

Protocolo para a alta de bebê pré-termo: subsídios para a construção de uma proposta

A protocol for hospital discharge of premature babies: input to building a proposal

Protocolo para el alta de bebé pretérmino: contribuciones para la construcción de una propuesta

Marly Veronezⁱ; Ieda Harumi Higarashiⁱⁱ

RESUMO

Objetivo: analisar o desenvolvimento de um protocolo de alta para recém-nascidos prematuros, considerando a participação materna durante a hospitalização do bebê. **Método:** pesquisa descritiva e convergente assistencial, com seis mães cujos bebês ficaram internados nas unidades neonatais de um hospital escola de Maringá, em 2011. Os dados foram coletados mediante observação participante, registros em diários de campo da pesquisadora e entrevista com as mães, e submetidos à análise temática de conteúdo. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, Protocolo nº 296/2011. **Resultados:** apontaram oito agrupamentos temáticos que devem ser contemplados durante o preparo para a alta, envolvendo cuidados de higiene do bebê, amamentação, evolução clínica e rotinas de assistência. **Conclusão:** a alternância de situações de aprendizagem individual e coletiva é extremamente benéfica, dependendo dos conteúdos e objetivos que se pretende alcançar com as intervenções, conforme programação direcionada a cada binômio. **Palavras-chave:** Enfermagem; prematuro; alta do paciente; educação em saúde.

ABSTRACT

Objective: to analyze the development of a discharge protocol for newborn premature babies, taking into account the mother's participation during the baby's hospital stay. **Method:** this descriptive, convergent-care study of six mothers with babies in neonatal units of a university hospital in Maringá, in 2011. Data were collected through participant observation, field recordings and interviews of mothers, and were submitted to thematic content analysis. The study was approved by the research ethics committee, Protocol No. 296/2011. **Results:** pointed to eight thematic areas – involving the baby's hygiene, breast-feeding, clinical progress and care routines – which should be considered during preparation for discharge. **Conclusion:** it is extremely beneficial to alternate situations of individual and collective learning, depending on the content and proposed objectives of the interventions, to schedules designed for each pair involved.

Keywords: Nursing; premature; patient discharge; health education.

RESUMEN

Objetivo: analizar el desarrollo de un protocolo de alta para recién nacidos prematuros, considerando la participación materna durante la hospitalización. **Método:** investigación descriptiva y convergente asistencial, con seis madres cuyos bebés se quedaron internados en las unidades neonatales de un hospital escuela de Maringá, en 2011. Los datos fueron recolectados mediante observación participante, registros en diarios de campo y entrevista con las madres, y sometidos al análisis temático de contenido. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación, Protocolo nº 296/2011. **Resultados:** los resultados señalaron ocho agrupamientos temáticos que deben ser contemplados durante el preparo del alta, involucrando cuidados de higiene del bebé, lactancia, evolución clínica y rutinas de atención. **Conclusión:** la alternancia de situaciones de aprendizaje individual y colectivo es extremadamente benéfica, dependiendo de los contenidos y objetivos que se pretende alcanzar con las intervenciones, conforme programación dirigida a cada binomio.

Palabras clave: Enfermería; prematuro; alta del paciente; educación en salud.

INTRODUÇÃO

O nascimento do recém-nascido pré-termoⁱⁱⁱ (RNPT) remete a família à vivência de sentimentos contraditórios permeados de esperança ao presenciar a luta do bebê pela vida e de ansiedade frente à constante instabilidade clínica da criança. Diante desta situação, os pais são privados de realizar cuidados ao filho que é internado logo após o nascimento, sentindo-se inseguros e incapazes de atender às necessidades desse bebê após a alta hospitalar.

O cuidado holístico ao bebê prematuro hospitalizado e sua família deve focar-se para além dos cuidados rotineiros de higiene, alimentação e estímulo ao vínculo entre pais e filhos, habitualmente abordados pela equipe de saúde. Os aspectos inerentes à condição clínica da criança, assim como as perspectivas psicossociais e culturais da unidade familiar, também devem ser considerados durante o preparo dos pais para a alta¹.

ⁱEnfermeira. Mestranda em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: marlyveronez@gmail.com.

ⁱⁱEnfermeira. Doutora em Educação. Professora Permanente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: ieda1618@gmail.com.

ⁱⁱⁱRecorte da Dissertação de Mestrado *Protocolo de alta de neonatologia: importância da ação educativa no contexto do cuidado ao bebê pré-termo*. Universidade Estadual de Maringá – Paraná, Brasil.

Neste contexto, o presente estudo teve como objetivo analisar o desenvolvimento de um protocolo de alta para recém-nascidos prematuros, considerando a participação materna durante a hospitalização do bebê.

REVISÃO DE LITERATURA

É sabido que o envolvimento dos pais, bem como sua participação nos cuidados do filho prematuro dentro das unidades neonatais, é favorável à evolução clínica destes bebês, contribuindo para acelerar o processo de alta².

O preparo da família para a alta do prematuro da unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) é crucial para garantir a continuidade do cuidado ao recém-nascido (RN). Para o sucesso desta etapa, é recomendável que os pais participem de todo o processo, a partir do planejamento, integrando suas sugestões ao plano de cuidados. Observa-se que são insuficientes as estratégias utilizadas para garantir a continuidade do cuidado quando o RN recebe alta da UTIN e do hospital³.

Entretanto, na assistência ao RNPT, algumas dificuldades são relatadas na literatura, e a ausência de rotinas escritas e de registros sistemáticos em prontuário dificultam o seguimento da família. A falta de sistematização desse processo associada à inexistência de registros das informações prestadas sucede em orientações repetidas e fragmentadas resultando em incompreensão ou banalização dos ensinamentos. Constata-se, assim, a necessidade de um protocolo de alta para direcionar a resolução desse problema^{4,5}.

Nesse sentido, a planificação de ações sistematizadas, por meio de um protocolo de orientação para alta, configura-se como estratégia para dirimir inconsistências entre os membros da equipe, bem como para a otimização das atividades assistenciais e educativas.

Na enfermagem, os protocolos têm como finalidade colaborar para uniformização e padronização das diretrizes da assistência⁶.

METODOLOGIA

Estudo descritivo constituindo parte integrante da pesquisa intitulada *Protocolo de alta em neonatologia: a importância da ação educativa no contexto do cuidado ao bebê pré-termo* desenvolvido junto ao Programa de Pós-Graduação em nível de Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM).

Para sua implementação, utilizou-se do referencial metodológico da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), cuja principal característica é sua articulação intencional com a prática assistencial, o que ocorre principalmente durante a coleta de informações, quando os participantes da pesquisa (pesquisadores e componentes da amostra) se envolvem na assistência e na pesquisa, com a intencionalidade de provocar mudanças qualificadoras daquela assistência⁷.

Este estudo foi realizado no Hospital Universitário de Maringá (HUM) e teve como participantes mães de RN com idade gestacional (IG) inferior a 37 semanas e peso de nascimento igual ou superior a 1500 g. Foram considerados elegíveis os bebês que estiveram hospitalizados ao nascimento na UTIN ou unidade de cuidados intermediários (UCI) do HUM por, no mínimo, 72h. Por ser um hospital de referência para atendimento de bebês de risco, foram incluídas mães residentes no município de Maringá ou na região de abrangência da 15ª Regional de Saúde.

A coleta de dados ocorreu entre outubro e dezembro de 2011. O registro do processo de orientação realizou-se a partir da observação participante e do relatório das intervenções em diário de campo da pesquisadora. A avaliação deste processo de ensino-aprendizagem foi consolidada por meio da realização de entrevistas após a alta hospitalar no domicílio dos binômios e nos encontros realizados no ambulatório de especialidades por ocasião do retorno.

Considerando que a PCA permite uso de variados métodos, tanto para coleta como para análise dos dados, para o seu tratamento optou-se pela utilização da análise de conteúdo de Bardin⁸, na modalidade análise temática. Após a transcrição de todos os registros e entrevistas realizadas, os textos foram submetidos a várias leituras, passando pela leitura flutuante do conteúdo geral, até à leitura exaustiva e sistemática do *corpus*. Nesta fase, foram sublinhados segmentos dos textos, identificando-se os trechos que correspondiam aos objetivos do estudo, com a finalidade de agrupar os registros similares para codificá-los e organizá-los em categorias.

O estudo foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UEM, sob o protocolo nº296/2011 e considerados todos os preceitos éticos exigidos pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁹. Para garantir o anonimato dos sujeitos, a autoria dos relatos foi identificada com a inicial *M* referente às mães, seguidas de número arábico em sequência, conforme a participação das mesmas na pesquisa (*M1, M2... M7*).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo seis mães com idades entre 16 e 31 anos, sendo uma solteira e todas as demais tinham companheiro fixo ou eram casadas. Em relação aos RN, a idade gestacional (IG) ao nascimento variou de 31 a 36 semanas, e o peso ao nascer de 1560g a 2460g. O tempo de hospitalização oscilou de 10 a 49 dias; somente um dos bebês não necessitou de cuidados intensivos. Entre os diagnósticos de internação destacaram-se, além da prematuridade: síndrome do desconforto respiratório, infecção neonatal, taquipneia adaptativa, pequeno para idade gestacional e gastrosquise.

As mães receberam a primeira visita domiciliar (VD) entre o terceiro e o quinto dia após a alta hospitalar do bebê, conforme mostra a Figura 1.

Dos depoimentos emergiram três categorias que são analisadas a seguir.

Orientação para a alta e o cuidado domiciliar

Na primeira abordagem das mães, foi realizada uma avaliação com o objetivo de conhecer o contexto familiar, levantar o histórico obstétrico e investigar se as mesmas já haviam recebido alguma informação ou orientação após o nascimento do bebê. Das seis mães, uma foi orientada sobre a lavagem das mãos, outra foi instruída sobre troca de fraldas, oferta do leite no copinho e aleitamento materno (AM), enquanto quatro delas não haviam recebido qualquer informação prévia.

A partir do primeiro contato, eram programados os encontros seguintes, uma vez que as mães não permaneciam em tempo integral na unidade e algumas residiam em outros municípios. As mães eram gradativamente inseridas nos cuidados ao RN, de modo sistematizado, e adaptado às demandas e necessidades individuais, sempre com a observância do ritmo de aprendizagem de cada participante. Durante sua permanência no setor, eram efetuadas orientações diversas, com demonstração dos cuidados. Essa etapa mostrou-se um período rico para a

consolidação do vínculo afetivo do binômio mãe-filho, para a conquista da segurança materna para o cuidar e para a construção de uma relação de confiança entre a profissional pesquisadora e as mães.

A implementação das orientações se pautou em roteiro elaborado especificamente para este fim, em forma de *check-list* contemplando os conteúdos considerados primordiais ao preparo das mães para o cuidado do RN, baseado em protocolos utilizados por serviços de atendimento neonatal, bem como em outros materiais bibliográficos e educativos específicos, voltados à orientação materna^{10,11}.

Deste processo de orientação e preparo para a alta hospitalar, emanaram oito agrupamentos temáticos: Cuidados de higiene e conforto (banho, troca de fraldas, curativo do coto umbilical); Aleitamento materno (importância, manejo do AM, pega, ordenha, armazenagem, problemas mais comuns); Acompanhamento ponderal (ganho e perda ponderal, reflexos sobre o estado geral do RN, processo de crescimento do RN e lactente); Higiene das mãos (importância, realização da higiene correta); Cuidados específicos (relacionados ao diagnóstico ou quadro clínico do RN, curativos específicos e outros pro-

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6
Características das mães						
Idade	16	31	20	24	28	30
Escolaridade	Médio incomp.	Superior incomp.	Médio comp.	Médio comp.	Médio comp.	Médio incomp.
Estado civil	União estável	Casada	Solteira	Casada	Casada	Casada
Nº filhos anteriores	0	1	0	1	1	1
Renda (salários mínimos)	2	2	2	3	2	3
Tipo de parto	N	C	C	C	C	N
Características dos bebês						
Condições de nascimento						
P (g)	1750g	1740g	2110g	1560g	2460g	1905g
IG	31 sem	33 sem	36 sem	32 sem	36 sem	36 sem
Apgar	08/set	10/out	08/set	07/out	08/set	07/out
Sexo	Masculino	Masculino	Feminino	Feminino	Masculino	Feminino
Peso de alta (g)	2030g	1940g	3080g	1845g	2405g	1875g
Tempo de internação (dias)						
UTIN	10	13	36	4	8	0
UCI	6	5	8	21	0	11
ECM	8	8	5	9	2	3
Total	24	26	49	34	10	14
Nº encontros	10	14	10	11	4	6
Intervalo entre alta e 1º VD (dias)	3	5	5	3	3	3
Intervalo entre 1º e o 2º encontro após alta (dias)	4 (VA)	8 (VD)	7 (VD)	11 (VA)	23 (VA)	8 (VD)

Legenda: M = Mãe; P = peso; IG (sem) = Idade Gestacional; Escore de Apgar = 1º e 5º minuto; N = Normal; C = Cesário; UTIN = Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; UCI = Unidade de Cuidados Intermediários; ECM = Enfermaria de Cuidados Mínimos; VD = Visita Domiciliar; VA = Visita Ambulatorial.

FIGURA 1 – Caracterização das mães, dos RN e dados referentes ao tempo de internação e número de encontros realizados. Maringá – PR, outubro a dezembro de 2011.

cedimentos pertinentes); Rotinas assistenciais da UTIN (organização e atribuição de funções da equipe, horários e funcionamento, aparato tecnológico e procedimentos assistenciais, exames e orientações sobre vacinação); Cuidados gerais no domicílio (orientação sobre contato pessoal, aglomerações, banho de sol, sono e repouso); Informações sobre o estado clínico do bebê (quadro geral, procedimentos terapêuticos e resposta clínica).

Observou-se que, do total de oito grupamentos temáticos, quatro (cuidados de higiene e conforto, aleitamento materno, higiene das mãos, cuidados gerais no domicílio) eram contemplados no roteiro de orientações original, e quatro (cuidados específicos, rotinas assistenciais da UTIN, informações sobre estado clínico do bebê, acompanhamento ponderal), foram derivados de dúvidas e necessidades detectadas ao longo do processo de preparo das mães, não estando previstos no roteiro previamente elaborado.

Entre os grupamentos temáticos previstos no roteiro, os que mais foram trabalhados durante os encontros no hospital incluíram as orientações relativas aos cuidados de higiene e conforto do RN, tais como realização do banho, troca de fraldas, cuidados com o coto umbilical e controle da temperatura corporal, totalizando 20 intervenções educativas. Seguiram-se a este grupamento temático as orientações referentes ao aleitamento materno (16 intervenções); cuidados gerais com a criança no domicílio (13) e higiene das mãos (4).

No que tange às orientações não preconizadas ou previstas no roteiro, encontram-se os temas relacionados às rotinas assistenciais do setor, que demandaram 15 intervenções educativas, seguidas das abordagens relativas à perda e ganho ponderal, cuidados específicos com o RN e informação sobre o estado clínico (condição de saúde-doença) da criança, com três intervenções cada uma.

A sequência dos conteúdos abordados e o tempo demandado para tratar de cada um dos temas ou grupamentos temáticos variaram de acordo com a condição clínica do RNPT, as necessidades específicas das mães e as rotinas estabelecidas no setor.

No caso do ensino de cuidados, inicialmente eram explanados os passos do procedimento a serem seguidos e, posteriormente, a mãe realizava o cuidado conjuntamente ou sob a supervisão da pesquisadora. Com o passar dos dias observava-se que a mãe ia adquirindo habilidade e realizava os cuidados com maior segurança.

No caso da abordagem de temas relacionados à condição da criança, ou esclarecimentos sobre as rotinas e procedimentos usuais do serviço, o processo instrucional se dava de forma individual, evitando-se sobrepor estes temas à realização simultânea dos cuidados. Temas relativos aos cuidados gerais com o bebê eram tratados coletivamente quando possível. Para tanto, era selecionado um horário de maior conveniência e um local específico para que as mães pudessem esclarecer suas dúvidas.

A abordagem destes temas ou discussão de dúvidas, em comum com a participação de um maior número de mães, se mostrou bastante adequado, já que em tais condições as participantes sentiam-se mais à vontade para externar seus anseios, tendo em vista a possibilidade de troca de experiências e informações com outras mães.

A literatura destaca que reuniões semanais com grupos de pais proporcionam trocas de experiências e são vistas como fonte de apoio entre as famílias, além de oferecerem oportunidades de esclarecimentos de dúvidas em comum sobre patologias, procedimentos e rotinas da unidade¹⁰⁻¹⁴.

Construindo a autonomia materna para o cuidado

Durante a internação na UTIN, o direcionamento da intervenção norteou-se pelo quadro clínico da criança, bem como pela disponibilidade materna e necessidades específicas de aprendizagem. Na maioria das vezes, as mães não apresentavam plena consciência sobre suas necessidades de aprendizagem, moldando-se ao direcionamento proposto pelo roteiro de orientações. As dúvidas espontâneas, em geral, eram decorrentes de alguma intercorrência na evolução do filho internado.

As orientações voltadas ao aprendizado de técnicas e cuidados, ainda que básicos, como o banho e a troca de fraldas, foram os que demandaram maior repetição, tendo em vista o sequenciamento de passos requeridos para este tipo de ensino e a conquista gradativa de segurança para a realização do cuidado. A ordenha mamária e a oferta do leite, por via oral, foram orientações que também exigiram atenção especial e maior tempo para ensino.

Outro aspecto a ser considerado no contexto de preparo de alta é a não permanência das mães em período integral, no acompanhamento de seus filhos. Das seis mães que participaram do processo de treinamento, apenas duas residiam no município. Embora isto não tenha afetado a implementação da PCA, visto o agendamento antecipado de todos os encontros, depreendeu-se que, diante da adoção de um protocolo sistematizado de preparo para a alta no serviço, esta ausência materna poderia prejudicar o caráter de continuidade do processo instrucional.

Dificuldades de ordem social, financeira ou familiar, assim como a presença de outros filhos pequenos em casa podem dificultar a ida ao hospital e devem ser trabalhadas no processo de alta. A equipe de saúde deve investigar estes fatores logo no início da internação, com o intuito de viabilizar possibilidades de intervenção, direcionando redes de apoio formal ou informal^{13,14}.

Ressalta-se, neste contexto, que os profissionais de saúde devem ser e estar preparados para abordar a mãe quando presente na unidade junto ao filho, incentivando sua participação nos cuidados. A inserção materna de forma precoce reduz a ansiedade e aumenta a autoconfiança, facilitando deste modo o cuidado do bebê no domicílio¹⁵. Ademais, o tipo de assistência ofertada pela equipe de saúde pode levar as mães a expressarem seus sentimentos mais profundos, que as angustiam,

permitindo estabelecer um canal de comunicação efetivo entre profissionais e pais, o que fortalece laços afetivos e é um forte aliado no processo de assistência ao bebê prematuro¹⁶. No entanto, longos períodos de afastamento da mãe podem gerar respostas contrárias, como aumento do sentimento de insegurança em relação ao acompanhamento do RN, desapego, desinteresse, refletindo-se em maior demora na aquisição da autonomia para o cuidar.

Avaliação materna: orientação para a alta

Os resultados mostraram que, uma vez no domicílio, várias dúvidas e dificuldades emergiram sobre o processo de orientação efetivado durante a hospitalização do bebê. Assim, foram apontadas, por três das seis mães entrevistadas, dúvidas relacionadas ao banho, amamentação e controle da temperatura corporal.

Outras dificuldades identificadas foram problemas comuns de adaptação ambiental do RN, tais como o manejo das cólicas, citado por cinco mães e obstrução nasal, referenciados por quatro participantes. Tais resultados condizem com a literatura^{17,18}, em que famílias de bebês prematuros acompanhadas após a alta, referenciaram como principais dúvidas os cuidados de higiene/conforto, além de sinais e sintomas diversos do bebê, que incluíram temperatura corporal, congestão nasal e choro do RN.

Percebe-se que os conhecimentos adquiridos e habilidades desenvolvidas dentro do hospital são aliados importantes para a efetivação do cuidado no contexto domiciliar, no entanto, não se mostram suficientes para superar o medo e a insegurança em sua totalidade, demandando um tempo maior da mãe e família para sua adaptação.

[...] tive dificuldade na hora de dar banho nele, porque lá elas ajudavam [...] eu acho ele muito molinho. (M1)

[...] foi difícil no começo, me acostumar com ela em casa [...] no hospital tinha toda assistência, sempre estava vindo alguém. [...] aqui, tive que aprender tudo sozinha. (M2)

As mães, quando questionadas sobre o processo de orientação para a alta implementado durante a internação, e o resgate das informações recebidas, todas elas apresentaram dificuldade em lembrar boa parte dos conteúdos trabalhados, pela quantidade dos temas abordados. Nesta perspectiva, a adoção de materiais educativos pelos serviços, bem como a realização de encontros reservados junto às mães, para desenvolvimento de programa de educação em saúde, parecem ser alternativas interessantes para fortalecer o processo de aprendizado¹⁹.

Nossa! É muita coisa. Não vem na minha cabeça, é muita coisa que eu aprendi lá. (M1)

Dei uma lida também no livrinho (carteira vacinal) e aprendi bastante coisa [...] lá explica certinho o que a gente deve fazer [...] Quando ir ao médico [...] Aprendi que o bebê tem que se alimentar até os 6 meses só com o leite materno. (M3)

Outro aspecto importante relacionou-se a problemas com o agendamento do retorno ao ambulatório de

especialidades, referenciado por quatro das seis mães. Não obstante a coincidência das altas e agendamentos com o final do ano, o que implicou observar intervalos maiores entre a alta e o retorno, depreende-se que tenha havido algumas falhas no processo de comunicação entre a equipe médica e as mães.

As visitas domiciliares, por sua vez, possibilitam ajudar as famílias a superarem as dificuldades iniciais dentro do lar, sendo também um momento bastante adequado para o incentivo à manutenção do aleitamento materno¹², e para a identificação de eventuais lacunas decorrentes do processo de alta. Isso mostra de forma clara, que o preparo para a alta não deve constituir-se em ação trabalhada de forma pontual ou ocasional, devendo ter início com a chegada do bebê na unidade, estender-se durante o período de hospitalização, bem como na assistência domiciliar, através dos acompanhamentos ambulatoriais ou serviços especializados para suporte e apoio⁵.

Problemas relativos ao processo de comunicação, relacionamento interpessoal e dinâmica dos membros da equipe de saúde foram destacados nas entrevistas de forma negativa.

Eu fiquei bem perdida no começo [...] porque ninguém conversava comigo [...] Porque não são todas que são comunicativas [...] que esclarece as coisas. (M4)

Eles deviam explicar tudo o que acontece com o nenê, tudo o que vão fazer com o nenê. Eles iam fazer um monte de coisas e não falavam nada. Antes da gente perguntar, já saíam. (M1)

Sabe-se que o simples fato de os profissionais estarem abertos para ouvir, ameniza a ansiedade sentida pelos pais, humaniza o ambiente, ademais a informação correta é o caminho mais curto para tranquilizar os familiares^{20,21}. Atitudes de profissionais desmotivados para o acolher, podem ser interpretadas como descaso, desinteresse para como o outro, ou mesmo, como despreparo para o estabelecimento do relacionamento terapêutico.

Tendo em vista que, dentre os grupamentos temáticos não-preconizados pelo roteiro de orientação, o mais citado fazia referência às orientações sobre as rotinas assistenciais do setor, verifica-se a necessidade de uma revisão de todo o processo de orientação para a alta. Para superar tal dificuldade, faz-se necessário valorizar o acolhimento, oportunizando que os pais e a família como um todo exponham suas dúvidas de maneira que a equipe possa nortear a assistência frente às necessidades peculiares de cada caso²². Ainda, é preciso manter um canal permanente de comunicação que viabilize a participação dos familiares no processo de hospitalização, desta forma a humanização é incentivada por meio de ações educativas, destacando-se aqui a importância do enfermeiro da UTIN no lidar com o familiar, que é sujeito ativo no processo de cuidado e também uma extensão do cliente crítico^{23,24}.

CONCLUSÃO

Os resultados ratificam a importância da adoção de um protocolo de orientação para a alta do RNPT, como estratégia para a sistematização da assistência em direção à conquista da autonomia materna no cuidado ao filho, bem como para a equalização de condutas da equipe cuidadora.

Os protocolos utilizados em outros serviços de neonatologia constituíram referenciais importantes para a implementação da pesquisa de campo deste estudo. A PCA associada às entrevistas no período pós-alta possibilitaram a identificação de outros aspectos importantes, apontando lacunas a serem preenchidas no sentido de qualificar ainda mais este processo de orientação.

Observou-se a necessidade de implementação de um processo educativo-assistencial individualizado, que respeite o ritmo de aprendizagem e o estado de prontidão para *o aprender* de cada mãe ou familiar. Partiu-se de uma etapa inicial de oferta de aporte teórico e operacional para o procedimento a ser ensinado, passando pela demonstração prática desse cuidado, até a consecução do envolvimento e participação ativa da mãe. Com vistas à aquisição da autonomia, a participação materna, primeiramente, se dá de forma auxiliada e orientada, progredindo até a realização do cuidado integral, com a supervisão da equipe.

Face às demandas apresentadas pelas participantes deste estudo, os cuidados básicos com a alimentação (AM e outros) e com a higiene do RN, foram os tópicos que exigiram mais intervenções educativas. As orientações abrangeram os tópicos principais: aleitamento materno, higiene das mãos, cuidados gerais no domicílio, cuidados específicos, rotinas assistenciais da UTIN, informações sobre estado clínico do bebê, acompanhamento ponderal. Conclui-se que a alternância de situações de aprendizagem individual e coletiva é extremamente benéfica, dependendo dos conteúdos e objetivos que se pretende alcançar com as intervenções, conforme programação direcionada a cada binômio.

Por se tratar de estudo envolvendo uma realidade assistencial específica, os resultados e conclusões não podem ser generalizados para outros contextos. Não obstante tal limitação, a presente investigação contribui para a sistematização da atenção neonatal, incentivando o fortalecimento de práticas educativas e assistenciais, voltadas ao processo de acolhimento e preparo para a alta de RN prematuros, consolidadas numa abordagem participativa e centrada na família.

REFERÊNCIAS

1. Couto FF, Praça NS. Recém-nascido prematuro: suporte materno domiciliar para o cuidado. *Rev Bras Enferm.* 2012; 65(1):19-26.
2. American Academy of Pediatrics. Hospital discharge of the high-risk neonate. New AAP policy statement. *Pediatrics.* 2008; 122:1119-26.
3. Oliveira SR; Sena RR. A alta da unidade de terapia intensiva neonatal e a continuidade da assistência: um estudo bibliográfico. *Rev Min Enferm.* 2010; 14(1):103-9.
4. Schmidt, KT. Percepção de mães acompanhantes acerca do preparo para alta hospitalar de bebê prematuro: ações da equipe de saúde em unidade de terapia intensiva neonatal [dissertação]. Maringá (PR): Universidade Estadual de Maringá; 2011.
5. Shmidt KT, Bessa JB, Rodrigues BC, Arenas MM, Corrêa DAM, Higarashi IH. Recém-nascidos prematuros e a alta hospitalar: uma revisão integrativa sobre a atuação da enfermagem. *Rev Rene Fortaleza.* 2011; 12(4): 849-58.
6. Ataka T, Oliveira LSS. Utilização de protocolos de enfermagem no programa de saúde da família no município de São Paulo. *Saúde Coletiva (Barueri imp.).* 2007; 3(13):19-24.
7. Paim L, Trentini M, Madureira VSF, Stamm M. Pesquisa convergente assistencial e sua aplicação em cenários da enfermagem. *Cogitare Enferm.* 2008; 13(3):380-6.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa (Pt): Edições 70; 2010.
9. Ministério da Saúde (Br). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº196/96 – Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): CNS; 1996.
10. Miaki M, Sarquis AL, Shimidtké AM. Alta do recém-nascido prematuro, normal e patológico. In: Procianny RS, Leone CR, editores. Sociedade Brasileira de Pediatria, organizadora. Programa de Atualização em Neonatologia (PRORN). Porto Alegre (RS): Artmed; 2007. p.57-101.
11. Fonseca LMM, Scochi CGS. Cuidados com o bebê prematuro: orientações para a família. 3ª ed. Ribeirão Preto (SP): FIERP; 2009.
12. Bengozi TM, Souza SNDH, Rosseto EG, Radigonda B, Hayakawa LM, Ramalho DP. Uma rede de apoio à família do prematuro. *Cienc Cuid Saude.* 2010; 9(1):155-60.
13. Gaíva MAM, Scochi CGS. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. *Rev Bras Enferm.* 2005; 58(4): 444-8.
14. Martinez JG, Hernández JR, Scochi CGS. The hospitalized pre-term newborn: the significance of parentes' participation in the Neonatal Unit. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2013; 21(6):1360-6.
15. Moraes AC, Quirino MD, Almeida MS. O cuidado da criança no domicílio. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22(1):24-30.
16. Cartaxo LS, Torquato JA, Agra G, Fernandes MA, Platel ICS, Freire MEM. Vivência de mães na unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev enferm UERJ.* 2014; 22(4):551-7.
17. Sassá AH. Assistência de enfermagem ao bebê nascido de muito baixo peso e a família no domicílio [dissertação de mestrado]. Maringá (PR): Universidade Estadual de Maringá; 2011.
18. Sassá AH, Gaíva MAM, Higarashi IH, Marcon SS. Ações de enfermagem na assistência domiciliar ao recém-nascido de muito baixo peso. *Acta Paul Enferm.* 2014; 27(5):492-8.
19. Ferecini GM, Fonseca LMM, Leite AM, Daré MF, Assis CS, Scochi CGS. Percepções de mães de prematuros acerca da vivência em um programa educativo. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22(3):250-6.
20. Gibaut MAM, Hori LMR, Freitas KS, Mussi FC. Conforto de familiares em unidade de terapia intensiva frente ao acolhimento. *Rev esc enferm USP.* 2013; 47(5):1117-24.
21. Gomes GC, Oliveira PK. Vivências da família no hospital durante a internação da criança. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012; 33(4):165-171.
22. Maestri E, Nascimento ERP, Bertoncello KCG, Martins, JJ. Estratégias para o acolhimento dos familiares dos Pacientes na unidade de terapia intensiva. *Rev enferm UERJ.* 2012; 20(1):73-8.
23. Oliveira CN, Nunes EDCA. Cuidando da família na UTI: desafio de enfermeiros na práxis interpessoal do acolhimento. *Texto Contexto Enferm.* 2014; 23(4): 954-63.
24. Passos SSS, Silva JO, Santana VS, Santos VMN, Pereira A, Santos LM. O acolhimento no cuidado a família numa unidade de terapia intensiva. *Rev enferm UERJ.* 2015; 23(3):368-74.