

RIASE

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

**ESTRATÉGIAS NA CONTINUIDADE DO CUIDADO
PÓS-ALTA A RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS
OU DE BAIXO PESO**

**ESTRATEGIAS EN LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN
POST-ALTA PARA RECIÉN-NACIDOS PREMATUROS
O DE BAJO PESO**

**STRATEGIES IN THE CONTINUITY
OF POST-DISCHARGE CARE TO PREMATURE
OR LOW-WEIGHT NEWBORNS**

Olívia Barbosa Engenheiro – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal do Hospital Espírito Santo de Évora, Évora, Portugal. ORCID: 0000-0001-8392-7853

Graça Maria Antúnes De Carvalho – Instituto Politécnico de Portalegre, Portalegre, Portugal. ORCID: 0000-0003-4143-3390

VOL. 6 N.º 1 ABRIL 2020

SUBMISSÃO: 17-01-2020 REVISÃO: 11-02-2020 APROVAÇÃO: 23-02-2020

RESUMO

Objetivo: identificar em artigos publicados por enfermeiros em base de dados, as estratégias utilizadas na continuidade de cuidados de enfermagem aos recém-nascidos prematuros ou de baixo peso após a alta hospitalar.

Metodologia: estudo de Revisão Integrativa da Literatura, com abordagem qualitativa, sendo a pesquisa realizada nas bases de dados CINAHL, MEDLINE, MEDICLATINA e SciELO com o friso cronológico de 2009-2017. Foi utilizado o método PICO na elaboração da pergunta de pesquisa e na definição dos critérios de inclusão para a seleção dos artigos.

Resultados: após a análise dos artigos surgiram quatro temas: Planeamento da alta; Preocupações e dificuldades dos pais no cuidado domiciliar; Estratégias na continuidade do cuidado após a alta; Rede de apoio familiar e social na transição do cuidado.

Conclusões: a visita domiciliária surge como uma importante e efetiva componente estratégica de cuidado após a alta, incluindo sempre a avaliação do estado de saúde do recém-nascido e das competências parentais. Deve ser realizada na primeira semana pós-alta, por uma enfermeira da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal, em articulação com os Cuidados de Saúde Primários, mantendo o acompanhamento por contacto telefónico na 2.ª e na 4.ª semana.

Descritores: prematuridade; alta hospitalar; continuidade de cuidados; capacitação parental; enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: identificar en los artículos publicados por las enfermeras en la base de datos, las estrategias utilizadas en la continuidad de la atención de enfermería para recién nacidos prematuros o de bajo peso al nacer después del alta hospitalaria.

Metodología: estudio de Revisión Integrativa de Literatura, con enfoque cualitativo, y la investigación realizada en las bases de datos CINAHL, MEDLINE, MEDICLATINE y SciELO con el friso cronológico de 2009-2017. El método PICO se utilizó para elaborar la pregunta de investigación y definir los criterios de inclusión para la selección de artículos.

Resultados: después de analizar los artículos, surgieron cuatro temas: Planificación del alta; Preocupaciones y dificultades de los padres en la atención domiciliaria; Estrategias para la continuidad de la atención después del alta; Red de apoyo familiar y social en la transición asistencial.

Conclusiones: las visitas domiciliarias aparecen como un componente estratégico importante y efectivo de la atención después del alta, que siempre incluye la evaluación de la salud del recién nacido y las habilidades parentales. Debe realizarse en la primera semana después del alta por una enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, junto con Atención Primaria de Salud, manteniendo el seguimiento por contacto telefónico en la semana 2 y la semana 4.

Descriptor: prematuridad; alta hospitalaria; continuidad de la atención; entrenamiento parental; enfermería.

ABSTRACT

Objective: to identify in articles published by nurses in the database, the strategies used in the continuity of nursing care for premature or low-birth weight newborns after hospital discharge.

Methodology: integrative Literature Review Study, with a qualitative approach, and the research was conducted in the databases CINAHL, MEDLINE, MEDICLATINA and SciELO with the chronological frieze of 2009-2017. The PICO method was used to elaborate the research question and to define the inclusion criteria for the selection of articles.

Results: after analyzing the articles, four themes emerged: Discharge planning; Concerns and difficulties of parents in home care; Strategies for continuity of care after discharge; Family and social support network in the care transition.

Conclusions: home visits appear as an important and effective strategic component of care after discharge, always including the assessment of newborn health and parenting skills. It should be performed in the first week after discharge by a nurse from the Neonatal Intensive Care Unit, in conjunction with Primary Health Care, maintaining follow-up by telephone contact at week 2 and week 4.

Descriptors: prematurity; hospital discharge; continuity of care; parental training; nursing.

INTRODUÇÃO

A prematuridade como causa de mortalidade infantil tem sido estudada em diferentes países, sendo considerada o coeficiente de síntese da qualidade de vida e um indicador geral do nível de saúde e desenvolvimento de uma população⁽¹⁾. Os avanços tecnológicos aliados ao conhecimento científico têm permitido a sobrevivência de recém-nascidos (RNs) cada vez mais prematuros, sendo atualmente a redução da morbilidade um dos objetivos major em neonatologia⁽²⁾.

Segundo a Organização Mundial de Saúde⁽³⁾ os bebés nascidos vivos antes das 37 semanas são denominados prematuros. Muitos destes bebés nascem com um peso adequado à idade gestacional (IG). Contudo se o peso ao nascer for inferior ao percentil dez ou a dois desvios padrão abaixo da média são considerados Leves para a Idade Gestacional (LIG). Assim mesmo que sejam de termo, apresentam um maior risco de desenvolverem complicações no período neonatal⁽⁴⁾.

Os RNs são também classificados segundo o peso à nascença: extremo baixo peso (<1000g); muito baixo peso (1000g-1500g) e baixo peso (<2500g). Atendendo à IG considera-se três categorias de RNs prematuros: <28 semanas e/ou com peso <1000g, são classificados de prematuridade extrema e de risco muito elevado; entre 28-32 semanas e/ou com peso à nascença entre 1000g-1500g, são classificados de prematuridade moderada e de risco elevado; entre 33-36 semanas e/ou com peso à nascença entre 1500g-2500g são classificados de pré-termo limiar e de baixo risco⁽³⁾.

Dependendo da IG e do peso com que nasceu o RN prematuro pode desenvolver várias complicações relativas à sua prematuridade sendo as mais frequentes: alterações no desenvolvimento cognitivo, motor e respiratório, requerendo cuidados prolongados por problemas visuais, auditivos, neuromusculares, cognitivos, verbais, comportamentais, de crescimento e desenvolvimento que podem persistir durante a adolescência e idade adulta⁽⁵⁾.

A taxa global de partos prematuros é de 11% a nível mundial, variando de 5% em países da Europa a 18% em África. Anualmente em todo o mundo, cerca de 30 milhões de bebés nascem prematuros ou com baixo peso⁽³⁾. Em Portugal todos os dias nascem em média 17 bebés prematuros, verificando-se um aumento nos últimos anos da taxa bruta de prematuridade no país, apontando as estatísticas oficiais para 8,4% e a prevalência de prematuros abaixo das 32 semanas de 1,2%⁽⁶⁾.

O complexo processo do nascimento prematuro afeta diretamente a estrutura familiar, alterando as expectativas, dificultando a adaptação à parentalidade⁽¹⁾. O termo parentalidade pode ser definido como um processo maturativo que leva a uma reestruturação psicoafectiva permitindo a dois adultos tornarem-se pais, implicando transição com aumento de responsabilidades, sendo influenciada pelos modelos parentais de cada um dos elementos do casal, construídos pela família de origem⁽⁷⁾.

Chick e Meleis⁽⁸⁾ definem transição como mudança de vida, passagem ou movimento de um estado para outro, referindo-se quer ao processo como ao próprio objetivo da interação cliente-ambiente. A transição implica uma mudança de estado de saúde, de relações, de expectativas e de habilidades, pelo que o cliente, consoante o contexto e a situação, tem de incorporar novos conhecimentos.

A transição para a parentalidade como fase de mudança tem um impacto ainda maior com o nascimento prematuro e a hospitalização imposta pelo estado clínico do RN. Os pais sentem-se incompletos e perdidos encarando-o como um choque ao qual não sabem como reagir. Para além do impacto do parto ser antes do tempo previsto, o bebé real não corresponde ao que foi sonhado, o que implica muitas vezes uma crise de identidade parental⁽⁹⁾.

Segundo Meleis e Trangenstein⁽¹⁰⁾ os enfermeiros são a chave para a identificação e compreensão destes fenómenos, prevendo ações de enfermagem dentro deste processo de transições, atuando como agentes “facilitadores,” assumindo um papel preponderante de ajuda, para que os pais consigam ultrapassar estas mudanças de forma positiva.

Neste contexto objetivou-se para este estudo identificar em artigos publicados por enfermeiros em base de dados, as estratégias utilizadas na continuidade de cuidados de enfermagem aos RNs prematuros ou de baixo peso após a alta hospitalar.

METODOLOGIA

Desenho do estudo

Com a intenção de sintetizar o estado do conhecimento sobre a continuidade de cuidados após a alta, aos RNs prematuros ou de baixo peso, recorreu-se aos princípios de uma Revisão Integrativa da Literatura sobre a temática.

A revisão integrativa da literatura tem sido referida como uma ferramenta importante na síntese das evidências disponíveis sobre determinada temática e direciona a prática fundamentada em conhecimento científico, isto é, para a prática baseada na evidência⁽¹¹⁾. Este

tipo de revisão apresenta seis etapas: identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa, amostragem ou pesquisa da literatura, colheita de dados, análise crítica dos estudos incluídos, interpretação e discussão dos resultados e apresentação da revisão/síntese de conhecimento⁽¹¹⁻¹²⁾. Contribui para a construção de políticas em saúde.

População, critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos artigos publicados entre os anos de 2009 e 2017, disponíveis na íntegra de acesso gratuito, nos idiomas inglês, espanhol e português, que abordassem a temática proposta e em que pelo menos um dos autores fosse Enfermeiro. Excluíram-se editoriais, cartas ao editor, estudos de revisão, teses, dissertações, artigos repetidos e estudos que não correspondessem à temática relevante ao objetivo da revisão.

Protocolo do estudo e fontes de dados

Utilizou-se o método PICO⁽¹³⁾ na elaboração da questão orientadora e na definição dos critérios de inclusão para a seleção dos artigos (Tabela 1). Seguindo este fio condutor formulou-se a seguinte pergunta de pesquisa: Que estratégias adotar na continuidade de cuidados de enfermagem (I) aos RNs prematuros ou de baixo peso (P) após a alta (Co)?

Tabela 1 – Critérios para a formulação da pergunta PICO⁽¹³⁾.

P	Participantes	Alvo do estudo	RNs Prematuros RNs de baixo peso
I	Área de Interesse (Interest area)	O que se pretendia saber	Modos de realizar/estratégias Continuidade de cuidados após a alta
Co	Contexto	Onde foi realizado	Domicílio (Após a alta)

Fonte: Autores.

Da pergunta estruturada segundo o acrónimo PICO e partindo do descritor MeSH Browser obteve-se as seguintes palavras-chave: Premature; Low-birth weight; Patient discharge; Transitional Care; Home nursing care, que foram organizadas com a adição do booleano OR e AND, em inglês e português. A pesquisa realizou-se nas bases de dados CINAHL, MEDLINE, MEDICLATINA e SciELO inseridas nas plataformas EBSCO e B-ON.

Extração e Análise dos resultados

Para análise das informações foi utilizada uma folha de cálculo no *software Microsoft Excel®* composta pelos itens: base de dados, periódico, idioma, autor(es), ano de publicação, país, objetivo do estudo, abordagem metodológica utilizada e nível de evidência, tipo de intervenção que foi executada e conclusões.

Foi utilizada a proposta do Instituto Joanna Briggs, 2014⁽¹⁴⁾ para definir o nível de evidência (NE): Nível 1 – Desenhos de estudos experimentais: 1.a – Revisão sistemática de ensaios aleatórios controlados; 1.b – Revisão sistemática de ensaios aleatórios, controlados e outros desenhos de estudo; 1.c – Ensaio controlado aleatórios; 1.d – Pseudoensaios controlados, aleatórios. Nível 2 – Desenhos quase experimentais: 2.a – Revisão sistemática de estudos quase experimentais; 2.b – Revisão sistemática de quase experimentais e outros desenhos de estudo de menor evidência; 2.c – Estudos prospectivamente controlados de quase experimentais; 2.d – Pré-teste e pós-teste ou estudos de grupos controlados históricos retrospectivos. Nível 3 – Observacional – desenhos analíticos: 3.a – Revisão sistemática de estudos de cortes comparáveis; 3.b – Revisão sistemática de cortes comparáveis e outros desenhos de estudo de menor evidência; 3.c – Estudo de corte com grupo controle; 3.d – Estudo de caso controle; 3.e – Estudos observacionais sem um grupo controle. Nível 4 – Observacional – estudos descritivos: 4.a – Revisão sistemática de estudos descritivos; 4.b – Estudo transversal; 4.c – Séries de casos; 4.d – Estudo de caso. Nível 5 – Opinião de peritos – Estudos laboratoriais: 5.a – Revisão sistemática de opinião de peritos; 5.b – Consenso de peritos; 5.c – estudos laboratoriais/opinião de um perito.

Aspetos éticos

Por se tratar de uma revisão integrativa da literatura e não envolver seres humanos, não foi necessário obter um parecer de uma comissão de ética. No entanto, foram tidos em consideração os princípios éticos a observar neste tipo de pesquisa, como o rigor, a integridade e a fiabilidade, em todo o processo metodológico, na referenciação dos autores, bem como, na análise e apresentação dos dados.

RESULTADOS

Num total de 24 artigos encontrados, foram selecionados 11 que cumpriram os critérios de inclusão e que se enquadravam com o objetivo proposto. Com a finalidade de obter os dados dos artigos selecionados, para posterior análise foi elaborado um instrumento de recolha, considerando como variáveis: Autores/Ano/País; Tipo de estudo/Nível de evidência/Amostra e Objetivos (Tabela 2).

Os 11 artigos analisados foram encontrados na sua totalidade em revistas de saúde, dos quais 72,7% (8) foram publicados em revistas de enfermagem. Quanto ao idioma 81,8% foram publicados em língua portuguesa (8 realizados no Brasil e 1 em Portugal) e 18,2% (2) em língua inglesa oriundos da Alemanha e Tailândia.

Em relação à abordagem metodológica a maioria das pesquisas resultaram em estudos descritivos 72,7% (8) dos quais 54,5% (6) utilizaram uma abordagem qualitativa e 18,1% (2) quantitativa, 18,1% (2) surgiram de revisões integrativas. Com uma representatividade de 9% surge um estudo randomizado controlado.

Tabela 2 – Matriz síntese dos estudos analisados.

Autores/Ano/País	Tipo de Estudo/Nível evidência e amostra	Objetivos
Morais AC, Quirino MD, Almeida MS ⁽¹⁵⁾ 2009/Brasil	Estudo descritivo qualitativo (NE=4b) Entrevista e observação N=7 mães	Identificar e descrever o cuidado domiciliar prestado pela mãe e/ou responsáveis à criança prematura e os aspetos que interferem neste processo.
Souza NL, Fernandes ACP, Costa ICC, Enders CB, Carvalho JBL, Silva MLC ⁽¹⁶⁾ 2010/Brasil	Estudo descritivo qualitativo (NE=4b) Entrevista N=24 mães	Explorar as vivências maternas no cuidar do RN prematuro em casa e analisar as suas dificuldades na assistência materno-infantil, após alta.
Sassá AH, Rosa TCS, Souza SNDH, Rossetto EG ⁽¹⁷⁾ 2011/Brasil	Estudo descritivo quantitativo (NE=4b) N=86 famílias	Caracterizar famílias e RNs de muito baixo peso que receberam a visita e sistematizar os problemas encontrados e as intervenções realizadas.
Fonseca EL, Marcon SS ⁽¹⁸⁾ 2011/ Brasil	Estudo descritivo qualitativo (NE=4b) Entrevista N=6 mães	Identificar as dificuldades percebidas pelas mães no cuidado aos RNs de baixo peso no domicílio e conhecer os recursos utilizados diante das intercorrências na saúde.
Lopez GL, Anderson KH, Feutchinger J ⁽¹⁹⁾ 2012/Alemanha	Estudo de revisão integrativa (NE=4a)	Descrever os resultados de uma revisão de literatura que examina a continuidade e a segurança do cuidado pós-alta ao prematuro e o modo como é assegurada.
Braga PP, Sena RR ⁽²⁰⁾ 2012/Brasil	Estudo de revisão integrativa (NE=4a)	Identificar as estratégias utilizadas para efetivar a continuidade do cuidado às crianças prematuras após alta.
Wangruangsatid R, Srisuphan W, Picheansathian W, Yenbut J ⁽²¹⁾ 2012/Tailândia	Estudo randomizado controlado (NE=1b) N=72 mães, N=81 prematuros 2 grupos (experimental e controlo)	Avaliar os efeitos de um programa de cuidados de transição desenvolvido por enfermeiros para mães de RNs prematuros na transição do hospital para o lar e a doença física, crescimento e desenvolvimento dos RNs.
Frota MA, Silva PFR, Moraes SR, Martins EMCS, Chaves EMC, Silva CAB ⁽²²⁾ 2013/Brasil	Estudo descritivo qualitativo (NE=4b) Entrevista N=9 mães	Conhecer a percepção da mãe sobre a alta hospitalar e o cuidado do RN prematuro no domicílio após a primeira semana de alta.
Sassá AH, Gaíva MAM, Higarashi IH, Marcon SS ⁽²³⁾ 2014/Brasil	Estudo descritivo qualitativo (NE=4b) Entrevista e observação N=9 famílias	Descrever as ações de enfermagem implementadas no contexto domiciliar, a partir das necessidades apresentadas pelas famílias de RNs nascidos de muito baixo peso.
Santos LC, Balaminut T, Souza SNDH, Rossetto EG ⁽²⁴⁾ 2014/Brasil	Estudo descritivo qualitativo (NE=4b) N=21 mães	Compreender o significado que tem para as mães de RNs prematuros as visitas realizadas por enfermeiras neonatais antes e depois da alta.
Roque SG, Costa GA ⁽²⁵⁾ 2014/Portugal	Estudo descritivo quantitativo (NE=4b) N=83 processos informáticos de RNs internados na UCIN	Descrever quais os ensinamentos abordados e preconizados na preparação dos pais para o cuidar do RN após a alta e identificar os locais de anotação mais utilizados.

Fonte: Autores.

DISCUSSÃO

Após a análise dos artigos na íntegra, sobressaíram quatro temas: Planeamento da alta; Preocupações e dificuldades dos pais no cuidado domiciliar; Estratégias na continuidade do cuidado após a alta; Rede de apoio familiar e social na transição do cuidado.

Planeamento da alta

A construção de um plano de alta em conjunto com os pais deve ser iniciado no momento do acolhimento, mantendo-se ao longo de todo o internamento. A capacitação dos pais inicia-se após a estabilidade clínica do RN e a disponibilidade de aprender, abrangendo um cuidado específico durante o internamento e a sua continuidade no domicílio, direcionada às suas dificuldades e às necessidades concretas dos neonatos^(15,17,19,21-23,25).

As competências dos pais/família estão relacionadas com a capacidade de cuidar, da compreensão que possuem em relação às respostas de satisfação da criança e de fatores como a cultura familiar, o nível educacional, fatores psicossociais e financeiros que influenciam o entendimento e aceitação do RN^(15,19-22). Tendo estes fatores em consideração os enfermeiros devem favorecer o desenvolvimento de habilidades e aquisição de conhecimentos específicos, recorrendo a estratégias motivadoras de capacitação (emocionais, psicológicas e sociais) que podem ajudar a adquirir segurança e aumentar a competência familiar no cuidado domiciliar. O domínio das habilidades e comportamentos necessários para prestar cuidados aos RNs e integrar uma identidade reformulada são indispensáveis para que a família transite (essencialmente a mãe) com sucesso do hospital para casa.

Quando a mãe atinge o domínio das habilidades e comportamentos necessários para cuidar do seu filho irá ser bem-sucedida em integrar o cuidado e a identidade da criança na sua vida, melhorando a saúde da díade, refletindo-se no crescimento e desenvolvimento da criança^(16,18-23).

O enfermeiro é reconhecido como facilitador do processo de construção de autonomia da família no cuidado ao neonato após alta. Para que este processo seja bem-sucedido, é necessária a definição clara dos ensinamentos a realizar, bem como a avaliação da sua compreensão. Como temas de incidência dos ensinamentos foram apontados: características da prematuridade, banho, cordão umbilical, pele, limpeza das vias aéreas, amamentação, aleitamento artificial, posicionamento, segurança, desenvolvimento infantil, choro, sono, vacinação, sinais de alarme, vinculação, parentalidade e problemas comuns do RN^(17,19,21,24-25).

Durante o período de internamento os pais são incentivados a participar na preparação para a alta e capacitados de forma gradual para realizar cuidados gerais, como administrar medicamentos, alimentar o RN, cuidados de higiene e conforto, sono e repouso, envolvendo-os no processo de aprendizagem, não apenas como recetores passivos de informação, mas como sujeitos ativos da educação^(19,22,24-25).

Como parte integrante deste processo de cuidados de transição as sessões grupais com os pais mostraram ser eficazes,^(19,21,25) bem como a visita domiciliária (VD) na pré-alta com a finalidade de apoiar e auxiliar a família na preparação do lar^(17,24).

Preocupações e dificuldades dos pais no cuidado domiciliar

As preocupações dos pais no cuidado ao RN prematuro ou de baixo peso em contexto familiar prendem-se sobretudo com as complicações, porque o associam a um ser frágil e indefeso e com maior probabilidade de adoecer. Para os pais a preocupação após o nascimento e durante a hospitalização concentra-se na sua sobrevivência e após a alta é substituída pela manutenção da sua saúde. Isto deve-se à perceção de que mesmo obtida a estabilidade clínica, estes RNs podem apresentar intercorrências, havendo riscos para a sua saúde^(15-16,18,22-23).

A mãe é o membro da família que sofre o maior impacto das alterações na rotina diária^(15-16,18-22). Apesar de se mostrarem satisfeitas por terem os filhos em casa, referiram o peso da responsabilidade de cuidar de RNs vulneráveis sem o apoio das equipas hospitalares^(16-19,22-23). Ir para a casa acarreta dificuldades, independente do contexto de vida, experiências anteriores ou idade dos pais. As dificuldades referidas pelas famílias foram as mudanças na dinâmica familiar, alterações nas rotinas diárias, condições do domicílio e ambiente, questões relacionadas com os serviços de saúde, características do RN, o aumento das tarefas domésticas como causa de um repouso inadequado, que influencia a recuperação puerperal, a produção do leite e a identificação do papel materno^(15-16,18,21-22).

A chegada ao domicílio é um período crítico de adaptação do neonato e dos pais ao novo ambiente. A atribuição de papéis a cada membro da família indica a partilha de responsabilidades e a emoção mostrada diante de dificuldades decorrentes da prematuridade.

Estratégias na continuidade do cuidado após a alta

O RN prematuro ou de baixo peso é uma criança de alto risco, suscetível a uma série de complicações decorrentes da imaturidade dos múltiplos sistemas e que necessita de cuidados especiais, após a alta, para anormalidades neurológicas, atrasos no crescimento e desenvolvimento especialmente durante o primeiro ano de vida⁽²⁶⁾.

As famílias como unidades produtoras de cuidados, necessitam de se sentirem apoiadas e protegidas após deixarem o hospital, para que a transição do cuidado profissional especializado para o cuidado em contexto familiar, se dê de forma segura e tranquila, mediada pela presença e pela atuação do enfermeiro neste novo contexto de vida e de cuidado⁽²³⁾.

Neste sentido o acompanhamento destes RNs e suas famílias por especialistas tornou-se num dos principais focos da assistência de enfermagem neonatal no domicílio. Sendo a estratégia e o recurso mais apontado na continuidade do Cuidar a VD é entendida como a deslocação do profissional ao domicílio com a finalidade de promoção da saúde, favorecendo os grupos familiares na sua capacitação, tornando-os mais independentes na sua própria produção de saúde e segurança nos cuidados.

Este seguimento constitui um processo contínuo, flexível, de diálogo e avaliação, devendo ser a primeira consulta de enfermagem iniciada no período de uma semana após a alta (período crítico) para avaliar o estado de saúde do RN, a sua adaptação ao ambiente familiar, incluindo a observação da criança durante a visita, habilidades parentais, sinais de interação, participação, valorização da opinião dos pais e estado emocional⁽¹⁵⁻²⁴⁾. O acompanhamento deve ser mantido por contacto telefónico na 2.^a e na 4.^a semana e sempre que seja necessário, permitindo aos pais a verbalização das dificuldades sentidas^(17,19-21,24).

Para manter a qualidade dos cuidados a visita deve ser realizada por enfermeiros da UCIN uma vez que os pais verbalizaram sentirem-se mais à vontade a interagir com quem estabeleceram um vínculo durante a hospitalização dos filhos, criando uma relação de confiança mútua^(19,21,25). Esse acompanhamento na impossibilidade de ser feito presencialmente poderá ser realizado através de videoconferência⁽¹⁹⁾.

A articulação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde é apontada como estratégia para garantir a continuidade do cuidado, permitindo a efetivação da integralidade e intersectorialidade de serviços. A elaboração de folhetos de divulgação e protocolos de ações de enfermagem como instrumentos de suporte à VD, em parceria com os Cuidados de Saúde Primários (CSP)^(15,20,24) incluindo o contacto no período pós-alta para partilha dos principais dados relativos ao RN^(17,19-21,23-24), são possíveis estratégias para uma assistência adequada e global.

A visita além de reforçar os ensinamentos feitos anteriormente sobre a prematuridade, melhora as competências parentais, reduz a ansiedade materna e a depressão pós parto, condiciona sucesso com a amamentação, previne situações de risco e reinternamentos, contribuindo para a redução dos custos com menos episódios de urgência, menos consultas médicas não programadas, menor período de permanência em caso de reinternamentos e diminuição do sofrimento, sendo evidente a sua eficácia^(17,19-21,23-24).

Rede de apoio familiar e social na transição do cuidado

O contexto social e o suporte familiar devem ser considerados pelo profissional de saúde para o planeamento da assistência no cuidado ao domicílio que se pretende que seja integral^(15-17,19-24). Além dos serviços de saúde, outros elementos constituintes do cuidado são apontados como necessários para a sua efetivação, atuando como recursos facilitadores após a alta, como a rede de apoio familiar (família e vínculos de amizade da família como amigos e vizinhos) e a rede de apoio social (composta por diferentes instituições, como escolas, serviços de saúde, comunidade, igrejas). O suporte da rede de apoio é identificado como fundamental para as famílias como um elemento que auxilia o fortalecimento da família atendendo às suas experiências de vida, ajudando-as nas transições, a superar crises, como o nascimento de uma criança prematura ou de baixo peso.

A mãe é a principal cuidadora na assistência do seu filho, reafirmando que o cuidar da criança é uma tarefa culturalmente delegada à mulher, principalmente quando requer acompanhamento específico, facto este que vem reforçar a importância da preparação das mães para a alta hospitalar, reduzindo a ansiedade e ajudando na construção da autoconfiança materna no cuidar^(15-17,19-24).

O apoio oferecido pela família foi descrito nos estudos mencionados como referência de segurança em atender as necessidades do RN, pela transmissão da experiência das gerações anteriores, tendo um papel significativo na adaptação dos pais à nova realidade na dinâmica familiar e na manutenção do equilíbrio emocional. A mãe sente-se mais confortável e segura a realizar cuidados diários ao receber apoio de pessoas próximas e experientes, como a avó, mãe e tia, que colaboraram no cuidado indireto, com ações auxiliares nos cuidados diários ao RN.

Desta forma, as redes de apoio deveriam ser fortalecidas em todos os níveis de assistência possibilitando a agregação do cuidado formal e informal. O cuidado passa a ser aperfeiçoado na medida em que as famílias percebem que a responsabilidade do cuidado é delas, mas pode ser partilhada com o serviço de saúde que passa a ser uma rede de apoio e não o principal responsável pelo crescimento e desenvolvimento de seu filho.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

As evidências demonstradas da eficácia da visita prendem-se com a melhoria das competências parentais, diminuição da morbidade, dos custos em serviços de saúde e do sofrimento dos RNs e família. O acompanhamento da família deve ser mantido por contacto telefónico na 2.^a e na 4.^a semana e sempre que seja necessário, permitindo aos pais a comunicação contínua.

Impõem-se a necessidade de mais pesquisas desenvolvidas sobre a temática, de modo a favorecer uma compreensão mais abrangente do cuidado pós-alta ao RN prematuro ou de baixo peso e respetiva família, bem como o impacto, os custos e os benefícios da visita a longo prazo, podendo ser um contributo valioso para a construção de novas políticas em saúde.

Limitações do estudo

Como limitações desta revisão destaca-se o facto desta, ter recorrido a duas plataformas de acesso às bases de dados, apesar de ser um recurso com grande abrangência.

Relativamente aos resultados encontrados, a limitação deve-se à dimensão das amostras das pesquisas, uma vez que reduzidas e maioritariamente de conveniência, o que limita o grau de evidência apurado.

CONCLUSÕES

Os estudos analisados nesta revisão apresentaram estratégias de cuidado que se mostraram úteis e eficazes na transição de RNs prematuros ou de baixo peso, pais e família do hospital para o domicílio. Desde a admissão e de forma gradual que os pais devem ser preparados para a alta dos seus filhos melhorando a autonomia, segurança e habilidades parentais visíveis depois no cuidado em ambiente familiar.

A VD surgiu como uma importante e efetiva componente estratégica de cuidado, no seguimento destes RNs e famílias. Deve ser realizada na primeira semana após a alta, por um enfermeiro da UCIN pela manutenção de vínculo e da relação de confiança estabelecida durante o internamento, em articulação com os CSP. As visitas devem reforçar ensinamentos anteriores sobre a prematuridade, prevenção de infeções e sinais de alarme, impondo sempre a avaliação do estado de saúde do RN, do ambiente/situação familiar, da interação entre pais-RN e das competências parentais, assegurando assim a continuidade do cuidado e uma transição bem-sucedida.

REFERÊNCIAS

1. Ramos HAC, Cuman RKN. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. Esc Anna Nery Rev Enferm [online]. 2009. abr-jun; 13 (2): 297-304. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000200009>
2. Sociedade Portuguesa de Pediatria. Secção de Neonatologia [online]. 2017. Disponível em: <https://www.spp.pt/noticias/default.asp?IDN=372&op=2&ID=132>
3. World Health Organization. Survive and thrive: transforming care for every small and sick newborn. Geneva: World Health Organization; 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326495/9789241515887-eng.pdf>
4. Widerstrom A, Mowder B, Sandall S. Infant development and risk (2nd Edition). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co; 2001.
5. Sociedade Portuguesa de Pediatria. Secção de Neonatologia. Consensos nacionais em neonatologia. Coimbra; 2008.
6. Instituto Nacional de Estatística. Dados estatísticos de 2016. Resultados definitivos. Lisboa; 2017. Disponível em: <http://censos.ine.pt>
7. Garcês MM. Vivência da figura paterna no trabalho de parto e nascimento no processo de transição para a parentalidade. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto; 2011. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/1783>
8. Chick N, Meleis AI. Transitions: a nursing concern. Nursing research methodology. Rockeville: Aspen; 2001.
9. Brazelton TB, Cramer B. A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interação precoce. Editores Terramar. Lisboa; 2007.
10. Meleis AI, Trangenstein P. Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. In: A. I. Meleis. Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. New York: Springer Publishing Company. 2010.
11. Sousa, LMM, Vieira, CMA, Severino, SS, Antunes, AV. A metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. Rev Inv. Enferm. [online]. 2017; S2 (21): 17-26. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.12253/1311>

12. Sousa LM, Marques JM, Firmino CF, Frade F, Valentim OS, Antunes AV. Modelos de formulação da questão de investigação na Prática Baseada na Evidência. *Rev Inv. Enferm.* [online]. 2018; S2 (23): 31-39. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.12253/1287>
13. Sousa LMM, Firmino CF Marques-Vieira CMA, Severino S, Pestana HCFC. Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. *Rev Port Enferm Reabil.* [online]. 2018; 1(1):46-55. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10174/25938>
14. The Joanna Briggs Institute. The JBI Approach. Grades of recommendation. Levels of Evidence [Internet]. Adelaide; 2014 [acedida em 21 fev 2020]. Disponível em: <http://joannabriggs.org/jbi-approach.html#tabbed-nav=Levels-of-Evidence>
15. Morais AC, Quirino MD, Almeida MS. O cuidado da criança prematura no domicílio. *Acta paul. enferm.* [online]. 2009; 22 (1): 24-30. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000100004>
16. Souza NL, Fernandes ACP, Costa ICC, Enders CB, Carvalho JBL, Silva MLC. Domestic maternal experience with preterm newborn children. *Rev. Salud Pública.* [online]. 2010; 12 jun (3): 356-367. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsap/2010.v12n3/356-367/>
17. Sassá AH, Rosa TCS, Souza SNDH, Rossetto EG. Visitas domiciliares como instrumento na assistência ao recém-nascido de muito baixo peso e sua família. *Ciência, Cuidado e Saúde.* [online]. 2011; 10(4): 713-721. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v10i4.18315>
18. Fonseca EL, Marcon SS. Percepção de mães sobre o cuidado domiciliar prestado ao bebê nascido com baixo peso. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2011; Fev 64 (1): 11-17. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000100002>
19. Lopez GL, Anderson KH, Feutchinger J. Transition of premature infants from hospital to home life. *Neonatal Netw.* [online]. 2012; 31(4): 207-214. Disponível em: <https://doi.org/10.1891/0730-0832.31.4.207>
20. Braga PP, Sena RR. Estratégias para efetivar a continuidade do cuidado pós-alta ao prematuro: revisão integrativa. *Acta paul. enferm.* [online]. 2012; 25(6): 975-980. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000600023>
21. Wangruangsathid R, Srisuphan W, Picheansathian W, Yenbut J. Effects of a Transitional Care Program on Premature Infants and their Mothers. *Pacific Rim Int J Nurs Res* [online]. 2012; 16(4) 294-312. Disponível em: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/5570>

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. Esc. Anna Nery [online]. 2013; 17 jun (2): 277-283. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1277/127728367011.pdf>
23. Sassá AH, Gaíva MAM, Higarashi IH, Marcon SS. Ações de enfermagem na assistência domiciliar ao recém-nascido de muito baixo peso. Acta paul. enferm. [online]. 2014; 27 out(5): 492-498. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400080>
24. Santos LC, Balaminit T, Souza SNDH, Rossetto EG. Perception of premature infants mothers on home visits before and after hospital discharge. Invest Educ Enferm. [online]. 2014; 32(3): 393-400. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072014000300004&lng=en&tlng=en.
25. Roque SG, Costa MGA. Preparação dos Pais para o Cuidar do Recém-Nascido Após a Alta: Avaliação dos Registos de Enfermagem. Revista Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health [online]. 2014; jun/dez 47: 47-60. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.19/2618>
26. Balbino FS. Preocupações dos pais de recém-nascidos prematuros com a proximidade da alta da unidade de terapia intensiva neonatal. Tese de Mestrado, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo; 2004.

Correspondência: engenheiro.olivia@gmail.com