



ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PREMATURO E A FAMÍLIA PÓS ALTA HOSPITALAR

Autor: Pedrita Portes Ferreira.

Orientador: Roberta Damasceno de Souza Costa.

Curso: Enfermagem. Período: 10°. Área de Pesquisa: Cuidados em Enfermagem.

Resumo: Atualmente no Brasil a incidência é elevada nas taxas de prematuridade (cerca de 11%), sendo considerado prematuro os partos ocorridos a partir das 22^o semanas até a 36^o semanas gestacional. O objetivo do presente trabalho será de identificar na literatura brasileira os cuidados de enfermagem às famílias e ao recém-nascido prematuro, bem como a importância do profissional enfermeiro no cuidado, apoio, ética, acolhimento e humanidade aos pequenos pacientes e seus familiares após a alta hospitalar. Através dos métodos de estudos literários dos anos 2000 a 2022, afim de buscar os meios de prosseguir os cuidados pós alta hospitalar, pode-se notar poucos estudos referentes à área, mas, no entanto, dentro dos materiais encontrados e observados podemos entender a importância do acompanhamento e da assistência, que deve ser desde o atendimento primário (no caso, desde o parto prematuro) até o atendimento à família (no hospital e pós alta hospitalar) ajudando-os a como conviver com a criança prematura da melhor maneira possível a fim de estimular seu desenvolvimento. Ao final, pode-se concluir que dentro da realidade brasileira, muito há de se discutir, ampliar e promover ações de assistência aos prematuros, pois ainda hoje tal assistência vem sendo fora dos padrões do serviço público. Compreende-se que cuidados de enfermagem vão muito além dos conhecimentos dos profissionais de enfermagem apoiando não só o prematuro, mas também a família, por serem mais vulneráveis acerca da situação, pois precisam do apoio dos profissionais de saúde para uma melhor compreensão das ações a serem feitas, realizando ações de forma ética e humanizada, a fim de trazer ao prematuro melhor assistência, evitando riscos que leve à piora do quadro, orientando a equipe a realizar pesquisas através dos meios literários e discutir cada caso com os profissionais que se encontram perante a assistência.

Palavras-chave: Enfermagem; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Sistema Único de Saúde.

1. INTRODUÇÃO

Segundo Silva (2015) o parto prematuro é definido como a ocorrência do nascimento antes do tempo, ou seja, crianças nascidas antes da maturidade fetal. A característica mais utilizada para classificá-lo é de ordem cronológica: nascimento a partir de 22 (vinte e duas) semanas até 36 (trinta e seis) semanas de idade gestacional. Evidencia-se que o Brasil tem se esforçado para atender as demandas da atenção à saúde pública, e em especial ao recém-nascido prematuro. Uma das estratégias para diminuir os índices da morbidade e da mortalidade neonatal é a assistência ao RN (recém-nascido) e a família durante e após um parto prematuro inevitável (SILVA, 2018 *apud* MERIGHI, 2015).

De acordo com Braga e Scna (2012) a prematuridade é reconhecida como um problema de saúde pública, que requer instrumentos de cuidados que potencializem a qualidade de vida das crianças nascidas prematuras e suas famílias, porém, existem lacunas na produção de estudos científicos a respeito das estratégias a serem adotadas para efetivar o cuidado pós-alta a essa população.

Mães e pais constroem sonhos, imagens e esperanças com o nascimento de um “bebê gordinho, rosto bonito, saudável, ativo e perfeito”, mas, ao se depararem com um bebê pequeno e frágil seus sonhos se desfazem, surgindo os sentimentos de culpa, medo, incapacidade e angústia o que poderá provocar o distanciamento entre pais e filhos (ZANI, TONETE e PARADA, 2014).

Os recém-nascidos prematuros e de baixo peso necessitam de um número maior de avaliações do seu estado de saúde, o que não significa resolução dos problemas após a alta hospitalar, tornando-se fundamental o seguimento ambulatorial especializado com a detecção e intervenção precoces das intercorrências e com atenção no acompanhamento do crescimento, nutrição, funções visuais, auditivas, neuromotoras, cognitivas, imunização e cuidado domiciliar (TRONCHIN e TSUNECHIRO, 2007).

Atualmente, a assistência aos pais e a participação da família nos cuidados hospitalares dos bebês prematuros têm sido prioridade nos serviços de neonatologia, pois internações prolongadas dos bebês e a privação do ambiente aumentam o estresse da mãe e da família, o que pode prejudicar o estabelecimento dos vínculos afetivos (SCOCHI *et. al.*, 2003 *apud* MERIGHI, 2015).

Considerando que a família passa por processos intransferíveis, dolorosos e difíceis, de acordo com a OMS (Organização Mundial da Saúde), e a Constituição Federal de 1988, onde visam minimizar os impactos e essas dificuldades a serem enfrentados pela família e pelos lactentes prematuros, o objetivo dessa pesquisa é analisar e descrever os processos assistenciais da enfermagem, bem como a importância do profissional enfermeiro no cuidado, apoio, ética, acolhimento e humanidade aos pequenos pacientes e seus familiares após a alta hospitalar, ainda, também é objetivo desse estudo compreender o quadro de realidade social da assistência e se esta é efetiva à população brasileira.

2.DESENVOLVIMENTO

2.1. Referencial Teórico

2.1.1. Prematuro e Prematuridade

Basegio (2000) *apud* Oliveira et. al. (2021) traz o conceito sobre a prematuridade, para o autor é considerado um recém-nascido prematuro todo aquele com idade gestacional de até trinta e seis semanas e seis dias, isso que dizer que 258 (duzentos e cinquenta e oito) dias contados a partir do 1º (primeiro) dia do último período menstrual, o recém-nascido prematuro (também conhecido como pré-termo) é todo aquele que nasce entre a 20º (vigésima) e a 36º (trigésima sexta) semana de gestação.

Os recém-nascidos podem ser classificados como prematuros moderados, nos quais apresentem a idade gestacional entre 31 (trinta e uma) e 36 (trinta e seis) semanas, ou também em prematuros extremos, nos quais apresentem idade gestacional entre 20 (vinte e quatro) e 34 (trinta) semanas. Considera-se ainda, a prematuro limítrofe o recém-nascido com idade gestacional entre 30 (trinta e sete) e 38 (trinta e oito) semanas e peso superior a 2 (dois) quilos e 500 (quinhentos) gramas, porém, com algum grau de imaturidade funcional cujas alterações fisiológicas incluem dificuldades na regulação térmica e na sucção (BENZECRY, OLIVEIRA e LEMGRUBER, 2000 *apud* OLIVEIRA et. al. 2021).

A incidência da prematuridade varia de acordo com o país ou região devido as condições socioeconômicas da população; nos países desenvolvidos a incidência da prematuridade é de seis a oito por cento, já na América Latina essa incidência varia de dez a quarenta e três por cento. No Brasil, o índice é considerado alarmante, em torno de 11% (onze por cento) (BENZECRY, OLIVEIRA e LEMGRUBER, 2000 *apud* OLIVEIRA et. al. 2021).

Existem problemas provenientes da prematuridade, Rezende e Montenegro (1999) *apud* Vidal (2011) ressaltam que no peso do recém-nascido prematuro, ocorre uma perda ponderal, nos primeiros dias de vida, proporcionalmente maior, o que implica em um tempo considerado maior para a aquisição do peso inicial. E uma vez alcançado esse peso, seu crescimento ponderal (que é o peso e o comprimento) é relativamente maior do que o de um recém-nascido, a termo visto que suas necessidades nutritivas são bem maiores. O prematuro tem uma cabeça relativamente grande, quando comparado a um a termo, já o pescoço e os membros são curtos em relação ao tronco e os olhos são proeminentes e a língua protrusa.

Medsí e Stark (2000) que o recém-nascido prematuro devido à imaturidade de seus órgãos e sistemas, pode desencadear vários problemas resultantes da sua dificuldade de adaptação extrauterina. Quando prematuro seu sistema respiratório tende a adaptar-se mal à respiração do ar ambiente e manifestar uma depressão respiratória logo na sala do parto, bem como há uma susceptibilidade maior de desencadeamento da displasia broncopulmonar, também a doença da membrana hialina, a apnéia da prematuridade e também síndrome de Mikity-Wilson (*apud* MERIGHI, 2015).

Ainda segundo Medsí e Stark (2000), os prematuros correm risco de ter problemas neurológicos, tais como a hemorragia intracraniana e a depressão perinatal; no sistema cardiovascular pode estar presente a hipotensão, a hipovolemia, e, até mesmo, uma insuficiência cardíaca congestiva; além de problemas metabólicos, tais como a hipoglicemia, hipocalcemia, acidose metabólica e osteopenia da prematuridade, são comuns em recém-nascidos prematuros (*apud* MERIGHI, 2015).

Medsí e Stark (2000) *apud* Merighi (2015) reiteram ainda que os recém-nascidos prematuros possuem necessidades de atenções especiais quanto ao tipo, à quantidade e à via de alimentação uma vez que seu sistema digestório se encontra imaturo, além disso, deve-se ter cuidados com relação à prevenção da enterocolite necrosante, e anemias, apresentação da hiperbilirrubinemia também, que são problemas hematológicos frequentes em prematuros.

Ainda, de acordo com os mesmos autores (MEDSI e STARK, 2000 *apud* MERIGHI, 2015) os rins imaturos caracterizam-se por apresentar uma deficiência na filtração glomerular e uma dificuldade de metabolizar volumes de água, solutos e ácidos; Isso sendo que os prematuros são especialmente susceptíveis a hipotermia e a hipertermia, caracterizando-se então, como imaturidade do mecanismo de regulação térmica, fora que o sistema imunológico apresenta deficiências tanto na resposta humoral quanto celular, que aumentam a vulnerabilidade de infecções em prematuros e mais necessidade de assistência.

2.1.2. Assistência de Enfermagem ao Prematuro e a Família

Idealmente a enfermagem deve assegurar que os pais estejam preparados para dispensar os cuidados antes da alta hospitalar do recém-nascido, sendo os aspectos importantes a serem trabalhados os cuidados de rotina, os sinais e sintomas de problemas clínicos, manuseio de equipamento especial, a finalidade e os efeitos adversos dos medicamentos e a indicação dos profissionais com quem os pais devem conversar quando tiverem dúvidas, na tentativa de garantir assim uma maior confiança, tranquilidade e segurança aos pais na realização dos cuidados domiciliares (GAÍVA, et. al., 2017).

Em concordância Veronez et. al, (2017) reitera que o fato de os recém-nascidos prematuros serem, em sua maioria, muito pequenos, constitui uma das impressões visuais com maior impacto sobre a família, em seu contato inicial com este universo estranho da UTIN (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal). Outro aspecto que necessita ser considerado na abordagem das famílias, em especial das mães ou responsáveis que de fato cuidarão da criança, é que ao adentrarem neste ambiente, a utilização de muitos equipamentos e acessórios que embora necessários à manutenção do suporte de vida dos RN (Recém-Nascido), acabam por gerar indagações e muitos receios acerca das chances reais de sobrevivência do bebê.

Ter em mente os impactos traumáticos e todo o desconhecimento da família acerca dos cuidados necessários com o nascituro, é necessário a intervenção primária, que diz respeito à equipe de enfermagem, onde é preciso capacitar as famílias, que muitas das vezes acreditam que apenas a equipe deve cuidar do nascituro, seja por medo ou falta de informação. Nesse sentido, Lucas et. al. (2009) entende que:

“[...] o real objetivo da equipe de saúde é o de fortalecer a confiança da mãe em si mesma e na sua capacidade de perceber o seu filho no decorrer desse processo complexo, embora natural, que parte da total dependência e identificação para com a mãe [...] logo, os pais começam a acreditar que dentro da UTI neonatal somente os profissionais é que podem e também devem cuidar, acolher e por fim suprir as necessidades do neonato, cabendo a eles apenas o observar. Isto faz com que os pais sejam menos estimulados a desenvolver seus papéis, afastando-os de suas funções, dificultando a vinculação pai-mãe-filho. [...] É preciso então, que a equipe de

enfermagem e demais profissionais que atuam na UTIN e que gerenciam serviços de saúde, favoreçam e permitam a aproximação dos pais e do neonato, promovendo benefícios para ambos” (LUCAS et.al. 2009, p.10)

Segundo Ruas et.al. (2020), o auxílio à família é designado pela literatura como suporte social que pode ser compreendido por recursos que outras pessoas (profissionais, familiares, pessoas e serviços da comunidade) provem e que influenciam o comportamento daquele que recebe determinada ajuda e assistência. Esses recursos, além de beneficiar a saúde mental e física dos indivíduos e da família, estão associados à redução da taxa de alguns transtornos, como a ansiedade e a depressão, que podem ser característicos em uma família prematura.

O suporte social é composto por quatro classes: suporte emocional (afeto, estima, respeito e consideração à família); suporte de reforço (expressões afirmativas e sentimentos de reconhecimento); suporte informativo (sugestões, conselhos e informações cedidas à família) e suporte instrumental (auxílio financeiro, tempo e recursos disponibilizados à família) (RUAS et.al., 2020).

Ao entendermos as necessidades e as formas de acolhimento, também se faz necessário saber quais são as condutas a serem realizadas pelos integrantes das equipes de enfermagem. Inerentemente, sabe-se que o atendimento ao prematuro necessita de uma equipe multiprofissional treinada devendo ser composta, não somente por enfermeiros, mas também por médico, técnicos de enfermagem e fisioterapeuta especialistas na área. Portanto, a continuidade do cuidado desses bebês após alta hospitalar é de suma importância para a qualidade de vida dessa criança nascida prematura e sua família, por isso, efetivar essa assistência exige um suporte da rede de saúde e apoio social (BRAGA e SENA, 2012).

Dessa forma é essencial que os familiares sejam preparados durante a internação hospitalar e que estejam preparados para alta hospitalar desse bebê. A capacitação e o amadurecimento emocional dessa família, em especial a mãe. A partir da alta hospitalar desse bebê, os pais se tornam responsáveis por ele que até então era responsabilidade da equipe de saúde (GAIVA et. al., 2006).

Sabemos que todo o serviço assistencial deve ser humanizado, sabendo que bebês prematuros ficam sob cuidados intensivos no setor neonatal, e pós alta hospitalar, necessitam de cuidados especiais, como por exemplo no ganho adequado de peso e etc., mas é de responsabilidade da equipe de enfermagem avaliar se os pacientes necessitam de determinadas coordenadas de procedimentos. (Brasil, 2014)

Colaborando Zelia (1995) *apud* de Mello e Rocha (2002), destaca que apesar do pouco recurso metodológico em que se obtém a conjuntura de cuidados pós alta hospitalar dos nascituros, destacam-se as intervenções combinadas entre o hospital e o domicílio que iniciam as orientações, estimulações e participação dos pais nos cuidados não especializados com o bebê na unidade de internação e prosseguem com visitas domiciliares após a alta. Portanto, promover o cuidado da família na UTI Neonatal, *“através do diálogo, é um ato que deve fazer parte da prática da equipe de enfermagem e, em especial, do enfermeiro”* (ARAÚJO, RODRIGUES e PACHECO, 2015, p.131).

As orientações sobre o cuidado com o bebê devem ser diárias e contínuas, e a mãe, pai ou responsável deve ser gradativamente incluído no processo de cuidado. Desta forma, a segurança e tranquilidade no cuidado podem ser alcançados mais facilmente, junto com a orientação e o sanar dúvidas quanto ao estado de saúde do bebê. Começar a estimulação em relação aos cuidados mais simples, tais como: higiene, banho, troca de fraldas, toque, alimentação, e, gradativamente, aprofundar

os cuidados até a assistência integral, é uma das táticas que poderá ser adotada pela equipe. Os familiares que participam dos cuidados ao RN durante a internação na UTI Neonatal sentem-se mais habilitados, ficando menos ansiosos ao assumir responsabilidades no cuidado ao bebê após a alta hospitalar (ARAÚJO, RODRIGUES e PACHECO, 2015).

E ainda corroborando, Zelia (1995) *apud* de Mello e Rocha (2002), aponta a necessidade de estabelecer uma rede de serviços de seguimentos, na qual a enfermagem poderia desempenhar um papel importante como os programas de visitas domiciliares para seguimento das crianças prematuras e de baixo peso ao nascer também trazem discussões sobre os custos e benefícios destes serviços a serem prestados.

No entanto, Thompsson (1994) *apud* Vidal (2011) apresenta um modelo multidisciplinar para aumentar a qualidade dos cuidados e reduzir o perlado de internação de crianças que permanecem em unidades de cuidados intensivos neonatais, a autora aborda programas de alta hospitalar precoce comparando os custos com as diárias de internações, havendo uma redução na média dos custos por dia, na primeira opção.

Mello e Rocha (2002) reiteram que esses estudos que os programas de atuação no hospital, em geral, são considerados mais fáceis para sua implementação e com custos menores, embora as intervenções que combinam a assistência domiciliar oferecem continuidade e possibilidade de benefícios para o desenvolvimento infantil a longo prazo.

Nesse sentido, Weldt et. al. (1989) *apud* Vidal (2011) consideram o processo do seguimento como essencial para se conhecer a eficácia dos cuidados perinatais, afirmando que seguimentos de curta duração podem subestimar passíveis problemas de saúde.

Na revisão integrativa de Mello e Rocha (2002) apresentam que a literatura numa perspectiva para o trabalho multidisciplinar envolvendo a família e favorecendo um processo em que cada criança possa desenvolver-se de forma saudável dentro de um potencial global, integrando núcleos afetivo, familiar e social (*apud* ZAHR, 1994).

Gennaro (1996) *apud* Mello e Rocha (2002), coloca que poucos modelos de cuidados de saúde de crianças prematuras e de baixo peso ao nascer após a alta, e quando não há equipe, ocorre uma sobrecarga para a família e na identificação das necessidades e triagem para encaminhamento aos profissionais competentes.

Ainda de acordo com Gennaro (1996) *apud* Mello e Rocha (2002), que dá ênfase que é a prática de visitas domiciliares desenvolvida por enfermeiras comunitárias que, conhecendo os serviços de retaguarda (sendo neurologia, oftalmologia, fonoaudiologia, fisioterapia, entre outros), triam e encaminham, destaca-se como relevante o seu papel de conhecer as necessidades específicas das crianças prematuras, avaliar as situações individuais e familiares e estabelecer relações entre a clientela e os recursos de saúde da comunidade. Ainda, compreende-se que a assistência não deve estar centrada na demanda de intercorrências, mas principalmente, no controle sistemático de saúde, entendendo que esse mecanismo proporciona atividades de promoção à saúde, identificação de riscos e diagnóstico precoce de problemas de saúde.

No estudo de Mello e Rocha (2002) discutem que as taxas de sobrevivência dos recém-nascidos vêm aumentando em termos mundiais e a literatura médica vem retratando que os estudos realizados em diferentes localidades apontam similaridades quanto aos fatores predisponentes à saúde de crianças prematuras e de baixo peso.

Por tais motivos supracitados, reitero a necessidade do suporte psicossocial à família do nascituro prematuro, levando em consideração as questões de sobrecarga, saúde física e mental dos membros, além de a segurança alimentar e íntegra de cada nascituro prematuro. Portanto, conforme Coriat (1997) *apud* Vidal (2011) relata, os recém-nascidos que são prematuros precisam de muito mais que cuidados médicos, eles necessitam fundamentalmente dos cuidados dos pais enquanto ainda hospitalizados, pois são os pais que darão sentido de vida para o bebê.

2.1.3. Instrumento utilizados para orientação do enfermeiro a família

Acerca das *práxis* necessárias a respeito das orientações da equipe de enfermagem a família, cumpre ressaltar, com devido embasamento, o que a literatura bem como os órgãos institucionais regulamentadas pelo governo e o Ministério da Saúde entendem como necessários para a prática profissional de assistência ao prematuro, a saber diante do Quadro 1, abaixo:

Quadro 1. Orientações do enfermeiro a família

Orientação	Justificativa	Referências:
Higienização das mãos antes de pegar o RN.	Considerando que os prematuros têm a imunidade mais frágil, é necessário redobrar os cuidados com a higiene.	NIETO. G.C.S de. Manual de orientação aos pais, familiares e cuidadores de prematuros na alta hospitalar. Elsevier Editora Ltda, 2016.
Posicionamento do bebê O posicionamento do bebê tem o objetivo de oferecer conforto e segurança. A posição canguru é sempre uma boa opção. Sempre que colocado no berço, o bebê deve estar de barriguinha para cima. Esta recomendação é muito importante e pode prevenir a morte súbita do lactente.	A posição do sono é um importantíssimo fator de risco. As posições pronas e lateral são significativamente mais perigosas do que a posição supina, pois aumentam o risco de hipercapnia, hipóxia e hipertermia durante o sono, e apresentam mais que o dobro do risco de SMSL em comparação com a posição supina.	UNIRIO. Cartilha de enfermagem assistencial ao prematura em alta. Faculdade de Enfermagem, UNIRIO, 2019.
Dormir no mesmo quarto que o RN	O Ministério da Saúde recomenda que o bebê durma no mesmo quarto que os pais, no berço, pelo menos até os 6 primeiros meses de vida. A indicação se baseia em pesquisas que mostram que estar próximo à mãe facilita a amamentação e, ainda, reduz os riscos de morte súbita. O berço é o local mais indicado, já que ele deve dormir sobre uma superfície plana e firme.	MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde- Departamento de Atenção Básica. SAÚDE DA CRIANÇA. 2ª edição Cadernos de Atenção Básica, no 23 Brasília- DF, 2015
Aleitamento Materno ou fórmula até os 6 meses de vida	Os bebês até os seis meses de idade devem ser alimentados somente com leite materno e quando não é possível, com fórmulas específicas de acordo com a orientação médica prescrita para o RC. O RN não precisa de chás, sucos, outros leites, nem mesmo de água. Após essa idade, deverá ser dada alimentação complementar apropriada, mas a	MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde- Departamento de Atenção Básica. SAÚDE DA CRIANÇA. 2ª edição Cadernos de Atenção Básica, no 23 Brasília- DF, 2015

	amamentação deve continuar até o segundo ano de vida da criança ou mais.	
Manter a vacinação em dia, incluindo a vacinação especial para Prematuros. Assim que tiver alta, conforme a orientações dos profissionais, procure a unidade Básica mais próxima de sua casa para iniciar ou continuar o calendário vacinal do seu bebê. O profissional da Unidade Básica de Saúde irá agendar na caderneta de saúde do bebê e os próximos retornos.	A vacinação garante imunidade para o bebê, principalmente se tratando de um prematuro, cuja a tendência é ter a imunidade afetada. As vacinas que protegem o prematuro são: HEPATITE B: Protege contra o vírus da Hepatite B. Em bebês prematuros serão aplicadas 4 doses ao invés de 3. TÍRÍPLICE BACTERIANA: Protege contra difteria, tétano e coqueluche. Para prematuros esta vacina é produzida de forma diferente, para diminuir os riscos de reações indesejadas.	UNIRIO. Cartilha de enfermagem assistencial ao prematura em alta. Faculdade de Enfermagem, UNIRIO, 2019.
Uso preventivo do palivizumabe para infecções pelo vírus sincicial respiratório	O vírus sincicial respiratório (VSR) é um dos maiores responsáveis pelos episódios de bronquiolite no Brasil e no mundo. Uma das maiores causas de reinternação após alta das unidades neonatais é devido aos quadros respiratórios e, apesar de no Brasil as estações do ano não serem bem delimitadas em muitas regiões, eles são mais frequentes no outono e no inverno.	LIMA, M.J.B da S. Imunoprofilaxia do vírus sincicial respiratório com palivizumabe em crianças em hospital da zona sul de São Paulo. Rev.OFIL ILAPHAR vol.30 no. 1 Madrid. Epub 18-Ene-2021.
Correção da idade cronológica	A idade corrigida deve ser utilizada principalmente ao avaliar o crescimento e os marcos do desenvolvimento da criança prematura. Para calcular a idade corrigida utiliza-se a idade cronológica menos as semanas que faltaram para completar as 40 semanas de gravidez, por exemplo, se o parto ocorreu com 32 semanas de gestação, quando o lactente tiver 4 meses de idade cronológica ele terá 2 meses de idade corrigida.	UNIRIO. Cartilha de enfermagem assistencial ao prematura em alta. Faculdade de Enfermagem, UNIRIO, 2019.
Evitar aglomeração	Os recém-nascidos prematuros, em especial aqueles com menos de 34 semanas de gestação, apresentam maior risco de adquirir doenças respiratórias e precisarem de internação. Medidas de prevenção são capazes de reduzir a ocorrência e a gravidade das infecções respiratórias e devem ser seguidas por todos.	MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde- Departamento de Atenção Básica. SAÚDE DA CRIANÇA. 2ª edição Cadernos de Atenção Básica, no 23 Brasília- DF, 2015

Evitar fumar em casa	Quando o cigarro é aceso, somente uma parte da fumaça é tragada pelo fumante, e cerca de 2/3 da fumaça gerada pela queima é lançada no ambiente, através da ponta acesa do produto, o que quem está em volta, o fumante passivo. O RN prematuro tem tendência a problemas respiratórios, sendo este fumante passivo, exposto aos componentes tóxicos e cancerígenos presentes na fumaça ambiental do tabaco, que contém praticamente a mesma composição da fumaça tragada pelo fumante.	MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde- Departamento de Atenção Básica. SAÚDE DA CRIANÇA . 2ª edição Cadernos de Atenção Básica, no 23 Brasília- DF, 2015
Trocar as fraldas a cada 3 horas	A fralda do bebê deve ser conferida a cada 2 a 3 horas e trocada sempre que necessário para que não haja infecções e assaduras, já que a tendência do prematuro é ter a imunidade mais baixa.	UNIRIO. Cartilha de enfermagem assistencial ao prematura em alta . Faculdade de Enfermagem, UNIRIO, 2019.
Evitar beijos	Como mencionado, a imunidade dos prematuros tem tendências a serem mais baixas, por conta do sistema imunológico estar 100% formado bem como a vacinação de herpes e demais vacinas não terem sido dadas ainda.	UNIRIO. Cartilha de enfermagem assistencial ao prematura em alta . Faculdade de Enfermagem, UNIRIO, 2019.
Estímulos precoces Podem ser feitos dentro das unidades de saúde básica, com acompanhamento multiprofissional como terapias ocupacionais, fisioterapia e demais doses terapêuticas necessárias a cada paciente individualmente, pois vai de acordo com as necessidades do prematuro.	Nos prematuros, a estimulação precoce tenta acelerar a aquisição motora considerando suas idades cronológica e corrigida e, no caso das crianças com complicações do parto, busca desenvolver a plasticidade cerebral, o que faz com que consigam realizar atividades que seriam comandadas pela área lesionada do cérebro.	MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde- Departamento de Atenção Básica. SAÚDE DA CRIANÇA . 2ª edição Cadernos de Atenção Básica, no 23 Brasília- DF, 2015
Sinais de Alerta: Mudança na coloração da pele (rosa para roxa azulado), Respiração rápida e cansada, Bebê mole, abatido e com tremores, Febre alta (maior que 38°C), Choro excessivo, Dificuldade para mamar, Suor excessivo ao mamar, vômito em grande quantidade, Diarreia prolongada, Falta ou diminuição significativa do xixi e do cocô.	Os sinais de alerta indicam que algo pode estar errado com o bebê, em caso de um ou mais sintomas é necessário buscar atendimento na unidade de saúde mais próxima e passar por consulta médica.	UNIRIO. Cartilha de enfermagem assistencial ao prematura em alta . Faculdade de Enfermagem, UNIRIO, 2019.

Manter a temperatura do RN Apesar dos mecanismos compensatórios, os recém-nascidos, especialmente aqueles com baixo peso e prematuros têm capacidade limitada de termorregulação e são propensos à queda na temperatura central. Mesmo antes de a temperatura diminuir, o estresse pelo frio ocorre quando a perda de calor requer um aumento na produção de calor metabólico. O ambiente térmico neutro (termoneutralidade) é a zona de temperatura ideal para neonatos; é definida como a temperatura ambiente em que as demandas metabólicas (e, portanto, gasto calórico) para manter a temperatura corporal no intervalo normal (36,5 a 37,5° C retal) são as mais baixas. A temperatura ambiente específica necessária para manter a termoneutralidade depende do fato de o neonato estar molhado (p. ex., após o parto ou banho) ou vestido, peso, idade gestacional e idade em horas e dias.	O equilíbrio térmico é afetado por umidade relativa, fluxo de ar, contato direto com superfícies frias, proximidade a objetos frios e temperatura do ar ambiente. Os neonatos são propensos a rápida perda de calor e consequente hipotermia por causa da elevada relação da área de superfície comparada à proporção de volume, que é ainda mais elevada nos neonatos de baixo peso. O estresse pelo frio não reconhecido e prolongado pode desviar calor para produzir calor, prejudicando o crescimento. Os recém-nascidos têm uma resposta metabólica ao frio que envolve termogênese química (antitremor) por descarga dos nervos simpáticos de noradrenalina na gordura marrom. Esse tecido é próprio do recém-nascido e está localizado nas regiões nugal, interescapular, peri e suprarrenal e responde por lipólise seguida de oxidação ou reesterificação dos ácidos graxos que são liberados. Essas reações produzem calor localmente, e um rico suprimento sanguíneo para a gordura marrom ajuda a transferir esse calor para o resto do corpo do recém-nascido. Essa reação aumenta de 2 a 3 vezes a taxa metabólica e o consumo de oxigênio. A ativação das reservas de glicogênio pode causar hiperglicemia transitória. Hipotermia persistente pode resultar em hipoglicemia e acidose metabólica e maior risco de sepse de início tardio e mortalidade.	MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde- Departamento de Atenção Básica. SAÚDE DA CRIANÇA. 2ª edição Cadernos de Atenção Básica, no 23 Brasília- DF, 2015
--	--	--

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

2.1.4. Realidade brasileira na assistência pós alta-hospitalar

Como visto anteriormente, em teoria, a alta hospitalar da UTI neonatal se assenta na situação de interdependência entre os indicadores da capacidade sistemática extra-hospitalar, que é absorver ao egresso das UTI e das condições da família (VIDAL, 2011 *apud* DAVIS, LONGSON, BIRKMER, 1996) em manter a continuidade dos cuidados e da recuperação em domicílio.

Vidal (2011) pondera que as exigências relativas às condições clínicas se relacionam às estabilidades dos sistemas fisiológicos, ausências de doenças agudas e nos casos de doenças crônicas, que o RN apresente equilíbrio das funções vitais. Nesse sentido, as exigências às condições sociais que são conhecidas através de produções relativas ao tema da educação para a alta hospitalar, que como anteriormente citado, se originam a partir de trabalhos relativos à capacitação dos pais de recém-nascidos prematuros para continuidade da assistência às necessidades especiais em domicílio aproximam-se da problemática acerca das análises dos custos com investimentos em tecnologia, de tempo de internação e da forma como a rede

social e apoio social recebido pela família do recém-nascido prematuro exerceriam impactos sobre as durações das internações e quando for o caso, das re-hospitalizações. .

Em nossa realidade brasileira, o planejamento de educação e acompanhamento na rede de assistência pública para alta hospitalar e para o pós-alta hospitalar dos recém-nascidos prematuros estariam regidos pelos os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), desta forma, teriam que possuir dentre outras orientações, a especificidade de se orientar pela noção de território levando em conta a realidade de os sistemas locais de saúde, mas por outro lado, a situação da superlotação dos hospitais públicos, em nível terciário, em nosso país produz questionamentos sobre o momento da alta hospitalar e se a educação e a assistência no pós-alta hospitalar são efetivos, ou ainda, existentes (VIDAL, 2011).

Acontece que com a alta precoce, certamente favorece-se a situação de maior aproveitamento de leitos hospitalares, porém, para que seja eficaz precisa estar aliada a orientações eficientes quanto à continuidade do tratamento, que são os seguimentos e a continuidade da assistência (MARRA et. al., 2004 *apud* Vidal, 2011).

Nesse sentido Madeira (2009) *apud* Melo e Rocha (2002) relata que é necessário apontar para a situação de miséria e pobreza, quando considera que o retorno ao domicílio precocemente pode representar a volta às condições mais hostis de vida para o recém-nascido prematuro e para mãe e ou responsável. Ainda segundo o autor, conforme visto na literatura nacional, nas décadas de 80 e 90 apresentam certa abundância de publicações referentes às mudanças de critério a despeito da alta de prematuros, além de certa escassez de publicações a despeito da realidade e das reais necessidades de famílias brasileiras em situação de necessidade de participação na continuidade da assistência em domicílio. Nesse contexto, entende-se que existiria a ausência de planejamento integrado ao plano de ação baseados nos reconhecimentos das altas hospitalares como situação de risco quando não se leva em conta a verdadeira realidade social da população que é dependente da rede pública para a assistência, assim como até hoje ainda existem deficiências nesse sentido, tanto em decorrências de planejamento e execução das políticas públicas para efetivação da assistência em enfermagem em preparação para a alta hospitalar e a assistência no pós-alta.

Os nos depararmos com tais problemáticas, com as propostas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), como aponta Fonseca et. al. (2004) *apud* Vidal (2011), além da cartilha para alta do recém-nascido prematuro, podem se constituir quando efetivamente implementados na rede de assistência de maneira homogênea, como a abordagem alternativa ao modelo biomédico de planejamento para alta, baseado nos guias e nos protocolos clínicos.

Assim, os problemas médicos existentes em decorrência e nas primeiras semanas de vida do RN prematuro podem requerer cuidados por meses ou até mesmo anos, bem como outras condições manifestadas mais tarde, como na infância, na adolescência ou ainda em idade adulta, nos quais necessitam de a atitude de constante monitoramento (VIDAL, 2011).

Então a capacidade dos serviços extra-hospitares, para receber tal clientela, encontra-se inteiramente ligada ao enfoque de situações de risco características da absorção do egresso de UTI neonatal na rede primária de assistência. Como foram observadas deficiências em enfoques nesse sentido e também deficiências no interesse público de aprimoramento não só de conhecimento técnico-científico, mas em questões aquisitivas como supracitado (MADEIRA, 2009 *apud* MELO e ROCHA (2002), entende-se que a realidade brasileira passa longe do ideal, tanto em quesitos

de pressupostos educativos na assistência em educação aos cuidados, quanto as pressupostas da assistência e acompanhamento unitário dos recém-nascidos prematuros. Com isso, também podemos entender que dentro dessa realidade social brasileira, quem são afetados pela falta da educação-suporte e da assistência nos pós altas hospitalares são os públicos hipossuficientes, que dependem exclusivamente do SUS e principalmente à população que menos tem acesso ao SUS, que são os casos de áreas muitos carentes e remotas.

Por fim, cabe ressaltar que a qualidade de interação entre mãe (ou responsável), RN e família em ambiente doméstico depende inteiramente do conhecimento da perspectiva da família e do RN internado por meio da relação estabelecida com a rede de produção dos cuidados. Nesse sentido, entende-se que depende então de como este se encontra organizado no cenário da assistência oferecida pelo SUS, de forma a emaranhar os egressos das UTI em situação que nos aproxima da tensão característica, tanto entre os dois princípios fundamentais da organização dos serviços de saúde quanto a regionalização e hierarquização, em sua relação as ações e os procedimentos relativos nas atenções básicas e nas ações de média e de alta complexidade (VIDAL, 2011).

2.2. Metodologia

O presente estudo foi realizado através de revisão de literária. A revisão literária proporciona um processo de investigação sobre determinados temas que envolvem analisar, sintetizar, localizar e interpretar a investigação prévia, com utilizações em revistas científicas, livros, atas de congressos, resumos e etc.

Sendo uma análise bibliográfica (literária) que se refere aos temas de trabalhos que já foram publicados, sendo importante não só para selecionar bem o problema, mas também para ajudar a ter uma ideia mais precisa dos atuais conhecimentos sobre um dado tema, as suas lacunas e a contribuição da investigação para o desenvolvimento do conhecimento para o profissional (CARDOSO, 2010).

O levantamento bibliográfico foi realizado por meio de levantamento manual de capítulos de livros e bancos de dados da LILACS, SCIELO e BVS, que são portais de periódicos, utilizando dentro desses portais os seguintes descritores: Prematuridade, Assistência, Enfermagem, Alta Hospitalar, Cuidados.

A pesquisa foi realizada entre os meses de março à junho de 2022, sendo que foram selecionados os estudos que abordem a temática, afim de responder aos objetivos traçados para o estudo, devendo as publicações estarem disponíveis na língua portuguesa.

O recorte histórico utilizado será entre os anos de 2000 a 2022, sendo excluídas as publicações com data anterior a esta estabelecida, mas, atentando ao fato de que há publicações válidas e pertinentes consolidadas na literatura antecessoras aos anos 2000 integradas às citações de citações (*apud*), pois o conteúdo em específico da pesquisa ainda é pouco explorado além da grande deficiência em matérias, portanto, necessita buscar a fundo quaisquer fontes presentes.

No que diz respeito aos critérios de exclusão, foram considerados os seguintes critérios: artigos estrangeiros sem tradução, artigos publicados antes dos anos 2000 e que não contemplava de certa forma os objetivos da pesquisa.

2.3. Discussão de resultados

Nas pesquisas foram identificadas cerca de 94 publicações, que após a filtragem realizada em cada plataforma de pesquisa escolhida (LILACS, BVS, SCIELO), chegou-se ao quantitativo de 22 artigos que após realizada a leitura exploratória, 9 foram excluídos por não atenderem aos critérios dos objetivos deste estudo. Dessa forma, foram adicionados a esta pesquisa 12 artigos, conforme descritos no **Quadro 1** abaixo:

Quadro 2. Características e principais resultados dos estudos examinados:

Título	Autor (es)	Método de estudo	Objetivo	Banco de dados	Ano
A alta em unidade de cuidados intensivos neonatais: perspectiva da equipe de saúde e de familiares.	Gaíva, Maria Aparecida Munhoz; Neves, Ádila de Queiroz; Silveira, Aline Oliveira; Siqueira, Fabíola Mara Gonçalves de.	Trata-se de estudo descritivo-exploratório de abordagem metodológica qualitativa.	O estudo buscou compreender como os familiares do recém-nascido prematuro e como a equipe de saúde percebem o preparo para a alta hospitalar numa unidade de cuidados intensivos neonatal (ucin).	BVS	2006
Estratégias para efetivar a continuidade do cuidado pós-alta ao prematuro: revisão integrativa.	Braga, Patrícia Pinto; Sena, Roseni Rosângela de.	Estudo de revisão integrativa com busca nas bases de dados cumulative index to nursing and allied health literature, literatura latino-americana e do caribe em ciências da saúde, scientific electronic library on-line e web of science no período de 2001 e 2011	Identificar as estratégias utilizadas para efetivar a continuidade do cuidado às crianças nascidas prematuras egressas de unidades de terapia intensiva neonatal.	SCIELO	2012
A promoção do cuidado materno ao neonato prematuro: a perspectiva da educação problematizadora em saúde.	Araujo, Bárbara Bertolossi Marta de; Rodrigues, Benedita Maria Rêgo Deusdará; Pacheco, Sandra Teixeira de Araújo.	Revisão literária.	O objetivo deste estudo é refletir sobre a educação em saúde inspirada na educação problematizadora de freire, visando a promoção do cuidado materno emancipatório ao recém-nascido prematuro pela equipe de enfermagem.	BVS	2015
A importância do acolhimento à família em unidade de terapia intensiva neonatal.	Lucas, Thaís Amâncio de Macêdo Pinto Coelho; Tannure, Meire Chucre; Barçante, Thales Augusto; Martin, Sandra Haueisen.	Trata-se de uma pesquisa realizada na base de dados da biblioteca virtual em saúde. Foram utilizadas sete estratégias de busca.	Descrever a importância da parceria entre equipe de enfermagem e a família do recém-nascido pretermo-internado em uma UTI neonatal, e descrever estratégias que podem ser utilizadas pelos profissionais, para acolher esses familiares.	BVS	2009

Assistência de enfermagem ao prematuro: alguns procedimentos básicos.	Merighi, Miriam Aparecida Barbosa.	Revisão bibliográfica.	Apresentar práticas intervencionais de enfermagem	SCIELO	2015
Assistência de enfermagem a crianças prematuras: uma revisão da literatura sobre o seguimento.	Mello, Débora Falleiros de; Rocha, Semiramis Melani Melo	Foi realizado um levantamento bibliográfico junto ao banco de dados da usp, consulta em periódicos internacionais e livros-textos mais recentes	Neste estudo busca-se apresentar uma revisão da literatura sobre assistência de enfermagem no seguimento da criança prematura, com vistas a subsidiar a reflexão da atenção à saúde dessa clientela	SCIELO	2002
Vivência de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diários de campo	Veronez, Marly; Borghesan, Nataly Alves Barbosa; Corrêa, Darci Aparecida Martins; Higarashi, Ieda Harum.	Estudo descritivo, exploratório e qualitativo utilizando o referencial metodológico da pesquisa convergente assistencial, envolvendo sete mães de prematuros internados em um hospital do sul do Brasil, no período de outubro a dezembro de 2011.	Descrever o processo de construção do cuidar materno mediado pelo enfermeiro durante o período de internação e alta de bebês prematuros.	SCIELO / BVS	2017
Cuidados a recém-nascidos de baixo peso por equipes de saúde da família: revisão integrativa	Zani, Adriana Valongo; Tonete, Vera Lucia Pamplona Parada, Cristina Garcia de Lima	Trata-se de revisão integrativa que visa a responder esta questão: “como deve ocorrer o cuidado a recém-nascidos de baixo peso por equipes de saúde da família? ”.	Analisar evidências da literatura científica sobre o cuidado a recém-nascidos de baixo peso por equipes de saúde da família.	BVS	2014
Assistência de enfermagem ao RN prematuro e a família: uma revisão da literatura.	Silva, Kárita Monielly da.	Estudo do tipo exploratório, bibliográfico com análise integrativa, qualitativa da literatura disponível em bibliotecas convencionais e virtuais.	Identificar os principais fatores de risco a prematuridade; descrever a assistência de enfermagem diante da prematuridade.	BVS	2018
Visita domiciliar às mães de recém-nascidos prematuros e baixo peso: home visits to mothers of premature and low birth weight newborns.	Oliveira, Ana Izaura Basso de Werne, Monika Legnaro, Bárbara de Souza Coelho Maraz, Thamiere Lamieira Corasini, Isabela; Petruccelli, Gabriele.	Trata-se de uma revisão integrativa, realizada a partir da consulta em seis bases de dados nacionais e internacionais, de abril a junho de 2020.	Mapear a literatura científica acerca de elementos que constituem e amparam a visita domiciliar direcionada às mães de recém-nascidos de baixo peso e prematuros.	BVS	2021

Suporte social para acolhimento de irmãos de bebês prematuros em uteroneonatal: “caderninho de histórias para colorir e brincar.	Ruas, Teresa Cristina Brito; Gagliardo, Heloisa; Françoze, Maria de Fátima de Campos; Mello, Bernadete Balanin Almeida. Freitas, Márcia de; Albuquerque, Raquel Costa.	Revisão literária e integração de material de apoio didático.	Esta proposta apresenta material lúdico de suporte social para acolhimento dos irmãos de prematuros	LILACS	2020
Alta Hospitalar e Reinternação de Bebê Prematuro: uma Reflexão sobre o Acesso aos Serviços de Saúde	Vidal, Manola.	Revisão literária e estudo de caso	O objetivo deste trabalho foi investigar as reações emocionais maternas em relação a alta hospitalar e reinternação de bebê nascido prematuro relacionando-as com o acesso aos serviços de assistência no cenário do Sistema Único de Saúde.	SCIELO	2011

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Conforme os estudos, Braga e Sena (2012) nos quais salientam que paralelamente aos avanços tecnológicos que contribuíram para a sobrevivência de recém-nascidos prematuros cada vez menores houve um aumento nos índices de morbidades que acompanham estas crianças ao longo da vida, além de que o risco de desenvolver doenças aumenta com a diminuição da idade gestacional de nascimento o que justifica a necessidade de acompanhamento pós-alta, a esta população, na tentativa de favorecer a qualidade de vida do prematuro e para agir precocemente diante das alterações identificadas (*apud* VIEIRA, 2009)

Braga e Sena (2012) ainda consideram as estratégias que devem ser implementadas para garantir a continuidade da atenção ao egresso de UTIN. É pertinente ainda evidenciarmos as disfunções apresentadas nos estudos analisados que os prematuros sobretudo os extremos com idade gestacional inferior a 29 semanas podem apresentar paralisia cerebral, alterações visuais e cegueira, problemas auditivos dificuldades de aprendizagem, elevada morbidade respiratória, crescimento inadequado, problemas de linguagem e dificuldades de alimentação.

Diante de tais evidências, os estudos aqui analisados apresentaram como objetivos e justificativas o acompanhamento da criança prematura e a possibilidade de melhora da sua condição a médio e longo prazos considerando que a continuidade do cuidado poderá tratar e prevenir precocemente algum atraso no crescimento e desenvolvimento e garantir a qualidade de vida do prematuro (BRAGA e SENA, 2012).

Além de acompanhar a criança até o período da adolescência outro objetivo da continuidade da assistência é fornecer suporte à família para favorecer os cuidados com sua criança de risco (BRAGA e SENA, 2012 *apud* MELLO, 2002). Pois a construção de vínculo e responsabilização são apontados como estratégias fundamentais para o sucesso do acompanhamento e redução da chance de evasão das crianças dos programas de acompanhamento.

Mello (2002) entende que para alcançar os objetivos do acompanhamento do prematuro os estudos analisados apontam a necessidade de estrutura específica para o atendimento aos egressos de UTN, e, afirma que a equipe multiprofissional (idealmente integrada por assistentes sociais, enfermeiros, pediatras, psicólogos, terapeuta ocupacional, nutricionista, fisioterapeuta e fonoaudiólogo, especialistas da área cardiologia, oftalmologia, neurologia e otorrinolaringologista) deverá estar apta e disponibilizada para atender à criança prematura, considerando suas especificidades de crescimento e desenvolvimento (BRAGA e SENA, 2012 *apud* MELLO, 2002).

Conforme Vieira e Oliveira (2010) as estratégias de cuidado a serem iniciadas nas primeiras semanas do após a alta, deverão ser um processo contínuo e flexível, incluindo a observação da criança durante a consulta, a participação e a valorização da opinião dos pais, com exames neurológicos sistematizados, avaliação dos marcos do desenvolvimento com o uso de testes de triagem e avaliação do crescimento com base nos dados antropométricos e etc.

Braga e Sena (2012) reiteram acerca da atuação do enfermeiro como protagonista das estratégias para efetivar a atenção ao prematuro. Os autores dos estudos analisados ponderam que o profissional possui uma habilidade de gerenciamento do cuidado ao egresso de UTIN, ainda desenvolve atividades em conjunto com a equipe, viabilizando a adesão da família ao acompanhamento. Nesse contexto, o enfermeiro é reconhecido como facilitador do processo de construção de autonomia da família no cuidado ao prematuro, após a alta hospitalar (BRAGA e SENA, 2012 *apud* ANDREANI e CREPALDI, 2006)

Carbonero e Alonso (2009) alertam que uma das estratégias de atendimento que devem ser adotadas pelos profissionais de saúde aos prematuros é ajustar sua idade cronológica à idade gestacional corrigida até os 2 anos de idade e assim não subestimar os resultados esperados para o crescimento e desenvolvimento; outra estratégia de monitoramento da criança de risco é o contato telefônico, sobretudo logo após a alta para verificar a presença de dúvidas das famílias ou problemas com a criança, nesse contato pode ser usado um questionário para verificar a vulnerabilidade da criança a morbidades entretanto, deve ser utilizado por pessoas treinadas pois os pais podem superestimar sua criança (BRAGA e SENA, 2012 *apud* CARBONERO e ALONSO, 2009)

Quatro estudos analisados (MELLO, 2002 *apud* BRAGA e SENA, 2012 *apud* CARBONEIRO e ALONSO, 2009 *apud* MEDSI, 2000) apontaram que há a necessidade de integração entre a Atenção Primária em Saúde e o programa de acompanhamento e a efetivação da intersetorialidade de serviços como estratégias para garantir a continuidade do cuidado à criança de risco e sua família.

De acordo com Braga e Sena (2012), a necessidade de desenvolvimento de pesquisas para avaliar a assistência prestada e monitorar as ações desenvolvida, após a alta, é apontada como estratégia para manutenção dos programas de acompanhamento do prematuro. Os autores ainda reiteram as necessidades de estudos a longo prazo, como ensaios mais controlados e pesquisas multicêntricas uma vez que intervenções perinatais podem alterar o crescimento e também o desenvolvimento do prematuro, entretanto como é de alto custo as propostas, ainda associado aos custos dos programas de acompanhamento, o entrave aquisitivo acaba por adiando tais propostas.

Já em relação a realidade brasileira em relação a assistência para a lta e no pós alta hospitalar, apesar do seu aspecto doutrinário e expressão de ideais contidos no SUS, que possui nos eixos de integralidade, equidade e universalidade a estrutura dos modos de organização e gestão de seus serviços. Assim, é ideal de justiça social

conquistado e legitimado a partir da Constituição de 1988(BRASIL, 1988), onde orienta o processo racionalizador do acesso pela população aos serviços de saúde, onde nos apresenta níveis de assistência diferenciados por meio de graus de complexidade tecnológica que são acessíveis à população por meios de fluxos descendentes e ascendentes, iniciados a partir da entrada no sistema de saúde através da atenção primária; tal modelo permitiria a utilização do recurso tecnológico certo, no espaço certo e de acordo com as necessidades dos usuários, assim as unidades básicas de saúde pela proximidade entre o serviço e a casa do usuário, seriam facilitadoras do acesso, bem como assegurariam a formação do vínculo entre a equipe e população, mas conforme os apontamentos literários e de acordo com Vidal (2011), tal realidade passa longe de ser efetiva nos serviços públicos, principalmente se tratando de atendimento específico aos prematuros.

Por fim, com esta revisão ficou evidente que a estratégia para a assistência é estabelecer mecanismos para monitorar sistematicamente o atendimento durante a hospitalização e após a alta do prematuro, compondo um panorama do desenvolvimento e crescimento das crianças o que permitirá planejar a assistência e propor melhorias de intervenções na UTIN e nos ambulatorios, mas toda via, não é uma realidade homogeneia à toda a população brasileira, principalmente se tratando de usuários exclusivos do Sistema Único de Saúde brasileiro (BRAGA e SENA, 2012).

3. CONCLUSÃO

Com os estudos aqui analisados, podemos compreender que há uma necessidade de investimento em pesquisas clínicas e estudos experimentais para contribuição e melhoria das assistências neonatais durante as internações e após as altas hospitalares, para tanto, ainda são necessárias implementações de políticas públicas voltadas à área, pois como já evidenciado, a assistência ideal ao prematuro e à família com a preparação da alta e cuidados contínuos com equipe multidisciplinar acompanhando às famílias pós alta hospitalar não é uma realidade brasileira homogênea para os usuários do Sistema Único de Saúde.

Entendemos ainda que há riscos de morbidades e mortalidade, nas quais, o prematuro “naturalmente” enfrenta, por esta razão, são necessárias construções de ações programáticas, capazes de atenderem às necessidades do prematuro e da sua família.

Para efetivarmos a rede de cuidados aos nascituros prematuros, os estudos analisados evidenciam que são necessárias ações conjuntas, com diferentes serviços e diferentes setores (tais como assistência social, saúde e etc.), para que haja uma sistematização do acompanhamento da criança, baseadas em protocolos (SAE) e monitoramento dos resultados obtidos e desenvolvimento de pesquisas.

O gerenciamento do cuidado com as orientações à família para o exercício da autonomia no cuidado ao prematuro após a alta hospitalar, são estratégias realizadas pelos enfermeiros para favorecer a continuidade da atenção visando sempre o bem-estar da família e, principalmente, da criança.

No presente estudo, destacaram-se as necessidades das construções de vínculos e da intersectorialidade agregadas ao conhecimento tecno-científico dos profissionais na assistência do egresso de UTIN, além da necessidade das políticas públicas favoráveis que são estratégias importantes a serem consideradas para a construção de programas de acompanhamentos aos prematuros às famílias no pós alta hospitalar.

4. REFERÊNCIAS

ARAÚJO, B.B.M.; RODRIGUES, B.R.M.D.; PACHECO, S.T.A. et. al. A promoção do cuidado materno ao neonato prematuro: a perspectiva da educação problematizadora em saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, vol. 23.

ARGMAN, M., FRICHET, A. Intervenções psicológicas em neonatologia in: wanderley, danielle de brito. **Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade**. Salvador. (2000) ed. Ágalma.

BASEGIO, L. D. **Manual de Obstetrícia**. Rio de Janeiro. Revinter, 2000.

BRAGA, P.P.; SENA, R.R. Estratégias para efetivar a continuidade do cuidado pós-alta ao prematuro: revisão integrativa. **Acta paulista de enfermagem** [online]. 2012, vol. 25, nº 6. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/s0103-21002012000600023>>. Acesso em: 03 de Junho de 2022.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

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**. 2º ed. 2014, Ministério da Saúde.

COFEN. **Resolução 358 de 2009, que dispõe sobre a SAE**. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-35820094384.html>>. Acesso em: 04 de Abril de 2022.

CORIAT, E. **Psicanálise e clínica de bebês**. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1997.

COURIEL, J.M.; DAVIES, P. Costs and benefils of a community special care baby service. **British Medica/Journal**, vol. 26, 1988. Tradução disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3130133>>. Acesso em:14 de Maio de 2022.

DAVIS, D.W.; LONGSON, M.C.; BIRKMER J.C. Types of support expected and received by mothers after their infants' discharge from the NICU. **Issues in Comprehensive Pediatric Nursing**, vol. 19, nº 4, 1996.

FONSECA, L.M.M.I. et. al. Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol. 12, nº 1, 2004.

GAIVA, M.A.M. et. al. A alta em unidade de cuidados intensivos neonatais: perspectiva da equipe de saúde e de familiares. **Revista Mineira de Enfermagem**, 2006. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/434>>. Acesso em: 23 de Abril de 2022.

GENNARO, S. Family response lo lthe low birth weight infantl. **Nursing C/linics of Norlh Amen"ca**, vol. 31 Tradução Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8637811>>. Acesso em: 06 de Junho de 2022.

LIMA, M.J.B da S. *Imunoprofilaxia do vírus sincicial respiratório com palivizumabe em crianças em hospital da zona sul de São Paulo.* **Rev. OFIL-ILAPHAR** vol.30 no.1 Madrid ene./mar. 2020 Epub 18-Ene-2021

LUCAS, T.A.M.P.C., et. al. A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO À FAMÍLIA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL. **Revista de Enfermagem UFPE**, 2009. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/bde-33947>>. Acesso em: 22 de Abril de 2022.

MARRA, C.C., CARMAGNANI, M.I.S.; AFONSO, C.; SALVADOR, M.E. Orientação planejada de enfermagem na alta hospitalar. **Acta Paulista de Enfermagem**, vol. 2, nº 8, 2004.

MADEIRA, L.M. Alta hospitalar da criança: implicações para a enfermagem. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, vol. 10, nº 7, 2009.

MERIGHI, M.A.B. Assistência de enfermagem ao prematuro: alguns procedimentos básicos. **Rev. Esc. Enf. Usp**, São Paulo, vol. 19, nº 3, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v19n3/0080-6234-reeusp-19-3-231.pdf>>. Acesso e: 03 de Abril de 2022.

MEDSI, C.J.P.; STARK, A.R. **Manual de Neonatologia**. 4º ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2000.

MELLO, D.F. ROCHA, S.M.M.S. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A CRIANÇAS PREMATURAS: UMA REVISÃO DA LITERATURA SOBRE O SEGUIMENTO. **Revista Brasil Enfermagem**. Brasília, vol. 52, nº 1, 2002. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/q7JCwHm38THKJ7s693tM6gy/?format=pdf&lang=p>>. Acesso em: 03 de Abril de 2022.

Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso: Método Canguru**. 2011, 2ª Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde- Departamento de Atenção Básica. **SAÚDE DA CRIANÇA Aleitamento Materno e Alimentação Complementar**. 2ª edição Cadernos de Atenção Básica, no 23 Brasília- DF, 2015.

NIETO. G.C.S de. **Manual de orientação aos pais, familiares e cuidadores de prematuros na alta hospitalar**. Elsevier Editora Ltda, 2016.

OLIVEIRA, B. et. al. Visita domiciliar às mães de recém-nascidos prematuros e baixo peso: home visits to mothers of premature and low birth weight newborns. **Revista recien - revista científica de enfermagem**. Vol.11, 2021.

RUAS, T.C.B, et. al. Suporte social para acolhimento de irmãos de bebês prematuros em uterineonatal: “caderninho de histórias para colorir e brincar”. **Revista REVIBRAT**, 2020. Disponível em: <<https://revistas.ufrr.br/index.php/ribto/article/view/34896>>. Acesso em: 25 de Maio de 2022.

REZENDE, J. e MONTENEGRO, C.A.B. **Obstetrícia Fundamental**. 8º ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1999.

SILVA, K.M. Assistência de enfermagem ao RN prematuro e a família: uma revisão da literatura. **Revista Eletrônica, Dossiê do meio Ambiente**, Vol. 15, N° 3, 2018. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/rir/article/view/59204>> Acesso em: 03 de Abril de 2022.

SCOCHI, C.G.S.; KOKUDAY, M.L. do P.; RIUL, M.J.S.; ROSSANEZ, L.S.S.; FONSECA, L.M.M.; LEITE, A.M. et. al. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no hospital das clínicas de Ribeirão Preto. **Rev Latino-Americana de Enfermagem**, vol. 11, n° 4, 2003.

THOMPSON, D.G. Critical pathways in the intensive care & intermediate care nurseries. **Am.J. MatChild Nursing**, n°1, 1994. Tradução disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8201859>>. Acesso em: 05 de Junho de 2022.

TRONCHIN, D.M.R.; TSUNECHIRO, M.A. Prematuros de muito baixo peso: do nascimento ao primeiro ano de vida. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, vol. 28, n° 1, 2007.

UNIRIO. **Cartilha de enfermagem assistencial ao prematura em alta**. Faculdade de Enfermagem, UNIRIO, 2019.

VIDAL, M. Alta Hospitalar e Reinternação de Bebê Prematuro: uma Reflexão sobre o Acesso aos Serviços de Saúde. **Revista Saúde Mental** - ano IX, n° 17 – Barbacena – MG, 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v9n17/03.pdf>>. Acesso em 10/06/2022.

VIEIRA, C.S. MELLO D.F.; OLIVEIRA, F. Rede de apoio social familiar no seguimento do recém-nascido pré-termo e baixo peso ao nascer. **Rev Eletrônica Enferm**, 2010.

VERENEZ, M. Et. al. Vivência de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diários de campo. **Rev. Gaúcha Enferm**, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.60911>>. Acesso em: 22 de Abril de 2022.

WELDT, E. et. al. Seguimiento de niños con peso al nacer inferior a 1500g. **Reli. C/lif. Pediatr.** Vol. 60, n° 3, 1989. Tradução disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-67805>>. Acesso em: 14 de Maio de 2022.

ZAHR, L. et. al. Follow-up of premature infants of low socioeconomic status. **Nursing Research**, vol. 38, n° 4. 1989. Tradução disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/YzHWpT7gHs6R76p8FFdZ4PS>>. Acesso em: 01 de Junho de 2022.

ZANI, A.V.; TONETE, V.L.P.; PARADA, C.G.L. Cuidados a recém-nascidos de baixo peso por equipes de saúde da família: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFPE on line**. Recife, vol. 8, 2014.

ZELLE, R.S. Follow-up of at-risk infants in the home setting: consultation model. **JOGNN**, vol. 24, n° 51, 1995. Tradução disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/277290038_Florida_State_University>. Acesso em: 11 de Abril de 2022.