

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

FACULDADE DE MEDICINA

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MATERNO-INFANTIL

**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ATENÇÃO INTEGRADA À SAÚDE
DA MULHER E DA CRIANÇA**

LUZIANE DE ALMEIDA ANACLETO

**MANEJO DA ALTA HOSPITALAR DO
RECÉM NASCIDO PREMATURO:
SABERES DOS ENFERMEIROS**

**NITERÓI
2019**

**MANEJO DA ALTA HOSPITALAR DO RECÉM NASCIDO PREMATURO:
SABERES DOS ENFERMEIROS**

LUZIANE DE ALMEIDA ANACLETO

Defesa da dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Materno-infantil da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal Fluminense, como requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Materno-Infantil.

Linha de Pesquisa: Saúde da Mulher e da Gestante.

Orientador: Prof. Dr. Valdecyr Herdy Alves

NITERÓI

2019

A532

Anacleto, Luziane de Almeida

Manejo da alta hospitalar do recém-nascido prematuro: saberes dos enfermeiros / Luziane de Almeida Anacleto - Niterói, 2019.

54 f.

Orientador: Prof. Dr. Valdecyr Herdy Alves.

Dissertação (Mestrado em Saúde Materno-Infantil) - Universidade Federal Fluminense, Faculdade de Medicina, 2019.

DOI:<http://dx.doi.org/10.22409/PPGMMI.2019.m.07960278709>

1. Enfermagem neonatal. 2. Cuidado do lactente. 3. Alta do paciente. 4. Relações profissional-família. I. Título.

CDD 610.7362

**MANEJO DA ALTA HOSPITALAR DO RECÉM NASCIDO PREMATURO:
SABERES DOS ENFERMEIROS**

LUZIANE DE ALMEIDA ANACLETO

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Materno-Infantil da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Materno-Infantil.

Aprovada em:

Prof^aDr^a BIANCA DARGAM GOMES VIEIRA (Presidente)
Universidade Federal Fluminense (UFF)

Prof. Dr. DIEGO PEREIRA RODRIGUES (1º Examinador)
Universidade Federal do Pará (UFPA)

Prof. Dr. AUDREY VIDAL PEREIRA (2ª Examinadora)
Universidade Federal Fluminense (UFF)

AGRADECIMENTOS

Desde a infância, admirava a dedicação, sabedoria e aconselhamentos das minhas professoras. Essa admiração incentivava-me a buscar conhecimento e estudar cada vez mais e, apesar de todas as dificuldades existentes, eu procurava olhar o horizonte futuro, mesmo sem enxergar perspectivas favoráveis, pois, financeiramente era impossível prosseguir meus estudos. Com muita dificuldade, fazia todos os cursos gratuitos e logo procurei trabalhar para que o sonho de cursar uma Universidade se tornasse mais próximo porque descobri que, após o curso técnico em Enfermagem, que essa era uma profissão fascinante e abençoada: cuidar das pessoas como gostaríamos de ser cuidados nos momentos mais difíceis de nossas vidas, ao estar doente, inseguros, com medo e dor. Então, passei a me dedicar a aprender a cuidar e usar de empatia para seguir essa missão.

Agradeço ao meu Orientador, Prof. Dr. Valdecyr Herdy Alves, pela oportunidade de um passo relevante na minha vida profissional e pela paciência durante o desenvolvimento da dissertação do Mestrado.

À minha família, em especial ao meu marido, Marcelo Guariento Rosa, por compreender a necessidade de ser uma enfermeira qualificada. À minha mãe amada, cujo sonho na juventude era o de ser enfermeira neonatologista. Inexplicavelmente, a vida me levou sutilmente para essa especialização e, nesse período, ela cuidou do meu filho Luiz Miguel Anacleto Guariento, para que eu pudesse concluir essa etapa dos estudos. Aos meus irmãos, pelo incentivo em todos os momentos da minha trajetória deste a Graduação. *In memoriam*, agradeço ao meu pai, por me incentivar muito a estudar. Nunca esqueci dos seus conselhos e lamento não ter sua presença para participar desta felicidade comigo. Ele me ensinou que quando somos assolados por uma doença incurável, precisamos de todo amor e cuidado da família e dos profissionais de saúde.

Agradeço também à minha melhor amiga, Cristiane Silva, por ter me incentivado a fazer o curso Técnico em Enfermagem, onde me encontrei e decidi ser Enfermeira.

Ao Grupo de Pesquisa: Saúde da Mulher e da Criança, pertencente ao Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense, pelo acolhimento, incentivo e troca de experiências.

E finalmente, agradeço ao meu Deus e ao Senhor Jesus Cristo, por tudo que me deu e pelas oportunidades enviadas.

RESUMO

Na literatura científica, há consenso de que desde a concepção até o nascimento de um filho, inúmeras são as expectativas dos pais. Mas, sabe-se também que, no transcurso desse período, muitas situações inesperadas ocorrem, como o nascimento prematuro e/ou alterações fisiológicas, que levam à necessidade de encaminhamento do recém-nascido a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal onde ele ficará, principalmente, sob os cuidados da equipe de enfermagem durante as 24 horas do dia. Nesse contexto, o estudo teve como **questão norteadora** quais os saberes do enfermeiro necessários ao planejamento da alta hospitalar do RN prematuro hospitalizado numa unidade intermediária neonatal? Para tanto, foram estabelecidos como **objetivos**: Identificar os saberes dos enfermeiros que atuam durante a realização do processo de alta hospitalar do RN prematuro; Discutir se esses saberes são determinantes para as necessidades do RN prematuro e suas demandas de saúde após a alta hospitalar. **Metodologia**: Estudo descritivo, exploratório realizado com onze enfermeiros com atuação na unidade intermediária neonatal do Hospital Municipal Dra. Naelma Monteiro, localizado em Rio das Ostras/RJ. O estudo teve como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada, transcrita e analisada segundo a análise de conteúdo na modalidade temática. **Resultados**: Os enfermeiros mostraram conhecimento dos saberes acerca dos cuidados ao recém-nascido na alta hospitalar, destacando-se a amamentação, a higiene corporal, o coto umbilical, a criação de vínculo, o plano de alta hospitalar com o propósito de evitar as reinternações, além do acolhimento e humanização em relação aos familiares, como um processo para um cuidado eficaz frente às orientações no plano de alta do recém-nascido elaborado naquele espaço hospitalar. **Conclusão**: Evidenciou-se a necessidade de um processo informativo equânime, com a oferta de informações pela equipe multiprofissional a respeito do cuidado ao recém-nascido, de forma integrada contribuindo, assim, para o entendimento dos familiares, a fim de que possam promovê-lo no ambiente domiciliar, em uma rede de atenção à saúde de forma integral.

Palavras-chave: Enfermagem neonatal. Cuidado do lactente. Alta do paciente. Relações profissional-família.

ABSTRACT

In the scientific literature, there is a consensus that from the conception to the birth of a child, there are innumerable expectations of parents. But it is also known that during this period many unexpected situations occur, such as premature birth and / or physiological changes, which lead to the need of referral of the newborn to the neonatal intensive care unit where he will be mainly under the care of the nursing team during the 24 hours of the day. In this context, the study had as a guiding question what are the nurses' knowledge necessary for planning the discharge of premature newborn hospitalized in a neonatal intermediate unit? Therefore, the following **objectives** were established: identify the knowledge of nurses who work during the discharge process of premature newborns; Discuss whether this knowledge is determinant for the needs of premature newborns and their health demands after hospital discharge. **Methodology:** descriptive, exploratory study conducted with eleven nurses working in the neonatal intermediate unit of the Municipal Hospital Dra. Naelma Monteiro, located in Rio das Ostras / RJ. The study had as data collection technique the semistructured interview, transcribed and analyzed according to content analysis in the thematic modality. **Results:** nurses showed knowledge about the care of newborns at hospital discharge, such as breastfeeding, body hygiene, umbilical stump, bonding, hospital discharge plan with the purpose of avoiding rehospitalization, in addition to the humanization and familiarization of family members, as a process for effective care in the discharge plan of the newborn born in that hospital space. **Conclusion:** it was evidenced the need for an equitable information process, with the offer of information by the multi-professional team regarding care to the newborn, in an integrated way contributing to the understanding of the family, so that they can promote it in the home environment, in a comprehensive health care network.

Keywords: Neonatal Nursing. Infant Care. Patient Discharge. Professional-Family Relations.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AM	Aleitamento Materno
AD	Atenção Domiciliar
MS	Ministério da Saúde
RN	Recém-nascido
SUS	Sistema Único de Saúde
SEMUSA	Secretaria Municipal de Saúde
PNAD	Política Nacional de Atenção Domiciliar
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

LISTAS DE QUADROS

QUADRO I	Unidades de Registro, segundo o Núcleo Temático e Frequência, para elaboração das categorias	25
QUADRO II	Núcleo Temático, Unidade Temática e Categorias	26

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
	• Objeto de estudo	11
1.1	QUESTÃO NORTEADORA	13
1.2	OBJETIVOS	13
1.3	JUSTIFICATIVA, RELEVÂNCIA E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO	13
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1	BREVE HISTÓRICO DO CAMPO DA ENFERMAGEM NEONATAL	15
2.2	POLÍTICAS DE SAÚDE NO CAMPO NEONATAL	18
3	CAMINHO METODOLÓGICO	21
3.1	CENÁRIO DA PESQUISA	22
3.2	PARTICIPANTES DO ESTUDO E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	22
3.3	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	22
3.4	TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	23
3.5	TRATAMENTOS DOS DADOS	24
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
	REFERÊNCIAS	40
	APÊNDICES	
	A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	45
	B – Roteiro de Entrevista da Pesquisa	47
	ANEXOS	
	A – Carta de Autorização da Unidade de Saúde	49
	B – Autorização do CEP/UFF/HUPE	50

1. INTRODUÇÃO

A dinâmica global na qual estão inseridos todos os tipos de profissionais em suas diversas áreas, tem como premissa, em primeira instância, o conhecimento e o saber determinados em suas áreas de atuação e regulamentação, o que evidencia a existência de inúmeras construções simbólicas políticas, sociais, culturais e econômicas inseridas nessa dicotomia do mundo moderno ou mesmo da contemporaneidade.⁽¹⁾

Portanto, toda base de formação do processo ensino-aprendizagem, vai construir múltiplas necessidades relacionadas à estruturação vigente da desregulamentação das economias nacionais, ditada pela divisão internacional do trabalho, preconizando a adoção de programas de privatização do setor público, inclusive nas áreas da saúde e educação.⁽²⁾ Essas transformações alteram as relações de trabalho que, associadas às inovações tecnológicas, impõem novas relações no mundo do trabalho e, em consequência, novas exigências quanto ao perfil dos trabalhadores.⁽³⁾

Diante deste histórico e da emergência deste século verifica-se, cada vez mais, a necessidade de um processo autônomo para cada ciência. Assim, esta pesquisa, teve como **objeto de estudo** os saberes dos Enfermeiros no manejo da alta hospitalar do recém-nascido prematuro internado numa unidade intermediária neonatal. Pretendeu-se analisar quais são os campos de congruência e/ou de incongruência na constituição de saberes dos enfermeiros no manejo clínico da alta hospitalar do recém nascido.

Na literatura científica de Enfermagem da área hospitalar relacionada ao recém-nascido prematuro, há consenso de que desde a concepção até o nascimento de um filho, inúmeras são as expectativas dos pais. Mas, sabe-se também que no transcurso desse período, muitas situações inesperadas ocorrem, como o nascimento prematuro e/ou alterações fisiológicas, que levam à necessidade de que o recém nascido (RN) seja encaminhado ao Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), ficando principalmente sob os cuidados da equipe de enfermagem durante as 24 horas do dia.

Considera-se que o melhor e mais perfeito ambiente para o desenvolvimento do feto é o útero materno porque oferece nutrição, oxigenação e aquecimento. Porém, fatores que ocorrem antes e durante gestação, podem levar à interrupção precoce da gravidez e dar início a um parto prematuro, fazendo com que o feto antes de ter completado 37 semanas de gestação, seja transferido para uma unidade intermediária ou até a UTIN, deixando um ambiente

extrauterino viável para se adaptar a um ambiente considerado ‘hostil’, onde permanecerá nas mãos de cuidadores até conseguir desenvolver seus sistemas neuropsicomotor, corporal e comportamental.

Esse ambiente hospitalar pode tornar-se impróprio para o desenvolvimento neuropsicomotor e comportamental do prematuro por ser iluminado e com ruídos contínuos de monitores, incubadoras, bombas de infusão venosa, ventiladores, telefones e abertura/fechamento de portas, dentre outros que, por serem constantes, não favorecem o desenvolvimento cerebral, ocular e auditivo, além de prejudicar o biorritmo e o ciclo de variações do estado de sono e alerta do recém nascido.

Pelo exposto, diante do inesperado, resultante de situações de risco ocasionadas por problemas identificados no recém nascido, a Academia Americana de Pediatria e da Associação Cardíaca Americana recomendam que a equipe de saúde deve explicar aos pais o que está ocorrendo e manifestar-lhes o apoio necessário no primeiro dia de vida da criança, orientando-os com uma visão geral das potenciais complicações no caso de uma estadia prolongada da criança hospitalizada, inclusive com relação às taxas variáveis de sobrevivência nas diferentes idades gestacionais e às de incapacidades, a longo termo, que deverão esperar.

É importante que todos tenham em mente que, apesar de novas tecnologias, medicamentos mais eficazes e equipes especializadas ainda ocorrem, nos dias atuais, elevadas taxas de morbimortalidade neonatal, aumentando os custos para os sistemas de saúde e para sociedade. Para evitá-las, “todo processo de monitoramento ao neonatal em desenvolvimento deve ser o objetivo da equipe de enfermagem e da equipe multidisciplinar”,^{5:35} enfatizando-se holisticamente a estabilidade fisiológica e comportamental do recém-nascido e uma atenção mais direcionada à busca pela qualidade de vida desse novo ser, preparando um futuro promissor para ele junto aos seus familiares e à sociedade.

A problematização articulada ao projeto tem como premissa dialogar entre os espaços teóricos constituídos (as normatizações) e a construção dos saberes desenvolvidos ao longo desse processo, tendo como base a Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86 e no Decreto nº 94.406/87 que a regulamentou.¹

¹ Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências e Decreto nº 94.406 de 25 de junho de 1987, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem e dá outras providências.

Ao aprofundar a temática da construção dos saberes dos Enfermeiros no manejo da alta hospitalar do recém-nascido prematuro internado numa unidade intermediária neonatal, busca-se ressaltar como os espaços de reflexão são constituídos na concepção do neonato, um pré-termo tido como um ser frágil, dotado de peculiaridades, merecedor de um cuidado e vigilância maiores do que os dispensados aos demais recém-nascidos, foco este também de pesquisa a ser desenvolvida. Sendo assim, na área de Neonatologia, é uma ação transversal para evidenciar a necessidade de abordagens temáticas construídas entre o imaginário de um saber até a sua efetivação, que entrelaça o fazer do profissional de enfermagem.

Com esta pesquisa, busca-se uma normatização e até a ressalva e evidência neste campo da enfermagem referente ao planejamento da alta hospitalar do RN hospitalizado. Todas essas premissas terão como objetivo, proporcionar a efetivação e valorização do enfermeiro na constituição de saberes de sua ciência, considerando suas necessidades históricas e contemporâneas.

A construção e a revisão destes saberes instituídos, precisam ser revisitados, pois, não há uma normatização que garanta ou proteja o profissional de enfermagem na concretude de seu fazer histórico e construído ao longo do tempo.

1.1 QUESTÃO NORTEADORA

Nesse contexto, foi elaborada a seguinte questão norteadora: quais os saberes do enfermeiro necessários ao planejamento da alta hospitalar do RN prematuro hospitalizado numa unidade intermediária neonatal?

1.2 OBJETIVOS

- Identificar os saberes dos enfermeiros que atuam durante a realização do processo de alta hospitalar do RN prematuro.
- Discutir se esses saberes são determinantes para as necessidades do RN prematuro e suas demandas de saúde após a alta hospitalar.

1.3 JUSTIFICATIVA, RELEVÂNCIA E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

A pesquisa justifica-se diante da necessidade de serem produzidas evidências acerca da qualidade do cuidado de enfermagem para a alta hospitalar de recém-nascidos hospitalizados, considerando a constatação de lacunas existentes no que tange à revisão das rotinas institucionais e da própria Enfermagem, voltadas para os serviços de Neonatologia, já que o levantamento dos estudos disponíveis nas bases de dados, evidenciou a necessidade de ampliar o enfoque nesta temática.

Assim, acredita-se que este estudo poderá contribuir para a análise das práticas assistenciais e educativas oferecidas aos pais e familiares, no percurso do preparo da alta hospitalar do recém-nascido, além de também contribuir com a teoria e a prática dos profissionais de enfermagem, nas perspectivas de um cuidado qualificado e seguro no referido ambiente hospitalar.

A relevância do estudo articula-se com as orientações de cuidado realizadas pelo enfermeiro, consideradas necessárias ao recém nascido e frente à sua atuação como educador e detentor de saberes que devem ser repassados para os pais/ responsáveis e familiares, com o intuito de promover a diminuição das reinternações ocasionadas por falta dessas orientações no ambiente domiciliar.

Torna-se necessário que o enfermeiro tenha como objetivo maior a saúde do recém nascido, tendo em vista a garantia e a continuidade do cuidado fora do contexto hospitalar, assim favorecendo seu acompanhamento na atenção primária em saúde para avaliar seu crescimento e desenvolvimento sustentável.

O estudo contribui ao evidenciar os saberes dos enfermeiros direcionados aos pais e familiares, levando em conta o acolhimento e a empatia para a realização do cuidado no ambiente domiciliar da criança, a fim de evitar eventual reinternação.

2. FUNDAMENTAÇÃO CONCEITUAL

2.1 BREVE HISTÓRICO DO CAMPO DA ENFERMAGEM NEONATAL

Segundo afirmação o estudo aponta:

o crescente aumento e a velocidade das trocas de informações, a evolução tecnológica, as constantes demandas das instituições de saúde para maximizar recursos, diminuir custos e aumentar a qualidade da assistência, têm exigido da enfermagem o aprimoramento de suas atividades.^(5:9)

Sendo assim, a sistematização do saber constituído torna-se uma ferramenta relevante para todos os processos de qualquer ciência, em especial as da Saúde.

Na área de Enfermagem não é diferente porque requer uma metodologia científica, cada vez mais sistematizada e problematizada, visto que o foco resultante dessas ações é o paciente. Pode-se ressaltar que essa constituição não vem sendo articulada coerentemente, no que tange à categoria de profissionais que precisam ser (ou já estão) inseridos e articulados em todo o processo de concepção, integração e assistência ao recém nascido internado.

Nesse sentido, o estudo⁽⁵⁾ afirmam que o novo cenário econômico decorrente da globalização e as atuais políticas públicas de saúde têm gerado a necessidade de uma reorganização de assistências prestadas aos pacientes, levando à reflexão no sentido de que, diante da estrutura do escopo teórico da Enfermagem, é necessário que os próprios profissionais busquem, cada vez mais, o aprofundamento, a problematização e principalmente a sistematização, que é a categoria desenvolvida nesta pesquisa.

Quando se articula o campo de construção ao conhecimento, temos um marco teórico primordial dessas questões. O estudo⁽⁶⁾ afirma que a enfermagem é a arte de cuidar em saúde e, assim, requer uma série de conceitos e concepções que devem ser construídas continuamente ao longo dos tempos. Nesse sentido, o campo de construção do conhecimento das ciências da Enfermagem definiu uma série de procedimentos que levavam em conta onde as pessoas eram

concebidas, como viviam e, principalmente, como o ambiente poderia ser refletido positiva ou negativamente na saúde de cada um.

Esses modelos teóricos dos anos 60 foram elaborados para retratar conceitos, descrever, explicar, prever o fenômeno e determinar o campo de domínio da profissão. Em 1970, a literatura sobre as teorias teve grande impulso, ensejando maior reflexão sobre o assunto. Nos anos de 1980 e 1990, aumentaram ainda mais as pesquisas que expandiram o conhecimento em Enfermagem e, com isso, muitas teorias passaram a subsidiar a assistência em instituições de saúde.⁽⁷⁾

Na segunda metade dos anos de 1960, Wanda de Aguiar Horta tornou-se a primeira enfermeira brasileira a abordar teorias relacionadas ao campo profissional, tendo como embasamento a Teoria da Motivação de Abraham Maslow e a teoria de João Mohana. Seus esforços resultaram na elaboração da Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB), o que a levou a propor às enfermeiras brasileiras uma assistência sistematizada, fazendo surgir no Brasil uma nova visão de Enfermagem.⁽⁸⁾

Em vista dessa melhor qualidade assistencial e a todo processo que envolveu o campo da Enfermagem, foi possível descrever, explicar e prever a prática profissional, o que culminou na sua regulamentação no campo da sistematização, a partir da Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009, que dispôs sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, onde ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

Em 1970, a literatura a respeito dessas teorias teve grande impulso, ensejando maior reflexão sobre o assunto e favorecendo, nas décadas de 80 e 90, o aumento das pesquisas que buscavam expandir o conhecimento profissional, visto que muitas delas passaram a subsidiar a assistência de enfermagem praticada nas instituições de saúde.

Ao analisar os caminhos da história da Neonatologia, no exterior e no Brasil, ficou evidente que, no Século XIX, as crianças não tinham relevância para as Instituições de saúde. Naquela época, eram elevadas as taxas de mortalidade infantil, especialmente entre os recém nascidos prematuros ou com anomalias genéticas, sob a justificativa da “natureza selecionar” as crianças mais frágeis e sem expectativas de vida, um pensamento comum na ocasião. Assim, as crianças recém nascidas não recebiam o atendimento necessário, o que fazia com que adoecessem e chegassem à óbito.⁽⁹⁾

A gerência de processos de saúde evidenciou a baixa natalidade, o risco de ataques por outros povos em busca de territórios e riquezas, além da redução da população o que iria acarretar grande impacto financeiro na Europa. À época, foi organizado um movimento pela saúde de todas as crianças considerando que, entre os anos de 1870 e 1920, a medicina neonatal e os cuidados preventivos já tinham sido iniciados nas maternidades de Paris.⁽¹⁰⁾

Dentre esses cuidados preventivo,⁽¹¹⁾ estava a necessidade de melhorar o aquecimento dos prematuros, comparando-o à temperatura existente no interior do corpo materno. Diante desse dilema, o professor e obstetra parisiense Stephanie Ettiéne Tarnier, tendo como colaborador um funcionário do Zoológico de Paris, desenvolveram a primeira incubadora aquecida, semelhante a uma chocadeira de ovos de galinha, que foi instalada na maternidade de Paris, em 1880, após ser construída com uma caixa de madeira composta por uma dependência superior, na qual o recém-nascido repousava e outra, inferior, onde eram depositadas as botijas com água aquecida. A iniciativa foi aprovada, mediante comprovação estatística que mostrou redução significativa da mortalidade infantil, de 66% para 38%, entre crianças com menos de dois quilos ao nascer.

No final do século XIX, segundo Fonseca (2002), Martin Coney foi para os Estados Unidos da América (EUA) como primeiro médico a prestar cuidados especiais aos recém-nascidos prematuros. Logo após, em Viena (Áustria), o médico Carl Credê utilizou o nitrato de prata na prevenção da oftalmia neonatal, cabendo ao cirurgião ortopédico inglês Willian Little correlacionar a paralisia cerebral ao nascimento traumático. Iniciado por John Beleantyne, um obstetra de Edimburgo (Escócia), o tratamento pré-natal foi introduzido nos cuidados à gestante, após ser constatada uma associação do mau desenvolvimento do feto por algumas doenças como sífilis, tuberculose e iatrogênicas pela ingestão de toxinas.

Com os grandes avanços médicos e tecnológicos, os abrigos para crianças abandonadas foram transformados em hospitais infantis, o que possibilitou aumentar o tratamento neonatal.⁽⁶⁾ Nas primeiras décadas do século XX, foi fundamental a necessidade da alimentação de prematuros para o desenvolvimento e crescimento dos recém-nascidos de baixo peso e, devido à grande necessidade de adaptação aos cuidados das crianças, foi criado no Sarah Morris Hospital, em Chicago (Estados Unidos), um centro de assistência ao lactente prematuro.

Todavia, alguns problemas permaneceram, tais como a mortalidade neonatal e a infecção hospitalar, como causas para a maioria dos óbitos infantis. Por isso, o pediatra Julius Hess desenvolveu a incubadora Hess, as técnicas assépticas e de transporte neonatal, além do

tratamento para distúrbios respiratórios. A taxa de mortalidade foi um determinante nessa questão, porém, a consequência do isolamento para evitar infecções, afastou o contato entre mãe e o filho prejudicando, assim, o aleitamento materno e os primeiros contatos entre ambos.⁽¹¹⁾ O mesmo pediatra constatou que melhores resultados obtidos nos cuidados ao recém-nascido, eram alcançados quando enfermeiras bem treinadas supervisionavam os trabalhos. Nesse período, foi criado um incentivo com fundos de investimentos para o Centro de Prematuros de Chicago, especializado no treinamento de Enfermeiras Neonatologistas.⁽¹¹⁾

No início do século XX, o Brasil importou incubadoras para melhorar a assistência do recém-nascido, influenciado pelos avanços tecnológicos que já existiam na Europa e nos Estados Unidos. Posteriormente, com a criação de hospitais especializados em saúde da criança, entre 1930 e 1950 houve a necessidade de capacitação de enfermeiros neonatais para suprir a necessidade do novo mercado de trabalho.

Quanto ao aprimoramento profissional, em 1970 foi criado o primeiro curso de Especialização em Pediatria e Puericultura no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Estado de São Paulo (UNIFESP), visando qualificar a assistência materno-infantil, para tanto seguindo os padrões internacionais. Na constituição da escolha de uma teoria de enfermagem para fundamentar a sua prática, o enfermeiro precisa conhecer a realidade do setor em que trabalha, o perfil dos enfermeiros,⁽⁶⁾ permitindo constituir uma relação não só de infraestrutura, mas também de saberes velados ou instituídos nos diversos setores de atuação. O primeiro objetivo era a Pediatria Social, voltada para as crianças internadas nas comunidades; o segundo, para as crianças hospitalizadas. A Enfermagem foi, então, dividida em Pediatria Médica e Cirúrgica e Neonatal.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), órgão fiscalizador dessa profissão, estabeleceu como especialistas em Enfermagem Pediátrica, os profissionais providos de conhecimento técnico, científico e proficiência técnica para a assistência integral à criança, desde o nascimento até a adolescência, centrada na família e na comunidade.

Assim sendo, as enfermeiras necessitavam aprimorar seus saberes para avaliar todos os momentos do contato mãe-filho no UITN, tendo em vista o início das orientações sobre os cuidados com o recém-nascido, pois, logo na admissão nessa Unidade, no período de internação e depois, no dia da alta hospitalar, estando a genitora com inúmeras informações ao mesmo tempo, o estresse desse momento poderia prejudicar a compreensão das técnicas e dos procedimentos a serem feitos em casa (tais como manuseio de sondas, estomas e higiene),

resultando em dúvidas, insegurança durante os cuidados básicos diários e falta da devida atenção devida ao início de sinais e sintomas de doenças, situações que poderiam se agravar em pouco tempo, levando a novos tratamentos, reinternação e até mesmo a óbito da criança.

2.2 POLÍTICAS DE SAÚDE NO CAMPO NEONATAL.

O avanço das tecnologias de conhecimentos trouxe mudanças na sociedade moderna, tornando as influências de tempo economicamente difíceis e o sistema de informações relutante em problemas de saúde importantes. No caso, a maior preocupação estava concentrada nas crianças de maior risco, como os prematuros ou aqueles com peso baixo ao nascer, mas também existia a preocupação com as crianças que frequentavam creches, que viviam em situação de rua, pobreza, filhos de imigrantes, crianças com doenças crônicas, distúrbios psiquiátricos, necessidades especiais ou com dificuldade de acesso à saúde.

Na década de 90, o Brasil já registrava uma taxa de mortalidade infantil entre menores de um ano de idade de 50 para 1.000 nascidos vivos; em 2010, para 17/1.000, sendo a taxa de mortalidade neonatal de 70%. Assim, e apesar do aumento da sobrevida, permanecia a luta pela redução da mortalidade neonatal na população brasileira, detentora do sexto maior Produto Interno Brasileiro (PIB) com renda *per capita* de US\$ 9,390 por habitantes, mostrando que a desigualdade social e a maior concentração de riqueza estavam em mãos de uma pequena parte da população.

Diante desses números, o Ministério da Saúde instituiu pela Portaria nº 1130, de 5 de agosto de 2015, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Em seu Artigo 6º, inciso VII, esta Política prevê a vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno”, em uma estratégia que consiste na contribuição para o monitoramento e investigação da mortalidade infantil e fetal e possibilita a avaliação das medidas necessárias para a prevenção de óbitos evitáveis.⁽¹³⁾ Quanto ao Artigo 7º da mesma Portaria, estabelece “estratégias do eixo de atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido”, determinando em alguns de seus incisos, o seguinte:

III – a atenção humanizada ao recém-nascido prematuro e de baixo peso, com a utilização do “Método Canguru; IV – a qualificação da atenção neonatal na rede de saúde materna, neonatal e infantil, com especial atenção aos recém-nascidos graves ou potencialmente graves, internados em Unidade Neonatal, com cuidado

progressivo entre a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCO) e a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCA); V - a alta qualificada do recém-nascido da maternidade com vinculação da dupla mãe-bebê à Atenção Básica, de forma precoce, para continuidade do cuidado, a exemplo da estratégia do “5º Dia de Saúde Integral”, que se traduz em um conjunto de ações de saúde essenciais a serem ofertadas para a mãe e bebê pela Atenção Básica à Saúde no primeiro contato após a alta da maternidade; VI – o seguimento do recém-nascido de risco, após a alta da maternidade, de forma compartilhada entre a Atenção Especializada e a Atenção Básica.⁽¹³⁾

Quanto aos óbitos materno, fetal e infantil, a Portaria estabelece em seu Artigo 13 que, em âmbito local, são ações estratégicas do eixo de vigilância desses eventos, que competem aos Comitês de Vigilância previstos no documento em questão.⁽¹³⁾ Percebe-se que o PNAISC enfatiza, como já referido neste trabalho, a qualificação da atenção neonatal, uma das características inerentes à atuação da equipe de enfermagem.

Fazendo referência à mortalidade infantil citada anteriormente, os autores de um estudo afirmaram,⁽¹⁴⁾ nas conclusões de seu trabalho, que a redução da morbimortalidade infantil entre os prematuros exige atuação mais efetiva e abrangente na perspectiva perinatal, incluindo o compromisso com a atenção interdisciplinar após a alta, destacando ainda, como medidas de impacto direto na qualidade da assistência neonatal em nosso meio, a eliminação definitiva da “superlotação e a implantação de sistema de monitoramento e avaliação das práticas assistenciais desenvolvidas nas unidades neonatais.”⁽¹⁴⁾

Certamente, as medidas sugeridas pelas autores, face à sua pertinência e eficácia, permitiram reduzir aquelas expressivas taxas de mortalidade infantil da população brasileira, cabendo ao enfermeiro no processo de cuidado para a alta hospitalar do recém-nascido prematuro, estar articulado à rede de atenção à saúde para garantir a integralidade do cuidado em saúde neonatal.

3. CAMINHO METODOLÓGICO

Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, buscando apenas levantar informações sobre um determinado objeto, delimitando uma área de trabalho, mapeando as condições de explicar esse objeto.⁽¹⁵⁾

O método qualitativo caracteriza-se pela forma como os fenômenos perceptivos e subjetivos são melhores compreendidos. Desta forma, as relações humanas estão intensamente presentes, sofrendo ação direta dos sentimentos emergidos nas situações do cotidiano. Neste tipo de pesquisa, cabe ao pesquisador compreender todas as sensações transmitidas dos participantes ao longo do(s) contato(s) captando as afinidades dos sujeitos dentro de seus contextos naturais.⁽¹⁶⁾

A exploração do campo da visão que a pesquisa qualitativa sustenta como aporte teórico, envolve uma abordagem interpretativa do mundo, o que significa que seus pesquisadores estudam as coisas em seus cenários naturais, tentando entender os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles conferem.⁽¹⁶⁾

Seguindo essa linha de raciocínio, os autores afirmam que a pesquisa qualitativa atribui importância fundamental aos depoimentos dos atores sociais envolvidos, aos discursos e aos significados transmitidos por eles. Nesse sentido, esse tipo de pesquisa preza pela descrição detalhada dos fenômenos e dos elementos que o envolvem.⁽¹⁷⁾

No que se refere à pesquisa descritiva, trata-se da descrição dos fatos e dos fenômenos determinados pela realidade. Em exemplos desta estrutura, temos estudos de caso, análise documental, pesquisa *ex-post-facto*.⁽¹⁸⁾ Mas os estudos descritivos também podem ser criticados

diante da existência de uma descrição exata desses fenômenos e fatos, e ainda, da impossibilidade de sua verificação através da observação sistemática. As vezes não existe por parte do investigador um exame crítico das informações, fazendo com que os resultados sejam equivocados.⁽¹⁸⁾

Mesmo diante desses cenários de dúvida a respeito das contribuições do processo de pesquisa, é relevante sustentar a ideia de uma investigação sistematizada diante dos aportes teóricos e explorar, ao máximo, os saberes constituintes do manejo dos enfermeiros, pois, até então, o que se aprofunda não se direciona para o cerne da construção desses conhecimentos.

A pesquisa exploratória foi uma ferramenta que direcionou o caminho para que se tornasse visível a interação de familiaridade com o problema lançado nesta pesquisa. Então, diante dessa estrutura, temos um caminho explícito e com possibilidade de construção de hipóteses com (a) levantamento bibliográfico; (b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e (c) análise de exemplos que estimulem a compreensão.⁽¹⁹⁾

3.1 CENÁRIO DA PESQUISA

O cenário foi uma unidade intermediária neonatal da Maternidade Pública do Hospital Municipal Dra. Naelma Monteiro da Silva, vinculado ao Município de Rio das Ostras no Estado do Rio de Janeiro, sendo composto por quatro (4) leitos, além do alojamento conjunto, com o total de 21 leitos com atendimento de emergência obstétrica/ginecológica a toda população, por 24h nos sete (7) dias da semana.

Esta pesquisa foi realizada com autorização da Instituição municipal referida (ANEXO A), assim permitindo o livre acesso ao seu espaço físico, bem como aos seus prováveis participantes, assim viabilizando o início da coleta de dados.

3.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO / EXCLUSÃO

Os participantes do estudo foram onze (11) enfermeiros que atuavam na unidade intermediária neonatal da Instituição mencionada. Foram considerados como critério de inclusão: ser enfermeiro que esteja atuando em UTIN, na assistência ou na gerência. Os critérios de exclusão abrangeram os que estivessem em gozo de férias ou afastados por licença médica ou especial (prêmio).

3.3 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

A pesquisa foi submetida e aprovada sob protocolo nº 3.057.278/2018 (ANEXO B), após análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina do Hospital Universitário Antônio Pedro, da Universidade Federal Fluminense, como preconizado na

Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a qual estabelece as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos.

Nessa perspectiva, após a aproximação e seleção dos participantes, ocorreu a respectiva assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Esse documento ratifica a ciência dos participantes em relação à pesquisa, identifica os pesquisadores e a instituição envolvida, esclarece dúvidas acerca dos procedimentos, dos riscos, benefícios e outros assuntos, sendo garantida a todos a liberdade de escolha em participar ou recusar-se a dar sua contribuição em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo, assim viabilizando o início da coleta de dados. A privacidade e o sigilo quanto a esses dados foi-lhes assegurado pela pesquisadora principal, sendo os participantes identificados pela letra **E** (*Enfermeiro*) seguida de um algarismo arábico (E1, E2, E3, ..., E11), conforme a realização das entrevistas.

É importante destacar que os riscos da pesquisa poderiam ser constrangimento e desconforto com a temática abordada, durante o procedimento de aplicação do instrumento de coleta de dados, o que não ocorreu porque a pesquisadora era profissional capacitada para a sua aplicação e, além disso, tinha como compromisso resguardar a integridade física, psíquica e emocional dos participantes.

3.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

A técnica utilizada foi a entrevista semiestruturada individual (APÊNDICE B) com a utilização de um roteiro previamente desenvolvido para atingir o foco do objeto de estudo. O objetivo dessa técnica é a formulação de perguntas que sejam relevantes para o tema a ser investigado.^(17,20)

A entrevista semiestruturada caracteriza-se por questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que se relacionam ao tema da pesquisa.⁽¹⁸⁾ Esses questionamentos dariam frutos a novas hipóteses, a partir das respostas dos informantes, mas o foco principal seria colocado pelo investigador-entrevistador. O autor afirma ainda que a entrevista semiestruturada favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade, além de manter a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações.⁽¹⁸⁾

A entrevista semiestruturada está focalizada em um assunto sobre o qual confeccionamos um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista. Para o autor, esse tipo de entrevista pode fazer emergir informações de forma mais livre, uma vez que as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas.⁽²⁰⁾

É importante ressaltar que em todo esse processo, as entrevistas foram realizadas em locais do hospital cenário do estudo, tendo em vista garantir a privacidade dos participantes sem prejuízo às atividades profissionais de cada um. Posteriormente, as entrevistas foram transcritas pela pesquisadora, na íntegra, para garantir a respectiva fidedignidade do que os profissionais de saúde relataram. Esses documentos serão armazenados por um período de cinco anos, sob a responsabilidade do pesquisador principal, e após esse prazo, excluídos, como prevê a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

3.5 TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados deste estudo foram submetidos à análise de conteúdo, na modalidade temática, por permitir a melhor condução do estudo qualitativo, em especial na área da Saúde. Este tipo de análise apresenta diferentes fases que giram em torno de pólos cronológicos, a saber: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.⁽²¹⁾

Na etapa de pré-análise, realiza-se a organização e leitura do material visando sistematizar as idéias para conduzir o desenvolvimento das operações que se seguem. Para tal, busca-se conhecer sua estrutura, analisar e registrar as impressões acerca das mensagens apreendidas dos dados, levando em consideração as hipóteses e objetivos formulados, para fundamentar a adequada interpretação, visando identificar as unidades de registro, unidades de contexto, trechos significativos e categorias.⁽²¹⁾

Na segunda fase, aplica-se o que foi previamente definido na etapa anterior, codificando os dados a partir das unidades de registro. Assim, torna-se necessário realizar uma leitura exaustiva do material a fim de obedecer ao rigor metodológico para a aplicabilidade dos planos e objetivos formulados, consistindo basicamente em operações de codificação, decomposição ou enumeração em função de regras previamente estabelecidas.⁽²¹⁾

Por fim, na fase de tratamento dos resultados, executam-se as análises quantitativa e qualitativa dos dados para classificá-los e reagrupá-los, segundo suas semelhanças e

características comuns. Sendo fiel à metodologia delineada, neste estudo foram valorizadas as informações qualitativas depreendidas da análise acerca das características do fenômeno estudado.⁽²¹⁾

Nesse sentido, este estudo utilizou a sistematização da análise de conteúdo na modalidade temática para tratamento dos dados após transcrição das entrevistas realizadas. Assim, foi realizada a *Organização da Análise* englobando as etapas acima descritas, as quais foram inteiramente respeitadas. Em seguida, ocorreu a *Codificação* que transformou os dados brutos do texto e destacou suas idéias centrais, o que permitiu atingir uma valorosa representatividade de seu conteúdo. Na codificação, foram eleitas as unidades de registro (UR), a partir das quais foram elencadas as categorias por analogia e seus respectivos núcleos temáticos.⁽²¹⁾

Para o tratamento dos dados, utilizou-se recursos computadorizados simples. Neles, foram criados quadros e tabelas para a organização das informações, bem como lançou-se mão da técnica de colorimetria, fazendo uso das cores disponíveis no Microsoft Word® para destacar e agrupar as unidades de registro afins, resultando em um panorama geral das mesmas. Tais estratégias atuaram como facilitadores no processo de visualização e conversão do material. O caminho percorrido até a elaboração das categorias que foram abordadas neste estudo, encontra-se ilustrado nos quadros que se seguem.

Quadro I: Unidades de Registro segundo o Núcleo Temático e Freqüência, para elaboração das Categorias.

Núcleo Temático: Trabalhando o Plano de Alta para o Recém-nascido	
Unidades Temáticas: Construindo o plano de alta / cuidado contínuo	
Unidades de Registro (UR)	Nº de Repetições
O acompanhamento pelo profissional enfermeiro no prepara a alta do recém-nascido;	36
O olhar atento ao recém-nascido para a construção da alta;	45
O cuidado com os familiares para o preparo para a alta;	38
Estar ao lado da família;	54
A presença da rede de apoio para a alta;	23
Total de UR por Categoria	196

Total de Entrevistas por Categoria (n=11)	11
--	-----------

Fonte: Anacleto, 2019.

Com fins didáticos, construiu-se o Quadro II a partir da Unidade de Registro depreendida, ilustrando os desmembramentos do Núcleo Temático na Unidade Temática e, posteriormente, na criação das Categorias e Subcategorias pertinentes ao estudo, as quais serão abordadas em profundidade no capítulo a seguir.

Quadro II: Núcleo Temático, Unidade Temática, Categoria

Núcleo Temático	Unidade Temática	Categoria
Trabalhando o Plano de Alta para o recém-nascido	Construindo o plano de alta / cuidado contínuo	1) Saberes do cotidiano dos enfermeiros para o plano de alta do recém-nascido prematuro; 2) O enfermeiro e a rede de apoio para alta do recém-nascido prematuro: saberes necessários;

Fonte: Anacleto, 2019.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os saberes dos enfermeiros com o cuidado neonatal, especificamente relacionados às orientações para a alta hospitalar e direcionadas aos pais e familiares, torna-se essencial que seja eficaz e integral porque vai repercutir diretamente na qualidade da prevenção de complicações que possibilitarão a reinternação do recém-nascido, fato que contribui para o aumento de custo no SUS.

A internação do RN prematuro, numa unidade tecnologicamente equipada, além da assistência especializada do profissional de saúde, são consideradas medidas potenciais na redução da mortalidade infantil, especialmente no componente neonatal. No entanto, o seguimento do cuidado da criança prematura, após a alta hospitalar, ainda é fator preocupante. Nesse contexto, surge a premência de humanizar a assistência ao prematuro e seus familiares, visando valorizar a recuperação da saúde da criança, a formação e manutenção do vínculo por meio da linguagem afetiva entre mãe e filho, a implementação dos cuidados diários, a participação em grupos de mães que passam pela mesma realidade e as orientações durante a internação.⁽²²⁾

Percebe-se, assim, a necessidade de que as instituições e os profissionais de saúde desenvolvam mecanismos de planejamento para a alta hospitalar, que visem assegurar o cuidado domiciliar. Dessa maneira, seria evitada ou minimizada a perda da continuidade da assistência ao neonato na sua transição para a unidade de cuidados intermediários, para outros serviços ou para o domicílio.⁽²³⁾ Desse modo, a continuidade do cuidado e a perpetuação da linha de cuidado na rede de atenção em saúde, deve ser direcionada por ações estratégicas para a manutenção desse cuidado, com a finalidade de inibir quaisquer complicações decorrentes de negligência dos serviços e dos profissionais no que tange ao apoio aos pais e familiares, diante da alta hospitalar.

Sob essa perspectiva, a promoção da saúde deverá ser envolvida no plano de cuidados da equipe de enfermagem a nível terciário, envolvendo os pais na responsabilidade do cuidado, considerando que os riscos e agravos no período pós-neonatal não se dissipem à medida que o neonato seja assistido com segurança pela família.⁽²²⁾

Desse modo, os saberes que emergiram do processo de análise crítica advindo dos profissionais de saúde, ensejou as seguintes categorias e a discussão de cada uma:

- 1) *Saberes do cotidiano dos enfermeiros para o plano de alta do recém-nascido*

prematureo;

2) *O enfermeiro e a rede de apoio para alta do recém-nascido prematureo: saberes necessários.*

PRIMEIRA CATEGORIA

Saberes do cotidiano dos enfermeiros para o plano de alta do recém-nascido na UTIN

Os saberes dos enfermeiros em relação a alta hospitalar do RN prematureo apresentaram as orientações para o aleitamento materno; orientações com a higiene do RN e o coto umbilical; a continuidade do cuidado na atenção básica, com a consulta de puericultura; a importância em fornecer orientações para os pais e responsáveis para a execução do cuidado; e do cuidado em ambiente domiciliar do RN após a alta hospitalar.

Em relação aos saberes do enfermeiros para um plano de alta do recém-nascido, os participantes apontam as orientações para a amamentação, uma vez que o leite materno constitui um alimento essencial para a promoção do crescimento e desenvolvimento dos recém-nascidos, conforme depoimentos a seguir:

Estimular a mãe a ordenhar para oferecer leite humano ao recém-nascido. Colocar para sugar o seio materno logo que possível. Pois, quando ela [mãe] faz isso ela promove a amamentação, e para que o recém-nascido tenha um crescimento e desenvolvimento adequados.(E1)

Olha, tem que orientar aos pais e especialmente as mães quanto a amamentação do recém-nascido, pois o leite vai dar o suporte necessário para seu crescimento. (E2)

Faço orientação para amamentação, pois muitos necessitam ganhar peso, oriento quanto às variações especiais para prematureo, que se torna necessário incentivar a mãe dar leite materno, para o crescimento do recém-nascido (E5)

Os avanços na prática do aleitamento materno (AM) podem ser atribuídos às ações de promoção iniciadas no Brasil em 1987. Na década de 90, surgiram estratégias para a promoção do AM, como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança desenvolvida em parceria com a

Organização Mundial de Saúde (OMS) e processo de execução e sensibilização nos países signatários. Essa iniciativa tem como propósito melhorar a efetividade do aleitamento materno exclusivo, com orientações prestadas durante o pré-natal, parto e puerpério.⁽²⁴⁾

Assim, quando se promove orientações necessárias para os responsáveis, contribui-se para a eficácia do aleitamento materno. E, durante a alta hospitalar do recém-nascido, o enfermeiro, por ser detentor de conhecimentos acerca do assunto, deve estabelecer um contato para promover essa ação, pelo considerando o valor nutricional do leite materno para um crescimento e desenvolvimento infantil saudáveis.

Sabe-se que as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno preconizadas pelo MS, têm se mostrado importantes para a melhoria da saúde da criança, da mulher e da família. E para a manutenção desse aleitamento, torna-se necessária a continuidade do cuidado no domicílio. Para tanto, as orientações sobre o AM e o manejo clínico da amamentação são essenciais.

Todavia, a negligência das gestões governamentais tem contribuído para que as taxas globais das práticas do aleitamento materno, recomendadas pela Organização Mundial da Saúde, continuassem estagnadas nas últimas década, descumprindo a política de saúde da criança vigente no Brasil que estabelece, além da promoção, a proteção e o apoio ao aleitamento materno.⁽²⁵⁾

A amamentação no domicílio constitui uma fase mais agradável de ser vivenciada pela mãe, quando comparada ao hospital, devido ao conforto e à possibilidade de intimidade e privacidade com o filho. As mulheres sentem-se mais capazes de atender às necessidades dos filhos neste ambiente. Entretanto, algumas mulheres desmamaram nas primeiras semanas após a alta hospitalar.⁽²⁶⁾ Nesse sentido, os enfermeiros devem focalizar em ações direcionadas às mulheres, para que possam ter sucesso na amamentação, destarte não contribuindo para o desmame precoce.

Um dos aspectos promissores para o sucesso da amamentação constitui a repetição de demonstração dos cuidados com o recém-nascido, com a amamentação e com o autocuidado, que pode ser eficaz na aprendizagem, uma vez que as dúvidas podem ser imediatamente esclarecidas. Nesse sentido, o enfermeiro tem a possibilidade de constatar se a mulher adquiriu capacidade para prestar esses cuidados, antes de ter alta clínica da maternidade.⁽²⁷⁾ Assim, com o apoio do enfermeiro e a sua avaliação, a amamentação torna-se mais satisfatória, favorecendo

o pleno crescimento e desenvolvimento infantil, mesmo após a alta do recém nascido hospitalizado na UTIN.

A higiene do recém-nascido constitui outro cuidado importante que deve ser oferecido à mãe durante o plano de alta hospitalar, cabendo ao enfermeiro orientá-la em suas dúvidas, em especial no que concerne à higiene do coto umbilical. Seguem-se depoimentos dos profissionais a respeito:

Orientações de higiene bucal do recém-nascido, limpeza do coto umbilical, cuidados durante o banho, são atividades que o profissional de saúde deve se atentar com a mãe e o pai, fornecendo essas orientações.(E5)

Cuidado com higiene corporal e com coto umbilical, observando a aplicação de álcool a 70% a cada troca de fraldas. (E7)

Orientações quanto ao cuidado com o coto umbilical, é extremamente importante para as mães [...] orientação com a higiene e banho de sol. (E11)

A preparação da mãe e do pai para o cuidado domiciliar do RN, deveria ocorrer gradativamente, durante toda a internação do prematuro. Ressalta-se que o Método Canguru propicia essa aprendizagem, estimulando o desenvolvimento de habilidades e a aquisição de conhecimentos específicos que ajudam a reduzir a ansiedade e aumenta a autoconfiança de ambos para o cuidado domiciliar ou dos demais familiares envolvidos nesse processo.⁽²⁸⁾

O enfermeiro deve estimular os pais a desenvolverem habilidades primordiais para o cuidado do RN no ambiente domiciliar. No caso do banho, quando executado correta e segura, favorece a higiene corporal e do coto umbilical da criança, além de permitir a limpeza da sua genitália durante a troca de fraldas. Essas orientações devem ser fornecidas ainda no pré-natal, no puerpério e durante o plano de alta do RN, contribuindo para um cuidado seguro, evitando possíveis complicações ocasionado pela falta de higiene adequada.

O autores de um estudo⁽²⁹⁾ apontam para a necessidade de um cuidado centrado no RN e família, enfocando um cuidado rotineiro de higiene, alimentação e estímulo ao vínculo entre pais e filhos. É importante também observar a condição clínica da criança, assim como as perspectivas psicossociais e culturais da unidade familiar. Em suma, todos os aspectos do cuidar também devem ser considerados durante o preparo dos pais para a alta.

A promoção de orientações aos familiares sobre a lavagem das mãos com água e sabão, o corte asséptico do cordão umbilical, a não aplicação de substâncias de uso doméstico no coto umbilical e a adoção de práticas anti-higiênicas, são medidas que devem ser adotadas para reduzir a exposição dos recém-nascidos aos riscos associados ao processo de cicatrização do coto umbilical e das taxas de mortalidade. Desse modo, a manutenção do coto umbilical seco e a aplicação de clorexidina a 4%, mostra-se mais efetiva para a redução da colonização e de infecções, sendo o antisséptico de primeira escolha preconizado pela OMS no cuidado com o coto umbilical,⁽³⁰⁾ mostrando a diferença de cuidados com os depoimentos dos participantes, quando utilizam álcool a 70%.

Outra importante atividade do plano de alta é a continuidade do cuidado do recém-nascido, apontado pelos enfermeiros ser a mesma essencial para o cuidado, acrescido das consultas de puericultura na atenção básica, tendo em vista fornecer uma atenção voltada para a aplicação de vacinas, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. Os depoimentos a respeito do assunto foram os seguintes:

Consultas de Followup, onde na atenção básica, com o encaminhamento há esse cuidado em continuidade, e fornece esse cuidado, em especial as vacinas. (E6)

Levar ao pediatra na primeira semana de vida ou logo após alta para acompanhamento na rede básica, o followup, que deve focar bastante nos cuidados, avaliação e as vacinas. (E7)

Durante a alta hospitalar de um prematuro, é orientado aos pais a ida para a atenção básica, de followup, para garantir o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, onde é reforçada a importância do aleitamento materno exclusivo, cuidados com hipoglicemia, e as vacinas. (E10)

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) descreve a Primeira Semana Saúde Integral por meio da linha de cuidado da saúde da criança, que possibilita um cuidado integral e multiprofissional à puérpera e ao neonato. Essa primeira semana tem a finalidade de identificar sinais de risco que possam comprometer o crescimento e o desenvolvimento saudável do RN, orientar as puérperas acerca dos cuidados com o mesmo, incentivar o aleitamento materno, oferecer apoio às dificuldades apresentadas, verificar e aprazar as vacinas e agendar consultas de puericultura contribuindo, assim, para a redução da

morbimortalidade infantil.⁽³¹⁾

Assim, o enfermeiro deve orientar os pais para a continuidade do cuidado, direcionado para ações relacionadas à linha da saúde da criança. Esse acompanhamento favorece que as condutas preconizadas pela PNAISC contribuam para o crescimento e o desenvolvimento saudável do RN, inibindo possíveis complicações inerentes ao desenvolvimento infantil. Desse modo, essa continuidade mencionada pelo enfermeiro mostra o alinhamento com a linha de cuidado e as ações potencializadas pelo MS nessa política.

As orientações aos pais e/ou responsáveis tornam-se importantes estratégias que objetivam fornecer um plano de cuidado de alta para o recém-nascido, pois, quando há esse envolvimento entre todos que visam o cuidado ao RN, é possível sanar todas as dúvidas e medos decorrentes a esse processo. Seguem-se as falas dos enfermeiros:

Os pais tem total atenção da equipe de enfermagem do plantão, nas 24h, pois temos que atender a eles, retirando todas as dúvidas e medos, e sanados eles, fornecendo informações importante do cuidado em casa. (E4)

A cada dúvida que surge estamos à disposição para orientações durante toda internação, em especial na alta hospitalar, onde eles vão colocar em prática e sozinhos e essas informações são muito importantes para todos os envolvidos. (E5)

As orientações são dadas de acordo com as dúvidas de cada pai/responsável, pois de acordo com a escolaridade, idade existem muitas variações culturais, mas essas orientações são muito importantes durante o processo de alta do recém-nascido. (E9)

O período neonatal compreende os 28 primeiros dias de vida da criança e caracteriza-se pela ocorrência de inúmeras adaptações anatômicas, fisiológicas e, sobretudo, familiares. Então, quando um RN apresenta condições clínicas de risco, como: prematuridade, malformações nos sistemas cardiovascular, neurológico, gastrintestinal, patologias respiratórias, entre outras, ele é hospitalizado,⁽³²⁾ e na fase da alta hospitalar, deve ainda mais envolver os familiares com os cuidados ao RN.

Os autores de um estudo⁽²⁸⁾ apontam para que as orientações para a alta sejam recebidas e bem compreendidas. Nesse sentido, o acolhimento familiar faz-se necessário, pois, por meio dele, os profissionais da unidade neonatal entram em contato com a mãe, pai ou outros

familiares para fornecer-lhes as primeiras informações sobre a condição de saúde da criança formando, assim, um vínculo que proporcionará um bom relacionamento da equipe de saúde com os mesmos. Isto, associado a orientações claras e objetivas, capacita os pais ou familiares, a serem bons cuidadores no domicílio. Desse modo, a continuidade do cuidado no ambiente hospitalar não se torna obscuro após a alta hospitalar, pois, quando há esse acolhimento e envolvimento de todos no cuidado do RN, promove-se o entendimento e as habilidades necessárias no domicílio, já que os profissionais de saúde não os auxiliarão nesse contexto.

E, em relação aos cuidados de plano de alta, o enfermeiro deve atentar para os recém-nascidos que precisarão de um cuidado contínuo em domicílio, esclarecendo aos pais/responsáveis que, por meio do Programa de Internação Domiciliar do SUS, o recém-nascido será acompanhado por uma equipe especializada, sendo as orientações quanto a esses cuidados extrema relevância para eles. Um enfermeiro expressou-se a respeito:

Devemos orientar a todos envolvidos no cuidado do recém-nascido, pois muitos vão para casa e necessitam de cuidados especiais, e orientamos sobre a necessidade de punção venosa, atenção ao preparo adequado de medicações e hidratação venosa, manipulação correta de bombas infusoras, observado o tempo de infusão, de cada uma [...] Observar troca de locais de sensor oximetria, mudança de decúbito.(E1)

A organização da oferta da Atenção Domiciliar (AD) no Brasil, vem passando por transformações nos últimos anos e essas mudanças tiveram como marco importante as orientações propostas pela Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD).

A Atenção Domiciliar inclui-se na Rede de Atenção à Saúde do SUS, assumindo princípios e diretrizes desse sistema e previstos em Lei, ressaltando-se a universalidade, equidade, a integralidade, a resolubilidade e a ampliação do acesso, associados ao acolhimento e à humanização, que devem ser observados na organização dos Serviços de Atenção Domiciliar.⁽³³⁾

Em relação aos cuidados do RN no ambiente domiciliar, serão necessárias ações mais específicas frente à sua demanda de cuidado à saúde, cabendo ao enfermeiro apresentar uma *expertise* nas ações de cunho clínico e técnico. No processo de gestão de medicamentos, deve seguir a preparação, verificação e administração de medicamentos; atualizar conhecimentos sobre medicamentos; monitorar a eficácia do tratamento e notificar as reações adversas.

Destaque faz-se necessário para a monitoração cuidadosa que, se realizada na Atenção Domiciliar, tem potencial para diminuir o impacto dos efeitos adversos das drogas.⁽³⁴⁾

Diante dessa realidade, o enfermeiro deve garantir as informações necessárias ao entendimento dos pais e familiares, a respeito da especificidade medicamentosa que o RN precisará para a manutenção das suas condições vitais no âmbito domiciliar. Sendo assim, o estabelecimento de elo entre profissional e família permitirá um cuidado integral, humanizado, com ações técnicas para a administração de medicamentos e ações, como a mudança de decúbito, evitando possíveis complicações frente à falta de mobilidade. Portanto, esse cuidado interliga as ações em saúde, onde há envolvimento do profissional e dos pais, dos responsáveis ou familiares.

SEGUNDA CATEGORIA

O enfermeiro e a rede de apoio para alta do recém-nascido prematuro: saberes necessários

Em relação a rede de apoio para a alta hospitalar do RN na UTIN, os saberes dos enfermeiros foram ao encontro da necessidade da realização do teste do pezinho; o estabelecimento do vínculo entre o RN com a mãe e o pai; e a necessidade de fornecer uma linguagem para o entendimento de todas as informações oferecidas para o cuidado e apoio para o desenvolvimento e crescimento do RN.

O enfermeiro integra um rede de apoio aos cuidado ao recém-nascido, com o propósito de garantir a qualidade da assistência e um pleno crescimento e desenvolvimento sem qualquer intercorrência, sendo o ‘Teste o Pezinho’² uma importante estratégia de apoio com informações para a sua realização, conforme os depoimentos a seguir:

A enfermagem também reforça da continuidade das vacinas, do teste do pezinho o quanto antes reforçar o que é o teste do pezinho é

²O teste, popularmente conhecido como Teste do Pezinho, é comemorado no dia 6 de junho. Seu nome verdadeiro é Teste de Guthrie, em homenagem ao médico do mesmo nome. É obrigatório e gratuito em todas as maternidades, desde 1992 e deve ser feito, no máximo, após o quinto dia do nascimento do bebê, para tanto valendo-se de uma gota de sangue extraída do seu ‘pezinho’. Este teste tem três versões: a mais simples identifica seis doenças; a intermediária – dez doenças e a completa, trinta ou mais doenças que podem afetar o recém-nascido, inclusive as doenças raras.

importante, pois é um teste que é fornecido tanto na unidade, como na atenção básica, e para favorecer um melhor cuidado deve ser realizado no tempo adequado, pois podemos intervir logo em caso de alguma patologia. (E1)

Cuidados gerais, orientação sempre à mãe e aos familiares sobre a importância do crescimento e desenvolvimento da criança, e o teste do pezinho é importante. (E2)

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança destaca a garantia da Primeira Semana de Saúde Integral e prevê ações de cuidado ao neonato, focalizando a promoção e prevenção de doenças, por meio de realizações do teste de triagem biológica e do calendário vacinal. A realização do Teste do Pezinho deve ocorrer até o 5º dia de vida do recém nascido, como está estabelecido na linha de cuidado neonatal. Em casos especiais, como RN de baixo peso ou prematuros, deve ser realizada a triagem seriada com obtenção de pelos menos três amostras em tempos diferentes. A primeira coleta da amostra deverá ser obtida por punção venosa logo após a admissão do RN na unidade; a segunda amostra, entre 48 à 72 horas de vida do RN, independente da sua condição clínica; já a terceira amostra, deverá obtida logo após a alta do RN ou nos vinte oito dias de vida da criança. O seguimento dessas orientações permite o eficaz rastreamento de alterações do exame de triagem biológica.⁽³⁵⁾

As orientações para realização das vacinas, segundo o calendário vacinal, é considerado de suma importância para a prevenção de doenças previsíveis. Assim, a vacinação de crianças envolve o equilíbrio entre a autonomia dos pais em decidir se imunizam seus filhos e os benefícios da saúde pública em fazer campanhas de vacinação em massa, cabendo ao profissional de saúde fornecer orientações adequadas para garantir o pleno desenvolvimento infantil. Não se deve esquecer que o Estatuto da Criança e do Adolescente estabelece que é dever da família assegurar a efetivação dos direitos à saúde, o que inclui a vacinação de rotina. Assim, a oposição à vacinação dos filhos pode prejudicar seriamente o desenvolvimento saudável da criança.⁽³⁷⁾

O estabelecimento do vínculo com a mãe e o pai no cuidado executado com o recém-nascido, foi observado pelos enfermeiros, que o estimulam para o cuidado do RN, segundo seus depoimentos:

Buscar sempre a participação dos pais no cuidado com recém-nascido, e restabelecer por reforço, e aumentar o vínculo familiar, e que como os pais ajudando promove esse vínculo que muitas vezes se perde pela internação. (E5)

Os problemas mais comuns estão relacionados a ausência mãe/pai. eles devem estar envolvidos nesse processo para garantir sucesso dessa alta, além da promoção do vínculo, que quando há essa ausência fica mais complicado apoiar. (E6)

É consenso que o vínculo afetivo constitui um laço que os pais estabelecem com os filhos, podendo ser expresso por meio de comportamentos e ações como o toque, o contato olho a olho, o embalar a criança no colo, entre outros. Assim, o apego é de extrema importância para a sobrevivência e o bom desenvolvimento da criança, visto que esse laço inicial entre pais e RN é fonte de todas as ligações subsequentes da criança, sendo o caráter desse vínculo influenciador da qualidade de todos os laços futuros com outros indivíduos.⁽³⁷⁾ Assim, enquanto o RN estiver internado, o enfermeiro deve estimulá-lo, principalmente junto à mãe e ao pai.

Os bebês prematuros tem uma associação de prejuízos na relação de vínculo entre mãe-bebê, constatado pela necessidade da sua hospitalização, mais ainda do fato do afastamento das relações de cuidado ou pela sua condição clínica. Então, essa separação resultante após o nascimento e a privação de cuidados neonatais, repercute na dificuldade da aproximação e da formação de vínculo entre seus pais.⁽³⁸⁾ Desse modo, o incentivo do enfermeiro constitui-se essencial para possibilitar que esse vínculo seja estimulado, inerente à situação clínica do neonato e as circunstâncias do ambiente, mesmo assim deve ser promovido e resguardado pelos profissionais de desde a sua internação. Contudo há uma carência de uma mesma linguagem a ser utilizada pelo enfermeiro na sua prática de cuidados com os responsáveis pelos rns, visto que falta uma rotina de apoio onde todos realizem as mesmas atividades com o cuidado ao RN, conforme os depoimentos:

Falta de rotina estabelecida para que a equipe tenha uma ação comum à todos do setor. (E2)

Não, somente um impresso com informações e dados básicos no momento de alta não exatamente um protocolo, mas tem sim um impresso onde constam informações sobre o parto, tamanho, peso, apgar, tipo sanguíneo do RN, e da mãe, informações sobre horários e local das vacinas e teste do pezinho. Mas preciso de um protocolo mais específico para os cuidados. (E10)

Faltam orientações mais completas e objetivas por parte da equipe multiprofissional envolvida no cuidado do RN. Falta integração e de informações entre os componentes da equipe. (E11)

Nos caso de hospitalização infantil, o ambiente hospitalar é percebido de maneira hostil e a família vivencia períodos de insegurança em relação ao quadro clínico da criança, devido à possibilidade de agravamento da suas condições clínicas, com risco de morte.⁽³⁹⁾ Torna-se necessário, portanto, que os profissionais de saúde favorecem orientações com a mesma linguagem e ações de cuidado junto à criança para o planejamento do plano de alta.

Assim, os planos estruturados de alta hospitalar do RN, constituem um importante passo para direcionar as ações em saúde e os planos de alta hospitalar são ferramentas utilizadas para aumentar a capacidade de autocuidado, fortalecer a adesão ao tratamento proposto, reduzir a frequência de hospitalizações não planejadas e estreitar a comunicação entre o hospital e o cuidado fornecido aos pacientes de forma resolutiva e humanizada.⁽⁴⁰⁾

Nessa perspectiva, aponta-se a necessidade dos profissionais de saúde em executar ações integradas, visto que os cuidados direcionados devem ser equânimes e a integração entre a equipe multiprofissional permite que as orientações sejam direcionadas de forma clara e objetiva, para entendimento de pais e familiares, sustentando um cuidado integral e humanizado com o RN e familiares.

Este estudo mostra que o plano de alta hospitalar deve ser estruturado frente às demandas e necessidades de cuidado do RN para orientação dos familiares, repercutindo diretamente para evitar a ocorrência de reinternações. Desse modo, a verificação de uma linguagem adequada e de ações conjuntas com toda a equipe multiprofissional, permitem que o cuidado seja sustentado para o pleno crescimento e desenvolvimento da criança.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo teve como objeto a construção dos saberes dos Enfermeiros no manejo da alta hospitalar do recém-nascido prematuro hospitalizados. Buscou-se ressaltar como os espaços de reflexão são constituídos na concepção dos profissionais quanto aos cuidados do neonato. Dessa forma, os saberes dos enfermeiros são extremamente importantes para potencializar as informações fornecidas aos pais e familiares, com o propósito de prevenir as complicações inerente ao cuidado domiciliar.

E, dentro da atual Política Nacional de Atenção Integral da Saúde da Criança, que fomenta um cuidado norteador a partir dos princípios do Sistema Único de Saúde, como a Universalidade, Integralidade e Equidade, que devem embasar os cuidados oferecidos ao recém nascido, tendo em vista a garantia da humanização e de um cuidado sustentado na qualidade da assistência.

Desse modo, o estudo apresentou como resultados na primeira categoria quanto os saberes do enfermeiro na alta hospitalar, a necessidade de orientações junto à mãe, ao pai e familiares, acerca do cuidado neonatal como a amamentação, orientando quanto à pega e posição, e o manejo correto para o sucesso da amamentação, constituindo um processo saudável para o pleno crescimento e desenvolvimento infantil. Do mesmo modo, o cuidado com a higiene corporal e o coto umbilical, fornecendo informações para a realização do processo com bases rotineiras do cuidado, e a necessidade de utilização de técnicas científicas no organização do cuidado. Também, a continuidade do cuidado na atenção básica, sustentando um cuidado em

rede e a linha de cuidado, contribuindo para a primeira semana de vida da criança. Para que seja eficaz essas orientações torna-se necessário o envolvimento dos familiares nesse cuidado, com um processo de aprendizagem teórico e prática, com demonstração e execução para o seu pleno entendimento, com a possibilidade de se promover um cuidado domiciliar adequado e evitando as reinternações ocasionadas pela falta de orientações no cuidado com o recém nascido.

Nesse sentido, quanto à segunda categoria do estudo, que apresentou a necessidade de fornecer orientações quanto ao teste de triagem neonatal, com o teste neonatal biológico, contribuindo para que seja realizado um cuidado integral e garantindo as ações de saúde para que o recém nascido nos distintos níveis de atenção do cuidado a saúde, sustentando uma linha de cuidado, que perpassa pela unidade de alta complexidade e culmina em ações de promoção e prevenção de saúde. A contribuição de criação do vínculo entre pais e recém nascido, pois a internações interfere diretamente nesse processo, e ambos devem se envolver nessa etapa inicial de criação de vínculo, para a garantia e o sucesso do cuidado neonatal. Do mesmo modo, a necessidade de um cuidado interligado, com a equipe multiprofissional de forma equânime, produzindo uma linha de informações de forma adequada, e sem que haja discordância de profissionais de saúde envolvido na linha de cuidado do neonato.

Assim, almeja-se com o estudo, a identificação dos saberes dos enfermeiros no seu cuidado, fornecendo informações adequadas e sustentadas com base científica para pais e familiares, que esse cuidado oferecido a eles seja uma garantia de entendimento e a possibilidade de diminuição das reinternações ocasionadas, muitas vezes, pela falta de entendimento das informações do cuidado neonatal no âmbito domiciliar. Desse modo, haverá a possibilidade da centralidade das ações em prol do neonato e familiares, almejando a garantia da Universalidade, Integralidade e Equidade do cuidado embasado na linha de cuidado neonatal.

REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2007.
2. Farias SNP. Qualidade de vida no trabalho: um enfoque para enfermagem em Centro Municipal de Saúde. 2004. 198p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.
3. Denzin N; Lincoln, Y. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: _____ e col. O Planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. Porto Alegre: Artmed; 2006.
4. Souza MF. O Surgimento e a evolução histórica das teorias de enfermagem. In: Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 3, 1984, Florianópolis, pp, 165-177.
5. Pinheiro AM. O que é o SAE. In Tannure MC. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.
6. Tannure MC.. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.
7. Rossi LA; Carvalho EC. A coleta de dados: relação com modelos, filosofia institucional e recursos disponíveis. In: Fórum Mineiro de Enfermagem. Uberlândia: UFU, 2002, pp. 21-28.
8. Horta WA. O processo de enfermagem. São Paulo: EPU/Edusp; 1979.
9. Costa R. Saberes e práticas do cuidado ao recém-nascido em terapia intensiva da década de 1980 em Florianópolis, Santa Catarina: 2009. 170f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina.
10. Peres AM; Ciampone MHT. Gerência e competências gerais do enfermeiro. Texto Contexto Enferm. 2006; 15(3): 492-9.
11. Abdallah VOS; Ferreira DMLM. Como preparar a alta do recém-nascido pré-termo. PRORN Programa de Atualização em Neonatologia: Ciclo 14. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2016. p.97-123. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v.1).
12. Alfaro-Lefevre R. Aplicação do processo e enfermagem. Um guia passo a passo. Porto Alegre: Artmed; 2000.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Ações programáticas estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais

- de saúde / Ministério das Saúde, secretaria de atenção à saúde, Departamento de Ações Programáticas estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013
14. Carvalho M; Gomes MASM. A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. *J. Pediatr. (Rio J.)*. 2005; 81(supl. 1): 111-118.
 15. Severino AJ. Metodologia do trabalho científico. São Paulo: Cortez; 2007.
 16. Denzin N; Lincoln Y. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: _____ e col. O Planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. Porto Alegre: Artmed; 2006.
 17. Augusto CA; Souza JP; Dellagnelo EHL; Cario SAF. Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober (2007-2011). *Rev. Econ. Sociol. Rural*. 2013; 51(4): 745-764.
 18. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.
 19. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2007.
 20. Manzini EJ. A entrevista na pesquisa social. *Didática*, São Paulo, v. 26/27, p. 149-158, 1990/1991.
 21. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70; 2009.
 22. Frota MA; Silva PFR; Moraes SR; Martins EMCS; Chaves EMC; Silva CAB. Alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio: vivência materna. *Escola Anna Nery*. 2013; 17(2): 277-283.
 23. Oliveira SR; Sena RR. A alta da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e a continuidade da assistência: um estudo bibliográfico. *Rev Mineira de Enfermagem*. 2010; 14(1): 103-109.
 24. Alves JS; Oliveira MIC; Rito RVVF. Orientações sobre amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 23(4): 1077-1088.
 25. Pereira RM; Alves VH; Rodrigues DP; Branco MBLR; Lopes FO; Vieira MV. O conhecimento do enfermeiro acerca do manejo clínico da amamentação: saberes e práticas. *J. res.: fundam. care. online*. 2019; 11(1): 80-87.
 26. Walty CMRF; Duarte ED. O aleitamento materno de recém-nascidos prematuros após a alta hospitalar. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*. 2017; 7(s/n): 1-13.
 27. Correia TIG; Pereira MLL. Os cuidados de enfermagem e a satisfação dos consumidores no puerpério. *Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiás*, v. 17, n. 1, p. 21-29, 2015.

28. Alcântara KL; Brito LLMS; Costa DVS; Façanha APM; Ximenes LB; Dodt RCM. Orientações familiares necessárias para uma alta hospitalar segura do recém-nascido prematuro: revisão integrativa. *Revenferm UFPE online*. 2017; 11(2): 645-655.
29. Veronez M; Higarashi IH. Protocolo para a alta de bebê pré-termo: subsídios para a construção de uma proposta. *Rev enferm UERJ*. 2016; 24(3): 1-6.
30. Miranda JOF; Santos DV; Camargo CL; Rosa DOS; Sorinho CLN; Mussi FC. Evidências para as práticas de cuidado do coto umbilical: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE online*. 2016; 10(supl. 2): 821-829.
31. Lucena DBA; Guedes ATA; Cruz TMAV; Santos NCCB. Reichert APS. Primeira semana saúde integral do recém-nascido: ações de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2016; 39(s/n): 1-8.
32. Nietzsche EA; Nora AD; Lima MGR; Bottega JC; Neves ET; Sosmayer VL. Educação em saúde: planejamento e execução da alta em uma Unidade de Terapia Intensiva neonatal. *Escola Anna Nery Rev. Enferm*. 2012; 16(4): 809-816.
33. Castro EAB; Leone DRR; Santos CM; Neta FCCG; Gonçalves JRL; Contim D; Silva KL. Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. *Revista Gaucha de Enfermagem*. 2018; 38(s/n): 1-8.
34. Andrade MM; Silva KL; Seixas CT; Braga PP. Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2017; 70(1): 2010-219.
35. Brasil. Ministério da Saúde. *Triagem neonatal biológica - Manual Técnico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
36. Mizuta AH; Succi GM; Montalli VAM; Succi RCM. Percepções acerca da importância das vacinas e da recusa vacinal numa escola de medicina. *Revista Paulista de Pediatria*. 2019; 37(1): 34-40.
37. Costa LM; Souza DSB. A compreensão da equipe de enfermagem quanto à importância do vínculo afetivo entre mãe e recém-nascido hospitalizado na UTI neonatal. *Arquivo de Ciências da Saúde*. 2011; 18(3): 1-108.
38. Cavalcante MCV; Filho FL; França AKTC; Lamy ZC. Relação mãe-filho e fatores associados: análise hierarquizada de base populacional em uma capital do Brasil-Estudo BRISA. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22(5): 1683-1693.

39. Azevedo AVS; Junior ACL; Crepaldi MA. Interação equipe de enfermagem, família, e criança hospitalizada: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22(11): 3653-3666.
40. Delatorre PG;Sá SPC; Valente GSC; Silvino ZR. Planejamento para a alta hospitalar como estratégia de cuidado de enfermagem: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE online*. 2013; 7(esp.): 7151-7159.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(RESOLUÇÃO Nº 466/12 - CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE)

Título do Projeto: Manejo da alta hospitalar do recém nascido prematuro: saberes dos enfermeiros neonatais

Pesquisador Responsável: Luziane de Almeida Anacleto

Instituição pertencente o Pesquisador Responsável: Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense.

Telefone para contato do Pesquisador: (21) 2629-9456; (21) 2629-9234.

Nome do voluntário: _____.

Idade: _____.

R.G.: _____.

O(a) Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa Manejo da alta hospitalar do recém nascido prematuro: saberes dos enfermeiros neonatais de responsabilidade do pesquisador Dr. Valdecyr Herdy Alves.

O projeto de pesquisa tem como objetivo: Identificar os saberes dos enfermeiros neonatais que atuam na UTIN, durante o processo de alta hospitalar do RN; Analisar os saberes dos enfermeiros neonatais que atuam na UTIN, durante o processo de alta hospitalar do RN; Discutir à luz do referencial teórico, se esses saberes são determinantes para as necessidades do RN e suas demandas de saúde.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista. A entrevista será gravada em aparelho digital, com a sua autorização, e transcrita na íntegra.

Os desconfortos ou riscos associados à sua participação na pesquisa são constrangimento, desconforto com a temática abordada durante a coleta de dados. Ressalta-se que o pesquisador é treinado, e capacitado para a aplicação do instrumento de coleta de dados, com o propósito de evitar os riscos aos participantes, e se compromete a resguardar a integridade física, psíquica e emocional dos participantes. Além, da medida de manter a privacidade da sua participação na coleta de dado, com a aplicação da entrevista em uma sala preservada.

O estudo traz como benefício desvelar os saberes dos enfermeiros neonatais quanto ao manejo da alta hospitalar, com o foco para as orientações e práticas de cuidados para a criança direcionada a família.

Você receberá orientações acerca da temática, e as informações que prestar durante a entrevista, além de relevantes para que o pesquisador possa compreender e analisar o seu conteúdo, serão utilizadas com a garantia de sigilo e anonimato em qualquer fase do estudo, isto porque quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será preservada por meio de um pseudônimo escolhido aleatoriamente pelo pesquisador.

Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que você trabalha.

Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem em área da saúde da criança

Os Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) são compostos por pessoas que trabalham para que todos os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos sejam aprovados de acordo com as normas éticas elaboradas pelo Ministério da Saúde. A avaliação dos CEPs leva em consideração os benefícios e riscos, procurando minimizá-los e busca garantir que os participantes tenham acesso a todos os direitos assegurados pelas agências regulatórias. Assim, os CEPs procuram defender a dignidade e os interesses dos participantes, incentivando sua autonomia e participação voluntária.

Procure saber se este projeto foi aprovado pelo CEP desta instituição. Em caso de dúvidas, ou querendo outras informações, entre em contato com o Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (CEP FM/UFF), por e.mail ou telefone, de segunda à sexta, das 08:00 às 17:00 horas: E.mail: etica@vm.uff.br Tel/fax:+55(21) 26299189 CEP UFF.(21) 2629-9189

Você receberá esse termo original com a assinatura dos pesquisadores envolvidos, onde constam os respectivos nomes e telefones, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Valdecyr Herdy Alves
(21) 995051765
herdyalves@yahoo.com.br

Luziane de Almeida Anacleto
(22) 99988-0062
luzianea@yahoo.com

Eu, _____, RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Niterói, _____ de _____ de 2019.

Assinatura do Participante

APÊNDICE B –ROTEIRO DE ENTREVISTA DA PESQUISA

- **Roteiro dos dados dos participantes**

1. Qual a sua idade?
2. Graduou-se em Enfermagem em que ano?
3. Possui pós-graduação? Se a resposta for afirmativa, informe em que área.
4. Há quanto tempo trabalha em UTIN?
5. Quais são as orientações aos pais /responsáveis sobre os cuidados realizados com os recém-nascidos durante a hospitalização?
6. Quando e como são iniciadas as orientações para a alta hospitalar dos recém-nascidos?
7. Nesta Instituição existe algum protocolo de orientações para a alta hospitalar? Se a resposta for afirmativa, descreva o protocolo.
8. Os pais e cuidadores tem acesso ou contato junto a UTIN para sanar eventuais dúvidas ou esclarecer problemas surgidos após a hospitalização do recém-nascido? Se a resposta for afirmativa, descreva como ocorre.
9. Fale sobre as ações realizadas no seu cotidiano tendo em vista a alta hospitalar do recém-nascido prematuro.
10. Relate os problemas mais comuns no processo assistência para o preparo da alta hospitalar dos recém-nascidos.

ANEXOS

ANEXO A - CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

 ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA DE RIO DAS OSTRAS
SECRETARIA DE SAÚDE

 Hospital Municipal de
RIO DAS OSTRAS

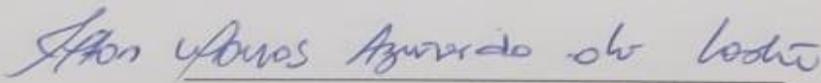
DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaramos que esta instituição tem interesse em participar do projeto: **MANEJO DA ALTA HOSPITALAR DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO: SABERES DOS ENFERMEIROS NEONATAIS**, proposto pelo pesquisador **Dr. Valdecyr Herdy Alves**, autorizando sua execução.

Declaramos ainda, conhecer e cumprir as Resoluções éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição co-participante e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esta autorização está condicionada à aprovação final da proposta pelo Comitê DE ÉTICA Em Pesquisa responsável por sua avaliação.

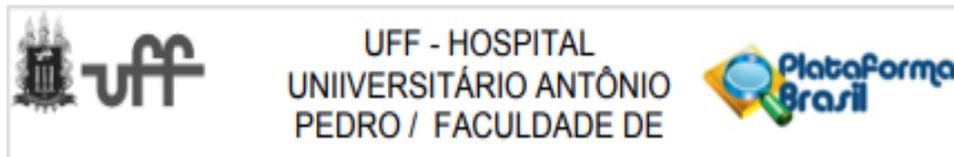
Rio das Ostras 14, de Maio de 2018.



DIREÇÃO MÉDICA

Dr. Ilton Marcos Azevedo de Castro
Médico
CREMERJ 52 84652-0

ANEXO B - CARTA DE AUTORIZAÇÃO DO CEP/HUAP/UFF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SABERES DOS ENFERMEIROS NEONATAIS SOBRE A ALTA HOSPITALAR

Pesquisador: Valdecyr Herdy Alves

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 98434918.9.0000.5243

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa

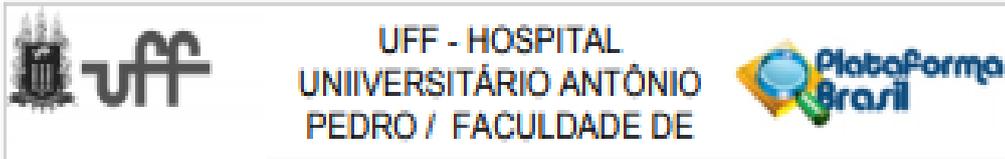
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.057.278

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa é proposto pelo Programa de Pós-Graduação da Enfermagem UFF e tem como objeto de estudo os saberes dos Enfermeiros no manejo da alta hospitalar do recém-nascido prematuro internado em UTI Neonatal (UTIN). Na literatura científica, há consenso de que desde a concepção até o nascimento de um filho, inúmeras são as expectativas dos pais. Mas, sabe-se também que no transcurso desse período, muitas situações inesperadas ocorrem, como o nascimento prematuro e/ou alterações fisiológicas, que levam à necessidade de que o recém-nascido (RN) seja encaminhado à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), ficando principalmente sob os cuidados da equipe de enfermagem durante as 24 horas do dia. A problematização articulada ao projeto tem como premissa dialogar entre os espaços teóricos constituídos, como a Lei (normatização) e a construção dos saberes que são desenvolvidos ao longo desse processo. O neonato é um pré-termo tido como um ser frágil, dotado de peculiaridades, faz com que seja merecedor de um cuidado e vigilância maiores do que os dispensados aos demais recém-nascidos, foco este também da pesquisa a ser desenvolvida. Para tanto, foi elaborado um questionário com 16 perguntas para mapear como está sendo elaborado o saber desta área em específico dos enfermeiros neonatais que está estruturado no campo da Metodologia deste projeto, cujas respostas remeterão aos procedimentos necessários ao manejo da alta hospitalar do recém-nascido prematuro. Foi então elaborada a seguinte questão norteadora: quais os saberes do enfermeiro neonatal necessários para o planejamento da alta



Continuação do Parecer: 3.067.278

hospitalar do RN hospitalizado na UTIN? Com esta pesquisa busca-se uma normalização e até a ressalva e evidencia deste campo da enfermagem no planejamento da alta hospitalar do RN hospitalizado na UTIN. Todas essas premissas terão como objetivo proporcionar a efetivação e valorização do enfermeiro na constituição de saberes de sua ciência considerando suas necessidades que são históricas e contemporâneas. Trata-se então de uma pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa onde busca apenas levantar informações sobre um determinado objeto, delimitando uma área de trabalho, mapeando as condições de explicar esse objeto. O cenário do estudo será a Unidade Neonatal do Hospital Municipal Naelma Monteiro da Silva, do Município do Rio das Ostras, Rio de Janeiro. Os participantes do estudo serão vinte e cinco (25) enfermeiros que atuam nas Unidades de Terapia Intensiva neonatal (UTIN) do cenário previamente mencionado. Assim, serão considerados como critério de inclusão: ser enfermeiro que esteja atuando em UTIN; atuando na assistência ou na gerência. Os critérios de exclusão abrangerão os que estejam em gozo de férias ou afastados por licença médica ou especial (premio) e ou seja outro profissional de saúde. As entrevistas serão realizadas em locais que garantam a privacidade dos participantes nos hospitais que servirão como cenário, sem prejuízo na atividade profissional de cada um. As entrevistas serão gravadas em aparelho digital e as gravações dos depoimentos serão transcritas na íntegra, para garantir a fidedignidade do que os profissionais de saúde relataram. Essas gravações e os respectivos textos serão armazenados por um período de cinco anos, sob a responsabilidade do pesquisador principal, e após esse prazo, excluídos, como prevê a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Após a transcrição das entrevistas, será realizada uma leitura minuciosa das informações coletadas visando facilitar a compreensão e interpretação do teor das mesmas. Os dados serão qualitativamente processados com base nas fases da análise de conteúdo na modalidade temática, a partir das seguintes etapas: 1) Pre-análise; 2) exploração do material; e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar os saberes dos enfermeiros neonatais que atuam na UTIN, durante o processo de alta hospitalar do RN;

Objetivo Secundário:

Analisar os saberes dos enfermeiros neonatais que atuam na UTIN, durante o processo de alta hospitalar do RN. Discutir à luz do referencial teórico, se esses saberes são determinantes para as

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar (Prédio Anexo)
Bairro: Centro **CEP:** 24.033-600
UF: RJ **Município:** NITERÓI
Telefone: (21)2622-9189 **Fax:** (21)2622-9189 **E-mail:** etica@vm.uff.br

Continuação do Parecer: 3.057.078

necessidades do RN e suas demandas de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o pesquisador, os riscos da pesquisa serão o constrangimento e o desconforto com a temática abordada durante a coleta de dados. O pesquisador ressalta que é treinado, se tornando capacitado para a aplicação do instrumento de coleta de dados, com o propósito de evitar os riscos aos participantes, e se compromete a resguardar a integridade física, psíquica e emocional dos participantes. Como benefício, relata que o estudo traz como benefício desvelar os saberes dos enfermeiros neonatais quanto ao manejo da alta hospitalar, com o foco para as orientações e práticas de cuidados para a criança direcionada a família.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa que apresenta relevância acadêmica e social para a área da enfermagem ligada aos cuidados neonatais. A metodologia está detalhada e irá contemplar os objetivos propostos pela pesquisa. O questionário foi anexado e as perguntas estão de acordo com a proposta do estudo. Nesta versão do projeto, o pesquisador cumpriu as exigências do parecer anterior. O cronograma encontra-se atualizado. O orçamento é próprio e está orçado em mil reais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi anexada a folha de rosto assinada pela diretora da faculdade de enfermagem. O TCLE está de acordo com as normas. Foi incluído o termo de anuência do hospital de Rio das Ostras assinado pelo diretor médico da instituição com respectivo carimbo e em papel timbrado da instituição e a mesma foi incluída na plataforma Brasil como instituição coparticipante. O cronograma encontra-se atualizado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

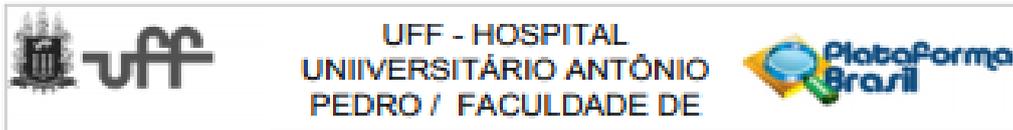
O projeto encontra-se APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1114798.pdf	13/11/2018 12:49:59		Aceito

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar (Prédio Anexo)
 Bairro: Centro CEP: 24.033-000
 UF: RJ Município: NITERÓI
 Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: etica@vvn.ufr.br



Continuação do Parecer: 3.057.378

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	12/11/2018 19:34:54	Valdecyr Hardy Alves	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	12/11/2018 19:15:34	Valdecyr Hardy Alves	Aceito
Folha de Rosto	doc.docx	09/09/2018 11:43:13	Valdecyr Hardy Alves	Aceito
Outros	carta.docx	09/09/2018 11:41:59	Valdecyr Hardy Alves	Aceito
Outros	entrevista.docx	09/09/2018 11:41:41	Valdecyr Hardy Alves	Aceito
TCE: / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tce.docx	09/09/2018 11:41:20	Valdecyr Hardy Alves	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

NITERÓI, 05 de Dezembro de 2018

Assinado por:
ROSANGELA ARRABAL THOMAZ
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar (Pólo Anexo)
 Bairro: Centro CEP: 24.033-900
 UF: RJ Município: NITERÓI
 Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: etica@vm.uff.br

