrar de imediato o Bloco de partos e transferir para o Hospital de Vila Real ou Hospital de Viseu.

⁽³⁾ Deve encerrar de imediato o Bloco de partos e transferir para o Hospital São Sebastião (Vila da Feira)

⁽⁴⁾ Deverá encerrar o Bloco de partos e transferir para as maternidades de Coimbra ou Hospital Santo André.

Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado (Centro)

Centro Hospitalar de Coimbra: Maternidade Bissaya Barreto e Hospital Pediátrico de Coimbra⁽¹⁾
Hospitais da Universidade de Coimbra: Maternidade Daniel de Matos e Cirurgia Cardíaca⁽²⁾

⁽¹⁾ Internos os que necessitam de transporte Neonatal, de Cirurgia Neonatal e Subespecialidades incluindo a participação nas equipas de diagnóstico pré-natal.

⁽²⁾ Cirurgia Cardíaca da Região Centro

3 - LISBOA E VALE DO TEJO

Hospitais de Apoio Perinatal (Lisboa e Vale do Tejo)

Hospital de Torres Vedras ⁽¹⁾
Hospital de Vila Franca de Xira ⁽²⁾
Hospital de Cascais ⁽³⁾
Hospital do Barreiro
Hospital de Setúbal
Hospital de Santarém

⁽¹⁾ Deve encerrar o Bloco de partos e transferir para o Hospital das Caldas da Rainha, Maternidade Alfredo da Costa ou Hospital de Santa Maria.

⁽²⁾ Deve encerrar o Bloco de partos e transferir para Maternidade Alfredo da Costa ou Hospital Dona Estefânia.

⁽³⁾ Deve encerrar o Bloco de partos e transferir para Hospital São Francisco Xavier.

Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado (Lisboa e V. Tejo)

Hospital de Santa Maria
Maternidade Alfredo da Costa
Hospital de São Francisco Xavier
Hospital de Dona Estefânia
Hospital Fernando da Fonseca
Hospital Garcia da Horta

Comentário:

Não são necessários mais HAPD nas novas Unidades Hospitalares. A deslocação de recursos humanos desestabilizaria o equilíbrio precário actualmente existente.

4 - ALENTEJO

Hospitais de Apoio Perinatal (Alentejo)

Hospital de Portalegre
Hospital de Beja
Hospital de Elvas ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Encerramento de imediato. Transferência de partos para Portalegre

Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado (Alentejo)

Hospital de Évora

COMENTÁRIOS:

1. Só o Hospital de Évora apresenta um número de partos superior a 1500 partos/ano.
2. Tanto o hospital de Elvas como o de Portalegre apresentam um baixo número de partos/ano, 260 e 486 respectivamente.
3. Os hospitais de Beja e Évora dispõem praticamente dos requisitos recomendados. O hospital de Portalegre tem carência de meios.
4. O hospital de Elvas não dispõe das condições mínimas em meios humanos para o seu funcionamento, de acordo com os requisitos recomendados.

PROPOSTA:

1. Os hospitais de Beja e Portalegre asseguram o apoio perinatal dos respectivos Distritos.
2. O hospital de Évora assegura o apoio perinatal do Distrito de Évora e o apoio perinatal diferenciado da Região de Saúde do Alentejo.
3. Encerramento da maternidade do hospital de Elvas. Os recursos humanos desta maternidade reforçarão as equipas de urgência obstétrica do hospital de Portalegre.

5 - ALGARVE

Hospitais de Apoio Perinatal (Algarve)

Hospital de Portimão

Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado (Algarve)

Hospital de Faro

COMENTÁRIOS:

Em relação à rede de Hospitais de apoio perinatal na região do Algarve não parece haver necessidade de realizar alterações. Devem evitar-se novos Blocos de partos sob pena de se comprometer a eficiência e efectividade dos Hospitais instalados.

COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE MATERNA E NEONATAL

Capítulo IV – REDES DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR RESPONSABILIDADES POR NÍVEIS DE CUIDADOS

1 - RESPONSABILIDADES - HOSPITAL DE APOIO PERINATAL

- Garantir equipa de urgência mínima em presença física, 24/24 horas constituída por: (2 obstetras e um interno, um pediatra, um anestesista e um corpo de enfermeiros especialistas em número adequado às necessidades do serviço)
- O Bloco de partos deverá ter acesso directo a sala de operações permanentemente disponível; dispor de um monitor fetal por cada cama de partos; um ecógrafa sempre disponível; instalação central de gases e vácuo; duas mesas de reanimação para o recém-nascido devidamente equipadas.
- Garantir laboratório de análises, imagiologia, serviço de sangue 24/24 horas e dispor de apoio de Cirurgia Geral.
- Capacidade para reanimar pronta e adequadamente todos os RN.
- Apetrechamento adequado dos Pócos de Reanimação Neonatal.
- Garantir estabilidade das funções vitais até concretizar o transporte (<4h)
- Assistir os RN normais e continuidade de cuidados até a alta - Serviço de puericultura
- Possuir uma Unidade de Cuidados Intermédios.
- Tratar aos RN em fase de convalescença (ex prematuros) após estadia nos HAPD.
- Nos HAP a actividade neonatal (apoio à Sala de partos, Pócos de Reanimação e Unidade de Cuidados Intermédios) é desempenhada por Pediatras Gerais com competência em neonatologia, a quem compete ainda a Urgência Geral Pediátrica.
- Garantir e avaliar a Consulta de Referência Obstétrica, com apoio ecográfico e monitorização fetal.
- Garantir Consulta de Alto risco, com internamento, Consulta de préconcepcional e planeamento familiar para casos problema referenciados pelos centros de Saúde.
- Garantir e avaliar a Consulta de Referência Pediátrica
- Contribuir para a formação dos profissionais locais e dos Médicos de Família da sua área.
- Colaborar nas acções de avaliação e formação das Unidades Coordenadoras Funcionais
- Através das UCF, elaborar e cumprir os protocolos de articulação com os Hospitais
- Criar condições para divulgar e cumprir as normas e protocolos distribuídos pelas UCF
- Efectuar auditorias com os HAPD da sua RRM1
- Possuir equipas de diagnóstico pré-natal articuladas com os HAPD da RRM1.
- Estabelecer programas de transferências in útero com os HAPD da sua RRM1.

Considerando a amplitude, bem como os recursos humanos e materiais necessários, os HAP devem ter um movimento mínimo de 1 500 partos por ano, ressalvadas as situações especiais resultantes de determinantes geodemográficos.

2 - COMPETÊNCIAS DO HOSPITAL DE APOIO PERINATAL DIFERENCIADO

- As mesmas dos HAP, com maior autonomia assistencial para os RN de risco, exceptuando: Cirurgia Neonatal e Subespecialidades mais diferenciadas.
- Tem capacidade de assistência multidisciplinar a todas as situações com patologia associada ou coexistente com a gravidez, que lhe sejam referidas pelos HAP das RRM1
- Responde às solicitações dos HAP para o Diagnóstico ou Terapêutica Pré-natal.
- Dispõe de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais com uma Equipa de Neonatologistas (Independente do Serviço de Pediatria) com um mínimo 7+1, para garantir escala em presença física 24/24 h.
- Coordena ou Integra as Equipas de Transporte Neonatal medicalizado se for solicitado para tal.
- Garante articulação protocolada com Centros de Saúde da sua área, correspondendo às solicitações da UCF, com Consultas de Referência Obstétrica e Neonatal.
- Garante a articulação protocolada com HAP: transporte antenatal, auditorias dos transportes e óbitos, formação, monitorização dos indicadores de saúde regionais
- A grande diferença dos HAPD em relação aos HAP será, no entanto, a sua responsabilidade nas áreas da Avaliação e Formação dos profissionais da Instituição e da zona que abrangem. Deve associar-se aos demais HAPD da RRM1 e concretizar em comum este objectivo.

3 - COMPETÊNCIAS DOS CENTROS DE SAÚDE/UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR

- Assegurar a primeira linha da Saúde Reprodutiva com assistência pré-concepcional, pré e pós-natal, assim como os cuidados em planeamento familiar
- Garantir a consulta de vigilância da grávida, de saúde infantil, dos Jovens e adolescentes
- Articular-se com as consultas de referência obstétrica e pediátrica dos respectivos hospitais da RRM1
- Articular-se com os agentes comunitários locais para divulgar informação e melhorar as acessibilidades
- Localizar e quantificar as necessidades locais em termos de saúde da grávida e recém-nascido.
- Localizar e identificar os nados-vivos de risco que necessitam de apoio especial, estabelecendo vias de comunicação para este efeito com os Hospitais e maternidades
- Estabelecer com os HAP, através das UCF, protocolos de referenciação para as situações de risco em saúde reprodutiva
- Efectuar acções de informação/educação para a saúde, para as populações da sua área geográfica
- Garantir os programas de Saúde Escolar
- Garantir o serviço domiciliário à puerpera, RN e Criança de risco.
-

4 - COMPETÊNCIAS DOS HOSPITAIS PRIVADOS

- Capacidade de vigilância de todas as grávidas internadas.
- Capacidade de identificar e triar doentes de alto risco.
- Possibilidade de transferir para locais de apoio perinatal.
- Capacidade de antecipar/identificar problemas do feto durante o trabalho de parto e pós o parto
- Capacidade de iniciar uma cesariana dentro de 30 minutos
- Disponibilidade de sangue e plasma
- Disponibilidade de anestesia, radiologia, Ecografia e laboratório 24/24 h
- Capacidade de assistir situações do pós-parto
- Vigilância do RN saudável e continuidade de cuidados até à alta
- Capacidade de reanimar e estabilizar todos os RN
- Capacidade de estabilizar prematuros/RN doentes até o transporte.
- Estar integrado num programa de transporte bem definidos com HAP ou HAPD
- Dispor de número de Enfermeiros suficiente (?)
- Dispor de arquivo que permita monitorizar a qualidade
- Preenchimento do Boletim de Saúde da Grávida e RN
- Vias de comunicação com os CS para evitar duplicações

5 - EXEMPLO DE FUNCIONAMENTO DA REDE PERINATAL DA REGIÃO CENTRO)

ARS - CRSMC
UCF'S
HAPD

HAP***

MDM*	C Saúde:....	Viseu	C Saúde:....
		Guarda	C Saúde:....
		C Branco	C Saúde:....
		Covilhã	C Saúde:....
		Aveiro	C Saúde:....
MBB*	C Saúde:....	Aveiro	C Saúde:....
		F Foz	C Saúde:....
		Leiria	C Saúde:....

Hospital Pediátrico**

- * Presta assistência a todos os RN excepto cirurgia neonatal.
- * Responder às solicitações do Transporte In Útero.
- * Diagnóstico pré-natal
- * Intervenção pré-natal
- * Garantir articulação com HAP: transporte antenatal, auditorias, formação, avaliação. Garantem articulação com C Saúde tanto os HAPD como os HAP.

** Garante Transporte Neonatal, RN transferidos, Cirurgia NN, Subespecialidades: Cardiologia, Genética, Metabólicas, Nutrição, Nefrologia, Hemofiltração, Neurologia e Neurocirurgia e seguimento dos RN que sobrevivem com problemas e apoio nas equipas de diagnóstico pré-natal (Genética, Metabólicas, Cirurgia e Cardiologia)

*** Garantem equipa perinatal tipo, Reanimação, Pólos de Reanimação NN, Cuidados Intermédios, Puericultura, Consultas de referência Obstétrica e Neonatal, Programas de transferência antenatal e auditorias com HAPD, funcionamento das UCF.

AVALIAÇÃO COMUM:

- Gravidez adolescente
- Gravidez mal vigiada
- Diagnóstico Prenatal
- Registo das mortes fetais e perinatais e auditorias
- Registo das Asfixias
- Transporte In útero
- Auditoria do Transporte Neonatal
- Registo contínuo dos RNMBP

Exemplo de funcionamento para as Redes Perinatais Regionais.

Tendo em conta que 20000 partos, garantem eficiência de Redes perinatais com autonomia plena, podem organizar-se 2 no Norte e Sul para facilitar a comunicação, cooperação e complementaridade das Instituições e facilitar programas de avaliação e responsabilização.

6 - Constituição e funções das Unidades Coordenadoras Funcionais para a Saúde Materno Neonatal (UCF)

A experiência anterior da organização dos cuidados maternos e infantis torna pacífica a afirmação que sem uma boa interligação e coordenação entre os Cuidados de Saúde Primários, os HAP e os HAPD, qualquer programa de melhoria das condições de saúde materna e infantil é de difícil ou impossível execução.

Torna-se pois imperioso assegurar a articulação e a coordenação funcional entre aqueles níveis de cuidados de saúde, através das Unidades Coordenadoras e Funcionais para a saúde materno neonatal, abreviadamente UCF, que terão a constituição e funções seguintes:

1. Em cada área, o HAP e/ou HAPD e Centros de Saúde com eles relacionados, constituirão uma Unidade Coordenadora Funcional para a saúde Materno Neonatal (UCF).
2. As UCF integrarão os seguintes membros:
 - Director do Serviço de Obstetrícia ou médico do quadro do respectivo serviço por ele designado;
 - Responsável da Unidade de Neonatologia ou médico do quadro do respectivo serviço por ele designado;
 - Coordenador de Saúde Materna da respectiva ARS;
 - Coordenador de Saúde Infantil da respectiva ARS.
3. Os elementos que constituem a UCF nomearão entre si um coordenador a quem compete convocar e presidir às reuniões, definir a respectiva ordem de trabalhos, formular e divulgar as suas conclusões e estabelecer a ligação nos dois sentidos com a Comissão Nacional de Saúde Materno Neonatal.

4. As funções das UCF serão as seguintes:

- a) Fomentar as consultas de referência e a interligação regular e permanente entre os Especialistas Hospitalares e os Clínicos Gerais e avallar a sua eficiência e eficácia;
 - b) Garantir a circulação da informação clínica eficaz entre os Clínicos Gerais e os Médicos Hospitalares, nos dois sentidos;
 - c) Avallar, com base no programa proposto pela Comissão Nacional de Saúde Materno Neonatal, as realidades, as prioridades e as necessidades de cada área;
 - d) Coordenar, rentabilizar e verificar a eficiência e a correcta distribuição dos recursos existentes e assegurar a adequada integração dos Serviços;
 - e) Assegurar a divulgação, utilização e correcto preenchimento dos documentos de trabalho, nomeadamente o Boletim de Saúde da Grávida e Boletim de Saúde Infantil;
 - f) Propor à Comissão Nacional de Saúde Materno Neonatal medidas concretas no sentido da resolução de problemas identificados na respectiva área;
 - g) Recolher os dados estatísticos que a Comissão Nacional de Saúde Materno Neonatal definir como essenciais e manter a sua actualização.
 - h) Estimular a elaboração de estudos epidemiológicos que conduzam a um melhor conhecimento da realidade local.
5. Dado que cada área disporá de um único hospital competirá a este fornecer à UCF todo o apoio logístico necessário ao seu normal funcionamento: instalações, secretariado e arquivos. (consultar legislação em vigor)

6. Sempre que tal se julgar útil e mais racional as UCF's Neonatais deverão reunir com as UCF's Pediátricas ou fundir-se numa só Unidade Coordenadora e Funcional Materno Neonatal e Pediátrica.

COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE MATERNA E NEONATAL

Capítulo V – COORDENAÇÃO DAS RRMI

Coordenação
Funções das Comissões Nacionais e Regionais
Articulação com DGS
Monitorização Avaliação e Formação

COORDENAÇÃO

- Deve ficar a cargo da CNSMN em cooperação e complementaridade com o departamento de Saúde Materna, Infantil e do Adolescente da DGS e com apoio das Comissões Regionais.

- Devem definir planos e estratégias nacionais, considerando sempre a experiência, sensibilidade e capacidade de execução das estruturas regionais e apoiadas nas UCF como órgãos operacionais. Nos locais onde existem Comissões Regionais tem sido possível dar continuidade ao trabalho, independentemente das mudanças ministeriais.

- Sugere-se constituição de Comissões Regionais em todas as Regiões de Saúde com as seguintes responsabilidades

Comissão Regional da Saúde da Mulher e Criança

- Nomeadas após propostas das ARS por despacho Ministerial.
- Cumprimento Regional das decisões Nacionais (CNSMN – CNSCA e DGS)
- Deve reunir obrigatoriamente pelo menos uma vez por ano com as Comissões Nacionais e ter acesso regular às Reuniões da CNSMN através do seu coordenador.
- Devem Coordenar as UCF's Regionais e as relações interhospitalares das RRMI.
- Devem preparar as Reuniões de Contractualização (RRMI/ARS)
- Definir as responsabilidades assistenciais e formação dos intervenientes na RRMI
- Elaborar e avaliar anualmente o Plano de Acção e Estratégias para a Saúde MI da Região.
- Apoiar as UCF's nas Reuniões Locais com as Instituições.
- Garantir a circulação de informação entre as Instituições.
- Garantir a vigilância partilhada da Grávida e RN/Criança e adolescente a nível Regional
- Garantir apoio logístico e orientação científica e pedagógica às UCF.
- Função aglutinadora dos Profissionais e Instituições.

COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE MATERNA E NEONATAL

CAPÍTULO VI - MONITORIZAÇÃO, AVALIAÇÃO E FORMAÇÃO

PROJECTO DE INFORMATIZAÇÃO DAS REDES PERINATAIS NACIONAIS

Fundamento

- Tem sido difícil às UCF's recolher os indicadores necessários para avaliar a situação da sua área perinatal e fornecê-los aos organismos que regularmente lhes solicitam (DGS, ARS, CRSMC, CNSMN, CNSCA...)
- O facto de o nascimento em Portugal se fazer em >90% nas maternidades públicas tornam este local um sítio privilegiado para identificar e sinalizar as populações e RN de risco e monitorizar a qualidade de vigilância da gravidez, do parto e reanimação.
- Havendo em todas as Maternidades logística e pessoal envolvido em várias fases de registos para diversos fins, poder-se-ia rentabilizar estes recursos para desenvolver um instrumento para:
 - Registo população
 - Controle demográfico
 - Avaliação da qualidade dos serviços Obstétricos
 - Identificação das populações de risco
 - Sinalização dos RN com problemas e da população dos respectivos Centros de Saúde
 - Base de dados, a partir da carta de alta e nascimento.
- Tal instrumento entraria para uma folha na NET que além destes objectivos:
 - Base de dados
 - Avaliação dos cuidados obstétricos e perinatais
 - Consultas de Referência
 - Comunicação Hospitais-Centros de SaúdeServiria para:
 - Formação on line veiculada pela CNSMN, DGS ou SNN
 - Divulgação e colocação on line das normas de vigilância
 - Divulgação de protocolos, consensos.
 - Informação on line para marcação de reuniões e acções de formação no relacionamento entre:
CNSMN - CNSCA - CRSMI - UCF'S - Centros de Saúde - HAP

ANEXOS

Classificação por mortalidade de menores de 5 anos

A lista a seguir apresenta os países e territórios classificados em ordem decrescente de sua taxa de mortalidade de menores de 5 anos (TMM5) estimada para 2004, um indicador crítico do bem-estar da criança. Nas tabelas a seguir, os países e territórios são apresentados em ordem alfabética.

Taxa de mortalidade de menores de 5 anos (TMM5) Male		Taxa de mortalidade de menores de 5 anos (TMM5) Female		Taxa de mortalidade de menores de 5 anos (TMM5) Total	
País	Classificação	País	Classificação	País	Classificação
Arábia Saudita	237	Arábia Saudita	45	Bulgária e República	13
Angola	232	Guiné	44	Bulgária	13
Argélia	231	Índia	43	Moldávia	13
Azerbaijão	227	Malásia	42	Malásia	13
Libânia	225	Paquistão	41	Paraguai	13
Comoros	223	República Dominicana	40	Paraguai	13
Índia	219	Uruguái	39	Paraguai	13
Rep. Dem. do Congo	215	Uruguái	38	Paraguai	13
Guiné Equatorial	214	Uruguái	37	Paraguai	13
Emirados Árabes Unidos	213	Uruguái	36	Paraguai	13
Guiné	210	Uruguái	35	Paraguai	13
Moçambique	209	Uruguái	34	Paraguai	13
Costa Rica	208	Uruguái	33	Paraguai	13
Costa Rica	207	Uruguái	32	Paraguai	13
Costa Rica	206	Uruguái	31	Paraguai	13
Costa Rica	205	Uruguái	30	Paraguai	13
Costa Rica	204	Uruguái	29	Paraguai	13
Costa Rica	203	Uruguái	28	Paraguai	13
Costa Rica	202	Uruguái	27	Paraguai	13
Costa Rica	201	Uruguái	26	Paraguai	13
Costa Rica	200	Uruguái	25	Paraguai	13
Costa Rica	199	Uruguái	24	Paraguai	13
Costa Rica	198	Uruguái	23	Paraguai	13
Costa Rica	197	Uruguái	22	Paraguai	13
Costa Rica	196	Uruguái	21	Paraguai	13
Costa Rica	195	Uruguái	20	Paraguai	13
Costa Rica	194	Uruguái	19	Paraguai	13
Costa Rica	193	Uruguái	18	Paraguai	13
Costa Rica	192	Uruguái	17	Paraguai	13
Costa Rica	191	Uruguái	16	Paraguai	13
Costa Rica	190	Uruguái	15	Paraguai	13
Costa Rica	189	Uruguái	14	Paraguai	13
Costa Rica	188	Uruguái	13	Paraguai	13
Costa Rica	187	Uruguái	12	Paraguai	13
Costa Rica	186	Uruguái	11	Paraguai	13
Costa Rica	185	Uruguái	10	Paraguai	13
Costa Rica	184	Uruguái	9	Paraguai	13
Costa Rica	183	Uruguái	8	Paraguai	13
Costa Rica	182	Uruguái	7	Paraguai	13
Costa Rica	181	Uruguái	6	Paraguai	13
Costa Rica	180	Uruguái	5	Paraguai	13
Costa Rica	179	Uruguái	4	Paraguai	13
Costa Rica	178	Uruguái	3	Paraguai	13
Costa Rica	177	Uruguái	2	Paraguai	13
Costa Rica	176	Uruguái	1	Paraguai	13

RELATÓRIO UNICEF 2006: Portugal atingiu o Grupo dos melhores, a nível mundial nos indicadores materno infantil.

Table 4: Mortality

COUNTRY/REGION	Crude death rate (per 1000 population)			Infant mortality rate (per 1000 live births)			Life expectancy at birth (years)			
	1980	2004	2005	1980	2004	2005	1980	2004	2005	2006
	European Union	10.8	8.2*	8.0*	14.8	4.8*	4.4*	68.8	74.4*	74.8
Bulgaria	18.5	9.8*	8.7*	18.8	4.8*	4.1*	70.4	78.8*	77.4	81.4*
Belgium	11.0	10.2	10.3*	12.1	4.4	4.3*	70.0	75.0	75.0	81.7*
Czech Republic	13.1	10.5	10.5	10.9	4.1	3.9*	69.8	72.0	73.0	79.8*
Denmark	10.9	10.0	10.7*	9.4	4.4	4.4	71.2	73.0	73.0	79.0
Germany	12.2	10.2	10.4*	10.4	4.2	4.2*	69.6	76.0*	76.1	81.8*
Estonia	12.3	12.5	13.5*	17.1	5.7	6.0*	64.1	68.2	74.3	77.0*
Greece	9.1	9.4	9.5*	17.9	5.1	4.8*	72.2	76.4*	76.5	83.1*
Spain	7.7	8.9*	9.2*	18.3	3.6*	3.2*	72.5	77.2*	78.6	83.7*
France	10.2	8.0*	8.2*	10.0	4.1*	3.9*	70.2	73.8*	74.4	82.9*
Ireland	9.8	7.5	7.2*	11.1	5.1	5.1	70.1	73.2*	73.6	80.3*
Italy	9.9	9.8	10.0*	14.9	4.8*	4.3*	70.9	73.9*	74.4	82.0*
Cyprus*	6.3	7.3	7.6*	12.0	4.7	4.5*	72.3	75.1*	77.0	81.0*
Lithuania	12.2	13.9	13.9	18.5	9.8	9.4*	63.6	68.5*	74.2	78.9*
Luxembourg	10.8	11.8	11.9*	14.5	7.8	6.7*	68.5	69.9*	78.4	77.7*
Hungary	11.8	8.4	9.0	11.5	5.1	4.9	69.1	74.9*	75.9	81.6*
Latvia	13.0	13.1	13.4*	23.2	7.2	7.3	65.0	68.1*	72.7	76.1*
Malta	9.9	7.8	7.9	15.2	6.9	6.9	69.6	75.9*	77.0	81.0*
Netherlands	8.1	8.8	8.7*	8.6	3.0	2.8*	72.7	76.1*	76.3	80.8*
Poland	12.2	9.4	9.5*	14.8	4.1	4.5	69.0	73.9*	74.1	81.9*
Portugal	9.9	9.4	9.6	23.4	7.0	7.0	69.9	73.9*	74.4	81.9*
Other Council of Europe Member States	9.7	10.2	10.4	24.3	6.0	4.0	67.7	74.0*	74.0*	81.1*
Austria	9.9	9.4	9.7*	15.5	3.6	3.6*	67.4	72.3*	72.3*	80.1*
Finland	9.3	9.5	9.4	7.9	3.0	3.1	69.2	73.1*	73.6	81.9*
Sweden	11.0	10.8	10.4	8.9	3.5	3.5	72.8	76.9*	77.6	82.4*
United Kingdom	11.7	10.2*	10.3*	12.1	5.2	5.3*	70.2	76.2*	76.2	80.7*
Other Council of Europe Member States	6.4	4.9*	5.1*	8.9	12.7*	13.7*	67.7	71.3*	72.2	76.4*
Algeria	4.2	3.3	3.2	1.3	4.2	4.2	63.9	70.1*	70.7	76.1*
Armenia	6.6	6.0	6.1	20.2	14.0	11.9	63.9	70.1*	70.7	76.1*
Azerbaijan	7.0	6.7*	6.7*	23.3	12.6	12.6	64.5	69.4*	72.2	76.7*
Bosnia and Herzegovina	6.4	7.0	6.1*	31.9	9.4	7.2*	67.9	71.3	72.9	76.7*
Bulgaria	11.1	14.3	14.3	20.2	13.3	12.3	69.7	69.6*	74.0	76.4*
Croatia	10.9	11.4*	11.4*	20.5	7.0	7.0	69.6	71.2	74.2	78.0*
Cyprus*	6.8	8.7*	8.7*	29.4	11.6*	11.6*	67.0	69.5*	74.8*	76.6*
Georgia	6.8	8.7*	8.7*	29.4	11.6*	11.6*	67.0	69.5*	74.8*	76.6*
Latvia	6.9	6.4	6.4*	7.6	2.5	2.4*	73.4	76.7*	76.7*	82.0*
Liechtenstein	6.7	6.5	6.5*	7.7	2.2	2.2*	73.4	76.7*	76.7*	82.0*
Lithuania	10.1	11.6	11.6	25.5	14.8	14.8	64.6	68.1*	71.8	76.3*
Maldives	10.1	9.8	9.3	8.1	3.5	3.4	72.3	77.0	77.0	81.9*
Norway	11.0	12.4	12.4	22.3	17.3	16.7	69.9	67.0*	71.8	74.9*
Romania	10.4	12.4	12.4	22.3	17.3	16.7	69.9	67.0*	71.8	74.9*
Russian Federation	7.8	7.1	7.1	22.9	6.6	6.7	73.2	73.0	73.1	84.6
San Marino	11.0	10.1	10.1	22.9	6.6	6.7	73.2	73.0	73.1	84.6
Slovenia and Montenegro	9.1	10.4	10.7*	33.9	12.2*	12.2*	69.9	71.0	71.0	81.6
Switzerland	9.4	8.5*	8.5*	9.1	4.5	4.5*	72.9	77.0	77.0	84.6
"The former Yug. Rep. of Macedonia"	9.9	9.9	9.9	64.2	10.2	10.2	65.1	70.6*	71.0	76.3*
Turkey	9.6	7.1*	7.0*	33.4	10.4*	10.4*	69.2	63.4*	64.6	71.0*
Ukraine	11.4	16.7	16.1	18.6	10.3	9.6	64.8*	62.7*	74.0*	74.1*
Council of Europe non-Member States	9.9	14.8	14.8	10.2	7.8	7.7	65.9	62.7	76.6	74.7
Bahrain	9.9	14.8	14.8	10.2	7.8	7.7	65.9	62.7	76.6	74.7
Other countries/regions	9.8	9.8	9.8	12.6	6.9	6.9	70.0	74.4	77.4	80.0
United States of America	6.2	6.4	6.5	7.6	3.3	3.3	73.9	77.6	78.9	84.3
Japan	7.5	7.5	7.5	8.1	6.6	6.6	76.9	76.9	76.9	83.1
Other more developed countries	13.6	8.8	8.8	116.4	61.3	60.0	62.0	62.9	62.1	64.4
India	9.9	9.9	9.9	27.6	26.4	26.4	66.7	70.1	69.9	73.3
China	9.4	9.4	9.4	63.4	62.4	62.4	62.2	62.2	62.2	61.6
Other less developed countries	9.4	9.4	9.4	63.4	62.4	62.4	62.2	62.2	62.2	61.6

*) provisional data; * national estimate (including in special territories projections); o Eurostat estimate 2002-2001; 2000; 1999; 1990-91; 1979-80; 1977-80; * does not include Kosovo; * government controlled area only. Sources: Eurostat, Council of Europe, UN Bureau of the Census - International Program Center.

Relatório Eurostat: Portugal foi dos países que mais evoluiu nos últimos 15 anos na diminuição da mortalidade infantil.

E.1.7 Perinatal mortality rate (*)

Year	EU-15	EU	OECD	OECD-15	EU-15	EU	OECD	OECD-15	EU-15	EU	OECD	OECD-15
1990	18.8	19.9	20.2	19.9	20.4	20.8	21.1	20.7	21.1	21.5	21.8	21.5
1991	18.3	19.4	19.8	19.5	20.0	20.4	20.7	20.3	20.7	21.1	21.4	21.1
1992	18.7	19.2	19.5	19.2	19.7	20.1	20.4	19.9	20.3	20.7	21.0	20.7
1993	19.1	20.0	20.5	19.6	20.1	20.6	20.9	20.4	20.8	21.2	21.5	21.2
1994	19.5	20.4	20.9	20.0	20.5	21.0	21.3	20.8	21.2	21.6	21.9	21.6
1995	19.9	20.8	21.3	20.4	20.9	21.4	21.7	21.2	21.6	22.0	22.3	22.0
1996	20.3	21.2	21.7	20.8	21.3	21.8	22.1	21.6	22.0	22.4	22.7	22.4
1997	20.7	21.6	22.1	21.2	21.7	22.2	22.5	22.0	22.4	22.8	23.1	22.8
1998	21.1	22.0	22.5	21.6	22.1	22.6	22.9	22.4	22.8	23.2	23.5	23.2
1999	21.5	22.4	22.9	22.0	22.5	23.0	23.3	22.8	23.2	23.6	23.9	23.6
2000	21.9	22.8	23.3	22.4	22.9	23.4	23.7	23.2	23.6	24.0	24.3	24.0
2001	22.3	23.2	23.7	22.8	23.3	23.8	24.1	23.6	24.0	24.4	24.7	24.4
2002	22.7	23.6	24.1	23.2	23.7	24.2	24.5	24.0	24.4	24.8	25.1	24.8
2003	23.1	24.0	24.5	23.6	24.1	24.6	24.9	24.4	24.8	25.2	25.5	25.2
2004	23.5	24.4	24.9	24.0	24.5	25.0	25.3	24.8	25.2	25.6	25.9	25.6
2005	23.9	24.8	25.3	24.4	24.9	25.4	25.7	25.2	25.6	26.0	26.3	26.0
2006	24.3	25.2	25.7	24.8	25.3	25.8	26.1	25.6	26.0	26.4	26.7	26.4
2007	24.7	25.6	26.1	25.2	25.7	26.2	26.5	26.0	26.4	26.8	27.1	26.8
2008	25.1	26.0	26.5	25.6	26.1	26.6	26.9	26.4	26.8	27.2	27.5	27.2
2009	25.5	26.4	26.9	26.0	26.5	27.0	27.3	26.8	27.2	27.6	27.9	27.6
2010	25.9	26.8	27.3	26.4	26.9	27.4	27.7	27.2	27.6	28.0	28.3	28.0
2011	26.3	27.2	27.7	26.8	27.3	27.8	28.1	27.6	28.0	28.4	28.7	28.4
2012	26.7	27.6	28.1	27.2	27.7	28.2	28.5	28.0	28.4	28.8	29.1	28.8
2013	27.1	28.0	28.5	27.6	28.1	28.6	28.9	28.4	28.8	29.2	29.5	29.2
2014	27.5	28.4	28.9	28.0	28.5	29.0	29.3	28.8	29.2	29.6	29.9	29.6
2015	27.9	28.8	29.3	28.4	28.9	29.4	29.7	29.2	29.6	30.0	30.3	30.0
2016	28.3	29.2	29.7	28.8	29.3	29.8	30.1	29.6	30.0	30.4	30.7	30.4
2017	28.7	29.6	30.1	29.2	29.7	30.2	30.5	30.0	30.4	30.8	31.1	30.8
2018	29.1	30.0	30.5	29.6	30.1	30.6	30.9	30.4	30.8	31.2	31.5	31.2
2019	29.5	30.4	30.9	30.0	30.5	31.0	31.3	30.8	31.2	31.6	31.9	31.6
2020	29.9	30.8	31.3	30.4	30.9	31.4	31.7	31.2	31.6	32.0	32.3	32.0

Year	EU-15	EU	OECD	OECD-15	EU-15	EU	OECD	OECD-15	EU-15	EU	OECD	OECD-15
1990	20.5	21.5	22.0	21.5	22.0	22.5	22.8	22.3	22.8	23.3	23.6	23.3
1991	20.0	21.0	21.5	21.0	21.5	22.0	22.3	21.8	22.3	22.8	23.1	22.8
1992	20.5	21.5	22.0	21.5	22.0	22.5	22.8	22.3	22.8	23.3	23.6	23.3
1993	21.0	22.0	22.5	22.0	22.5	23.0	23.3	22.8	23.3	23.8	24.1	23.8
1994	21.5	22.5	23.0	22.5	23.0	23.5	23.8	23.3	23.8	24.3	24.6	24.3
1995	22.0	23.0	23.5	23.0	23.5	24.0	24.3	23.8	24.3	24.8	25.1	24.8
1996	22.5	23.5	24.0	23.5	24.0	24.5	24.8	24.3	24.8	25.3	25.6	25.3
1997	23.0	24.0	24.5	24.0	24.5	25.0	25.3	24.8	25.3	25.8	26.1	25.8
1998	23.5	24.5	25.0	24.5	25.0	25.5	25.8	25.3	25.8	26.3	26.6	26.3
1999	24.0	25.0	25.5	25.0	25.5	26.0	26.3	25.8	26.3	26.8	27.1	26.8
2000	24.5	25.5	26.0	25.5	26.0	26.5	26.8	26.3	26.8	27.3	27.6	27.3
2001	25.0	26.0	26.5	26.0	26.5	27.0	27.3	26.8	27.3	27.8	28.1	27.8
2002	25.5	26.5	27.0	26.5	27.0	27.5	27.8	27.3	27.8	28.3	28.6	28.3
2003	26.0	27.0	27.5	27.0	27.5	28.0	28.3	27.8	28.3	28.8	29.1	28.8
2004	26.5	27.5	28.0	27.5	28.0	28.5	28.8	28.3	28.8	29.3	29.6	29.3
2005	27.0	28.0	28.5	28.0	28.5	29.0	29.3	28.8	29.3	29.8	30.1	29.8
2006	27.5	28.5	29.0	28.5	29.0	29.5	29.8	29.3	29.8	30.3	30.6	30.3
2007	28.0	29.0	29.5	29.0	29.5	30.0	30.3	29.8	30.3	30.8	31.1	30.8
2008	28.5	29.5	30.0	29.5	30.0	30.5	30.8	30.3	30.8	31.3	31.6	31.3
2009	29.0	30.0	30.5	30.0	30.5	31.0	31.3	30.8	31.3	31.8	32.1	31.8
2010	29.5	30.5	31.0	30.5	31.0	31.5	31.8	31.3	31.8	32.3	32.6	32.3
2011	30.0	31.0	31.5	31.0	31.5	32.0	32.3	31.8	32.3	32.8	33.1	32.8
2012	30.5	31.5	32.0	31.5	32.0	32.5	32.8	32.3	32.8	33.3	33.6	33.3
2013	31.0	32.0	32.5	32.0	32.5	33.0	33.3	32.8	33.3	33.8	34.1	33.8
2014	31.5	32.5	33.0	32.5	33.0	33.5	33.8	33.3	33.8	34.3	34.6	34.3
2015	32.0	33.0	33.5	33.0	33.5	34.0	34.3	33.8	34.3	34.8	35.1	34.8
2016	32.5	33.5	34.0	33.5	34.0	34.5	34.8	34.3	34.8	35.3	35.6	35.3
2017	33.0	34.0	34.5	34.0	34.5	35.0	35.3	34.8	35.3	35.8	36.1	35.8
2018	33.5	34.5	35.0	34.5	35.0	35.5	35.8	35.3	35.8	36.3	36.6	36.3
2019	34.0	35.0	35.5	35.0	35.5	36.0	36.3	35.8	36.3	36.8	37.1	36.8
2020	34.5	35.5	36.0	35.5	36.0	36.5	36.8	36.3	36.8	37.3	37.6	37.3

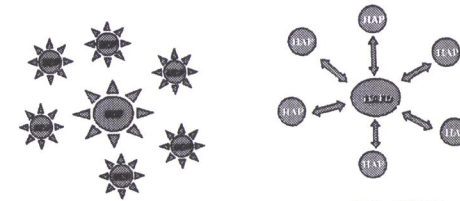
Relatório Eurostat: Portugal foi dos países que mais evolui nos últimos 15 anos, na diminuição da mortalidade perinatal

E.1.8 Neonatal mortality rate (*)

Year	EU-15	EU	OECD	OECD-15	EU-15	EU	OECD	OECD-15	EU-15	EU	OECD	OECD-15
1990	20.5	21.5	22.0	21.5	22.0	22.5	22.8	22.3	22.8	23.3	23.6	23.3
1991	20.0	21.0	21.5	21.0	21.5	22.0	22.3	21.8	22.3	22.8	23.1	22.8
1992	20.5	21.5	22.0	21.5	22.0	22.5	22.8	22.3	22.8	23.3	23.6	23.3
1993	21.0	22.0	22.5	22.0	22.5	23.0	23.3	22.8	23.3	23.8	24.1	23.8
1994	21.5	22.5	23.0	22.5	23.0	23.5	23.8	23.3	23.8	24.3	24.6	24.3
1995	22.0	23.0	23.5	23.0	23.5	24.0	24.3	23.8	24.3	24.8	25.1	24.8
1996	22.5	23.5	24.0	23.5	24.0	24.5	24.8	24.3	24.8	25.3	25.6	25.3
1997	23.0	24.0	24.5	24.0	24.5	25.0	25.3	24.8	25.3	25.8	26.1	25.8
1998	23.5	24.5	25.0	24.5	25.0	25.5	25.8	25.3	25.8	26.3	26.6	26.3
1999	24.0	25.0	25.5	25.0	25.5	26.0	26.3	25.8	26.3	26.8	27.1	26.8
2000	24.5	25.5	26.0	25.5	26.0	26.5	26.8	26.3	26.8	27.3	27.6	27.3
2001	25.0	26.0	26.5	26.0	26.5	27.0	27.3	26.8	27.3	27.8	28.1	27.8
2002	25.5	26.5	27.0	26.5	27.0	27.5	27.8	27.3	27.8	28.3	28.6	28.3
2003	26.0	27.0	27.5	27.0	27.5	28.0	28.3	27.8	28.3	28.8	29.1	28.8
2004	26.5	27.5	28.0	27.5	28.0	28.5	28.8	28.3	28.8	29.3	29.6	29.3
2005	27.0	28.0	28.5	28.0	28.5	29.0	29.3	28.8	29.3	29.8	30.1	29.8
2006	27.5	28.5	29.0	28.5	29.0	29.5	29.8	29.3	29.8	30.3	30.6	30.3
2007	28.0	29.0	29.5	29.0	29.5	30.0	30.3	29.8	30.3	30.8	31.1	30.8
2008	28.5	29.5	30.0	29.5	30.0	30.5	30.8	30.3	30.8	31.3	31.6	31.3
2009	29.0	30.0	30.5	30.0	30.5	31.0	31.3	30.8	31.3	31.8	32.1	31.8
2010	29.5	30.5	31.0	30.5	31.0	31.5	31.8	31.3	31.8	32.3	32.6	32.3
2011	30.0	31.0	31.5	31.0	31.5	32.0	32.3	31.8	32.3	32.8	33.1	32.8
2012	30.5	31.5	32.0	31.5	32.0	32.5	32.8	32.3	32.8	33.3	33.6	33.3
2013	31.0	32.0	32.5	32.0	32.5	33.0	33.3	32.8	33.3	33.8	34.1	33.8
2014	31.5	32.5	33.0	32.5	33.0	33.5	33.8	33.3	33.8	34.3	34.6	34.3
2015	32.0	33.0	33.5	33.0	33.5	34.0	34.3	33.8	34.3	34.8	35.1	34.8
2016	32.5	33.5	34.0	33.5	34.0	34.5	34.8	34.3	34.8	35.3	35.6	35.3
2017	33.0	34.0	34.5	34.0	34.5	35.0	35.3	34.8	35.3	35.8	36.1	35.8
2018	33.5	34.5	35.0	34.5	35.0	35.5	35.8	35.3	35.8	36.3	36.6	36.3
2019	34.0	35.0	35.5	35.0	35.5	36.0	36.3	35.8	36.3	36.8	37.1	36.8
2020	34.5	35.5	36.0	35.5	36.0	36.5	36.8	36.3	36.8	37.3	37.6	37.3

Relatório Eurostat: Portugal foi dos países que mais evolui nos últimos 15 anos, na diminuição da mortalidade neonatal

REDE DE REFERENCIAÇÃO MI

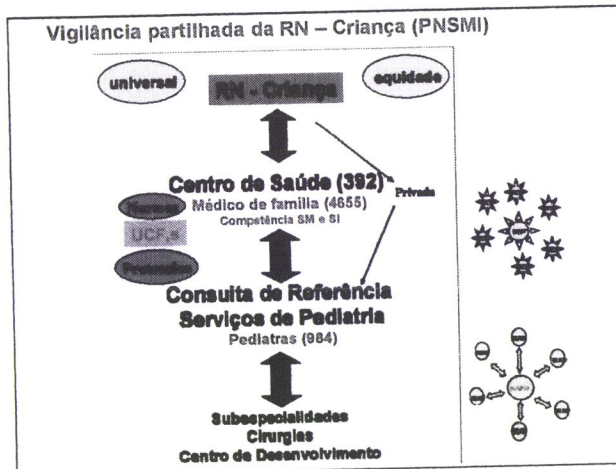
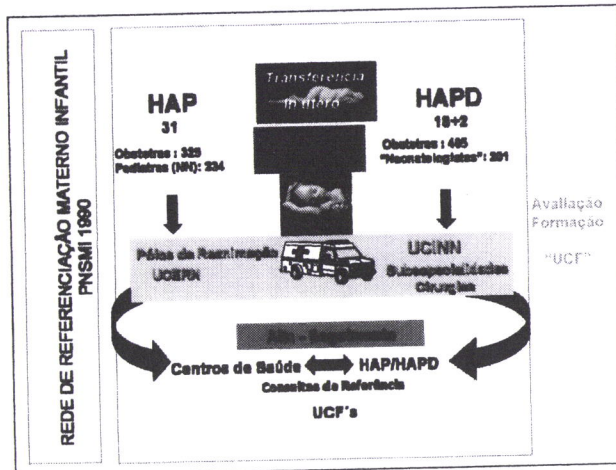


HOSPITAIS - CENTROS DE SAÚDE
Unidades Coordenadoras Funcionais
UCF's

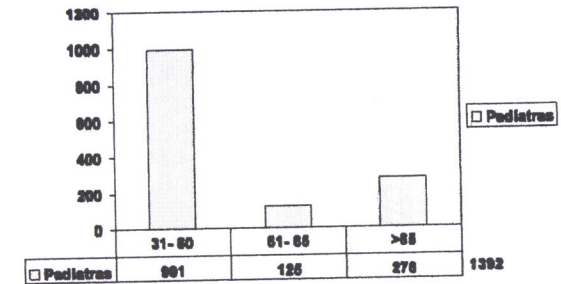
"HAPD" - "HAP"
INTERHOSPITALAR

Dentro das RRMIs é fundamental a ARTICULAÇÃO entre os HAP e HAPD para:

- Concentração das Grávidas e RN de risco
- Transferências antenatais
- Transporte RN de Alto Risco



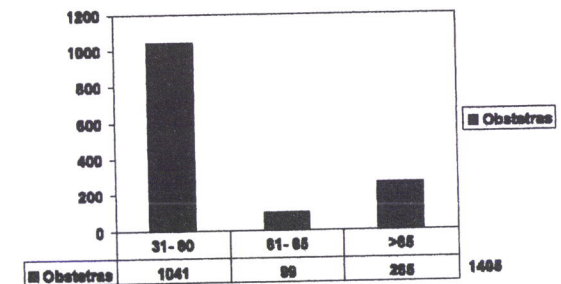
Idade dos Pediatras 2004



Fonte: OM

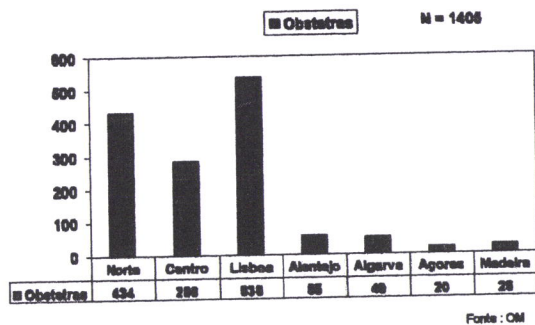
O número de Pediatras existente só permite alimentar as tarefas na RRMi.
É fundamental a partilha assistencial com os Médicos de Família.
O número de Pediatras e Obstetras que pode pedir dispensa dos S urgência é elevado.
É necessário formar Obstetras, Pediatras Gerais e Subespecialistas (Neonato logistas)

Idade dos Obstetras 2004

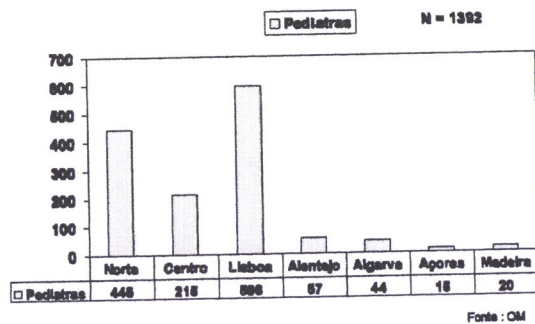


Fonte: OM

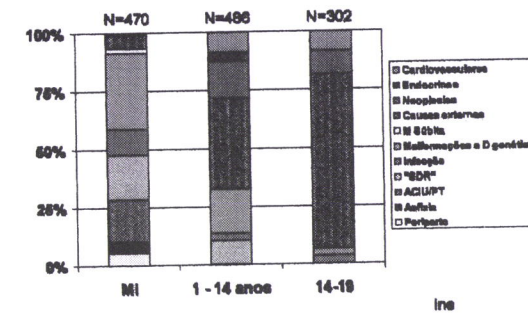
Obstetras por Região 2004



Pediatras por Região 2004



Mortalidade < 19 anos



As causas relacionadas com o parto e período periparto estão francamente reduzidas. A patologia relacionada com a prematuridade, limites da viabilidade e diagnóstico precoce das malformações são os desafios para o futuro imediato.

As malformações continuam a ser causa de mortalidade e morbilidade até aos 14 anos. Há que agilizar os Centros de Diagnóstico Pré-natal e diagnosticar em tempo útil as malformações incompatíveis.

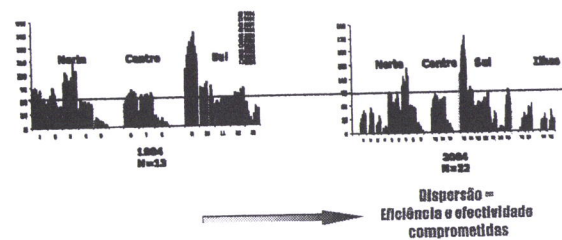
As causas externas, traumatismos e os comportamentos de risco com elas relacionados são o desafio de toda a sociedade para os próximos anos.

2004

Distribuição Geográfica	Mortalidade							
	Óbitos com menos de 1 ano	Infantil	Óbitos neo-natais	Neonatal	Óbitos perinatais	Perinatal (a)	Fetos-mortos com 28 e + semanas	Fetal tardia (a)
	Nº	(‰)	Nº	(‰)	Nº	(‰)	Nº	(‰)
Portugal	417	3,8	280	2,6	482	4,4	294	2,7
Continente	387	3,7	266	2,5	439	4,2	267	2,6
Norte	162	4,0	98	2,6	164	4,3	97	2,6
Centro	69	3,2	43	2,0	83	3,8	52	2,4
Lisboa	122	3,9	82	2,6	134	4,2	82	2,6
Alentejo	24	3,4	19	2,7	39	5,5	24	3,4
Algarve	20	4,2	14	2,9	19	4,0	12	2,5
Regiões autónomas								
Açores	18	6,0	16	5,3	26	6,3	12	4,0
Madeira	11	3,7	7	2,4	12	4,0	10	3,4

(a) Com base na idade gestacional

REGISTO NACIONAL DO MBP 1994-2005 - SNN/SPP
Admissões nos HAPD 1994-2004



Partindo do princípio que são necessários 50 RN ventilados ou 50 RN de Muito Baixo Peso para garantir eficiência às Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais podemos concluir que de 1994 para 2004 verificou-se dispersão e perda de eficiência.

2004

Distribuição Geográfica	Mortalidade							
	Óbitos com menos de 1 ano	Infantil	Óbitos neo-natais	Neonatal	Óbitos perinatais	Perinatal (a)	Fetos-mortos com 28 e + semanas	Fetal tardia (a)
	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)
Portugal	417	3,8	280	2,6	482	4,4	294	2,7
Centinente	387	3,7	256	2,5	438	4,2	267	2,6
Norte	152	4,0	98	2,6	164	4,3	97	2,6
Centro	69	3,2	43	2,0	83	3,8	52	2,4
Lisboa	122	3,9	82	2,6	134	4,2	82	2,6
Alentejo	24	3,4	19	2,7	39	5,5	24	3,4
Algarve	20	4,2	14	2,9	19	4,0	12	2,5
Regiões autónomas								
Açores	18	6,0	16	5,3	26	8,3	12	4,0
Madeira	11	3,7	7	2,4	12	4,0	10	3,4

(a) Com base na idade gestacional

MORTALIDADE DOS RNMBP 2004

REGISTO NACIONAL DO MBP 1994-2004 - SNNMBPP

	MORTALIDADE	PN	IG	CRIB	NTISS	%
Portugal	15,4	1091	28,8	3,73	16,95	1016
Norte	16,1	1093	28,87	3,87	16,15	352
Centro	12,3	1129	29,6	2,24	13,22	122
LVT	16,2	1078	28,75	3,71	17,48	420
Alentejo	33	1142	28,8	4,06	13,42	33
Algarve	10,2	1039	28,1	4,81	20,6	49
Madeira	23,8	1140	29,15	5	20,75	21
Açores	26,3	1095	28,42	4,58	18,05	19

O modelo organizativo da Região Centro (17000 Recém-Nascidos) tem sido eficaz e eficiente e poderá ser exportado. É a Região com mais nascimentos em HAP, com menos Pediatras por / nados vivos com menos camas de Cuidados Intensivos Neonatais e com bons resultados. Este modelo poderia ser copiado para 2 Redes Perinatais no Norte e Sul para permitir concretizar a comunicação, colaboração, cooperação e complementaridade.

Continuidade dos Cuidados à Família e Criança após a Alta Hospitalar

ANEXO III

Guião da Entrevista

Continuidade dos Cuidados à Família e Criança após a Alta Hospitalar

Guião da Entrevista

Tema	Objectivo	Questões
Legitimação da Entrevista	- Apresentar o investigador - Explicar os objectivos do estudo e a forma de participação do entrevistado	
Caracterização	Obter dados que permitam caracterizar os pais de bebés prematuros	<ol style="list-style-type: none">1. Idade2. Habilitações literárias3. Profissão4. Nº de filhos5. Área de residência
Representação do bebé prematuro	Obter dados que permitam caracterizar a representação que os pais criaram sobre o filho prematuro	<ol style="list-style-type: none">1. O que pensou quando lhe disseram que o seu filho era prematuro?2. O que sentiu ao ver o seu filho?3. O aspecto físico da unidade, (aparelhos, incubadoras, barulhos), contribuíram para aumentar as dúvidas, receios ou preocupações?
Apoio da equipa de saúde durante o internamento	Obter dados para caracterizar o apoio pela equipa de saúde	<ol style="list-style-type: none">1. Durante o internamento do bebé sentiu-se apoiada pela equipa de saúde?2. A quem recorria quando tinha dúvidas ou dificuldades?3. Consegue relatar-me uma experiência que tenha tido e que tenha necessitado de apoio da equipa de saúde?
Preparação da alta	Obter dados para conhecer o modo como é realizada a preparação para a alta	<ol style="list-style-type: none">1. Como foi feita a preparação da alta?2. Que informações lhe foram fornecidas?3. Quem lhe forneceu as informações?
Após a alta/ no domicílio	Obter dados para caracterizar a facilidade/ dificuldade sentidas pelos pais no cuidado ao bebé no domicílio	<ol style="list-style-type: none">1. Após a alta do bebé teve dúvidas ou dificuldades? Como por exemplo?2. Sempre que surgiram dúvidas tinha a quem recorrer? A quem?<ol style="list-style-type: none">2.1. Alguma vez telefonou para o serviço?

Continuidade dos Cuidados à Família e Criança após a Alta Hospitalar

		<p>2.2. Recorreu ao centro de saúde, em caso negativo porque não o fez?</p> <p>3. Considera que a preparação da alta foi adequada? Explique porque?</p> <p>3.1. Em caso negativo o que propões para resolver esse défice?</p> <p>4. Qual a sua percepção sobre a importância desta consulta?</p> <p>5. Como é que considera que os serviços de saúde deveriam fazer o acompanhamento do bebé e dos pais após a alta? (Deveriam existir visitas domiciliárias, linhas telefónicas de apoio, grupos de apoio aos pais com profissionais especializados?)</p>
--	--	--

Continuidade dos Cuidados à Família e Criança após a Alta Hospitalar

ANEXO IV

Norma de Procedimentos de Enfermagem – Alta do RN

HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO - ÉVORA
(Unidade de Neonatologia)

Norma n.º:	Norma de Procedimento de Enfermagem Alta do RN
Elaborada por: <ul style="list-style-type: none">• Cláudia Silva• M.ª José Miguéns• Prazeres Caeiro	
Data: 14 Novembro 2006	

Introdução:

Embora saibamos que durante todo o internamento, que normalmente é prolongado, temos a possibilidade de ir fazendo ensino e desfazendo dúvidas aos pais, no momento da alta é necessário realçar os aspectos mais importantes e menos afluídos.

Objectivos:

- Uniformizar os procedimentos no momento da alta do RN;
- Prevenir falhas no ensino feito aos Pais.

Acções de Enfermagem	Justificação
<p>Higiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover bom ambiente em casa no que respeita a: <ul style="list-style-type: none"> - Temperatura; - Humidade; - Arejamento. • Ensinar a técnica do Banho tendo em conta: <ul style="list-style-type: none"> - O Horário; - Os Produtos a utilizarem; - A Temperatura da água. <p>Vestuário:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar para: <ul style="list-style-type: none"> - O bonito nem sempre é o mais confortável; - O tipo e quantidade de roupa. <p>Alimentação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados a ter com os biberões; - Preparação do leite; - Horário das refeições; 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar ambiente adequado ao RN. • Promover a higiene cuidada do RN. • Promoção do conforto e bem-estar do RN. • Evitar as infecções; • Assegurar a nutrição correcta do RN.

<p>- Cuidados a ter após as refeições;</p> <p>- Ambiente adequado à refeição.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entregar folhetos disponíveis no serviço. <p>Posicionamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar para: <ul style="list-style-type: none"> - Decúbitos que proporcionam maior segurança, tendo em conta as necessidades de cada RN; - Vigilância do RN durante o período do sono. <p>Eliminação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar para: <ul style="list-style-type: none"> - Vigilância da Eliminação; - Cuidados de higiene. <p>Medicação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entregar receitas, se as houver e fazer o respectivo ensino. <p>Vacinação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre: 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a segurança e bem-estar do RN. • Promover a segurança e bem-estar do RN. • Dar continuidade ao tratamento; • Prevenir erros terapêuticos. • Prevenção de doenças.
--	--

- A administração da 1ª dose de Engerix B e BCG na unidade;

- Restante calendário de vacinação.

- Assegurar a entrega do boletim de vacinas.

Consultas:

- Encaminhar o RN para:

- A 1ª consulta ou consulta de especialidade, se houver indicação e entregar respectiva credencial;

- Apoio social, se necessário;

- Cuidados de saúde primários da área de residência, acompanhado da respectiva carta de alta;

- Informar da importância do boletim individual de saúde no acto da consulta ou outro tipo de assistência médica.

Na hora do Adeus:

- Saber o que os pais assimilaram do ensino feito e reforçar os aspectos que considerar

- Assegurar os cuidados de saúde continuados.

- Tranquilizar os pais;