

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE – ESCOLA GHC
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO
GRANDE DO SUL – CÂMPUS PORTO ALEGRE

ATENÇÃO DOMICILIAR COM ÊNFASE DE GESTÃO EM REDES

SEGUIMENTO DOS BEBÊS PREMATUROS E DE BAIXO PESO NA ATENÇÃO
DOMICILIAR

SILVANA DE FATIMA FIALHO RIGHES

ORIENTADORA: DANIELLA MACHADO
CO-ORIENTADORA: ADELAIDE LUCIA KONZEN

PORTO ALEGRE

2015

SILVANA DE FATIMA FIALHO RIGHES

SEGUIMENTO DOS BEBÊS PREMATUROS E DE BAIXO PESO NA ATENÇÃO
DOMICILIAR

Projeto apresentado como requisito à conclusão do curso de Especialização em Atenção Domiciliar com Ênfase de Gestão em Redes.

Orientadora: Daniella Machado
Co-orientadora: Adelaide Lucia Konzen

PORTO ALEGRE
2015

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 PROBLEMA.....	5
3 JUSTIFICATIVA.....	6
4 OBJETIVOS.....	7
4.1 OBJETIVO GERAL	7
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
5 REVISÃO DA LITERATURA	8
6 METODOLOGIA	16
6.1 PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	16
6.2 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	18
8 CRONOGRAMA	19
9 RECURSOS NECESSÁRIOS	20
10 RESULTADOS ESPERADOS	21
REFERÊNCIAS.....	22

RESUMO

Os avanços científicos e tecnológicos têm aumentado a expectativa de vida da população em geral, que vão desde os bebês prematuros aos idosos. Neste trabalho abordo a questão da necessidade de garantir a continuidade do cuidado do bebê prematuro e de baixo peso com qualidade, a partir da constituição da Rede de Atenção à Saúde, investindo na capacitação das mães, pais e/ou responsáveis pelo ser que depende de outro para garantir sua sobrevivência. A assistência prestada por profissionais qualificados em neonatologia e obstetrícia vem aumentando a sobrevivência dos recém-nascidos prematuros e de baixo peso, mas estudos mostram que ainda a morbidade e mortalidade são elevadas principalmente no primeiro ano de vida. Diante deste contexto surgiu proposta de constituir uma Rede de Atenção à Saúde composta pela Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Método Canguru, Atenção Domiciliar e Atenção Primária em Saúde com o objetivo de preparar mães, pais e/ou responsáveis para o cuidado em casa ao recém-nascido prematuro e de baixo peso, capacitando-os acompanhado desde a internação até o pós-alta hospitalar. Com a implantação deste projeto de intervenção espera-se que serviços e profissionais dos vários níveis de atenção se articulem a fim de capacitar mães, pais e/ou responsáveis para o cuidado em casa ao recém-nascido após a alta hospitalar, estabelecer estratégias para identificar riscos, melhorar o vínculo mãe/filho e que também possa gerar subsídios para novas ações dos profissionais que atuam nesta área, contribuindo para melhoria do trabalho organizacional bem como para melhoria da qualidade do cuidado desses bebês.

Palavras-chave: Recém-nascido de Baixo Peso. Atenção Domiciliar Pós- Alta. Rede de Atenção Saúde.

1 INTRODUÇÃO

Os avanços científicos e tecnológicos das últimas décadas associadas paralelamente com mudanças na assistência obstétrica e neonatal, contribuíram significativamente para a sobrevivência de recém-nascidos prematuros e de baixo peso.

Mães e pais constroem sonhos, imagens e esperanças com o nascimento de um “bebê gordinho, rosto bonito, saudável, ativo e perfeito”. 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; PARADA, 2014).

Os recém-nascidos prematuros e de baixo peso necessitam de um número maior de avaliações do seu estado de saúde 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 com atenção no acompanhamento do crescimento, nutrição, funções visuais, auditivas, neuromotoras, cognitivas, imunização e cuidado domiciliar. (TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2007).

Sendo assim, 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; SENA, 2012).

A prematuridade é ainda considerada um problema de saúde pública, pois a morbidade e mortalidade são elevadas no primeiro ano de vida. Diante disso surgiu então a proposta de constituir uma Rede de Atenção à Saúde composta pela Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Método Canguru, Atenção Domiciliar e Atenção Primária em Saúde com a proposta de preparar mães, pais e/ou responsáveis para o cuidado domiciliar ao recém-nascido prematuro e de baixo peso para pós-alta hospitalar.

A motivação para desenvolver este projeto originou-se pela experiência vivenciada como membro da Equipe da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Fêmeina, integrante do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). O Hospital Fêmeina é um hospital voltado à saúde da mulher e do recém-nascido e no incentivo ao aleitamento materno.

2 PROBLEMA

Dificuldade na compreensão dos pais e/ou responsáveis no que diz respeito aos cuidados necessários aos recém-nascidos prematuros e de baixo peso na pós-alta hospitalar, colocando em risco a vida destes bebês.

3 JUSTIFICATIVA

Recém-nascidos requerem cuidados especiais que garantam sua saúde sem sequelas. Para tanto é importante constituir uma rede de cuidados, a partir da construção de uma boa relação e fluxo de informação e qualificação entre profissionais de saúde, pais e/ou responsáveis destes pequenos seres humanos que lutam pela sua sobrevivência.

A partir da experiência vivenciada foi observado que é frequente pais e familiares terem dificuldade para assimilar as explicações fornecidas pela equipe da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. A carência no preparo das mães e pais e/ou responsáveis para prestar cuidado ao recém-nascido para pós-alta hospitalar pode levar a um aumento das reinternações hospitalares e riscos a sua integridade física e mental.

Por isso, é relevante estabelecer a comunicação entre profissionais da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) com a Rede de Atenção a Saúde (RAS) e os usuários, para garantir a qualidade do cuidado no seguimento desses bebês desde a UTIN até o domicílio. Também, constatar o preparo e compressão das mães no cuidado do recém-nascido prematuro e baixo peso para alta hospitalar.

Espera-se que com o desenvolvimento desse projeto de intervenção, ocorra um maior e melhor envolvimento e fluxo de conhecimento e informações entre profissionais que atuam nesse campo e usuário. Incidindo no modo de fazer e no desenvolvimento de novas ações, contribuindo assim na melhoria da qualidade do cuidado prestado, bem como na melhoria da qualidade de vida desses recém-nascidos e familiares, diminuindo assim os riscos e o número de reinternações em seu primeiro ano de vida.

Nesse sentido, e, por acreditarmos que o trabalho em Rede de Atenção à Saúde, fortalece a ação compartilhada entre todos os atores envolvidos, profissionais, os sujeitos e as instituições, acreditamos poder compartilhar importantes informações para o desenvolvimento de novos trabalhos, de modo a contribuir para a melhoria da qualidade do trabalho institucional, bem como para a melhoria da qualidade de vida desses usuários.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Construir Rede de Atenção a Saúde de recém- nascidos prematuros e de baixo peso para garantir a continuidade do cuidado após a alta hospitalar a partir da capacitação dos pais e/ou responsáveis.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar a Rede de serviços e profissionais envolvidos no cuidado com o recém-nascido, relação e o fluxo de informação que estabelecem entre si;
2. Identificar como se dá o processo de preparação dos pais e/ou responsáveis, para os cuidados com o recém- nascido no pós- alta;
3. Articular e construir com a Rede de Atenção, fluxo de informação e acompanhamento do cuidado com este recém nascido no domicílio.

5 REVISÃO DA LITERATURA

A assistência neonatal avançou muito nos últimos anos e com a introdução de recursos terapêuticos mais eficazes tem garantido uma sobre vida maior aos recém-nascidos prematuros e de baixo peso. Mesmo assim é inevitável que esses recém-nascidos permaneçam longos períodos de internação, sendo submetidos a vários procedimentos invasivos, como intubação oro traqueal, inserção de cateteres, sondagens entre outros, para cumprimento do tratamento como: oxigênio-terapia, antibiótico-terapia, hemotransfusão e nutrição parenteral (TRONCHI; TSUNECIRO, 2007).

O parto pré-termo é definido quando a gestação termina entre as 20^a e 37^a semanas (BRAGA; SENA, 2012). Quanto o fator baixo peso ao nascer (< 2.500g) os recém-nascidos são subclassificados em: (1.501 a 2500g), peso muito baixo ao nascer (1.001 a 1500g) e extremo baixo peso ao nascer (<1.000g). O baixo peso ao nascer é responsável por 2/3 das mortes neonatais, ocorridas nos primeiros 27 dias de vida. Os recém-nascidos de baixo peso e os prematuros são caracterizados como de alto risco por apresentarem instabilidade fisiológica ou hemodinâmica como consequência de distúrbios congênitos, alterações metabólicas, asfixia peri natal ou distúrbios durante a gestação. Além disso, o nascimento de um bebê prematuro ou de baixo peso tem graves consequências médicas e sociais (ZANI; TONETE; PARADA, 2014).

Sobretudo a prematuridade é um problema de saúde pública, sendo destacada como causa básica ou associada de óbitos no primeiro ano de vida, bem como é responsável por maior morbidade na infância. A mortalidade e a morbidade têm tendência a acentuar-se (VIEIRA; MELLO, 2009).

A partir da experiência vivenciada foi observado que é frequente identificar a carência no preparo das mães para prestar cuidados ao recém-nascido prematuro e de baixo peso na pós-alta hospitalar, sendo que esses bebês requerem cuidados especiais pelos seus familiares bem como acompanhamento e intervenção, se necessário, pela Rede de Atenção à Saúde.

Na comunicação entre os profissionais envolvidos, mães, famílias e/ou responsáveis poderão ocorrer várias interpretações da mesma informação, o que dificulta o entendimento principalmente por parte dos familiares no que diz respeito

às informações e orientações sobre os cuidados com o recém-nascido. Situação esta que deve ser identificada e corrigida para promover a garantia da continuidade do cuidado pós-alta hospitalar. Considerando que as relações de afeto e desafeto entre pai e mãe se entrelaçam antes da concepção, assim como um bebê começa a existir para seus pais antes do nascimento. O cuidado com o recém-nascido deve ser iniciado antes de seu nascimento, durante o pré-natal, e intensificando quando se identifica situações de risco para mãe e o bebê.

O nascimento de um bebê prematuro ou de baixo peso poderá levar a sérias complicações e isso acarretará sonhos e desejos desfeitos para essas famílias. Uma nova etapa inicia-se na vida dessas famílias, com diversas reações, como a negação do fato que envolve em não aceitar ou não querer compreender as explicações informadas pelos profissionais de saúde. Os pais constroem imagens sonhos e esperanças com o nascimento do bebê gordinho, rosto bonito, saudável, ativo e perfeito. Ao se deparar com um bebê pequeno e frágil, e diante desta situação seus sonhos se desfazem. Então surgem os sentimentos de culpa, medo, incapacidade, angústia o que pode provocar o distanciamento entre pais e filhos prematuros. (ZANI; TONETE; PARADA, 2014).

Os riscos emocionais e sociais somados com os riscos biológicos também podem desencadear os maus tratos familiares, abandono, abuso infantil e a síndrome de failure to thrive sem patologia orgânica, na qual o bebê não aumenta o peso e nem a estatura, o desenvolvimento neuromotor e comportamental param durante os primeiros meses de vida no domicílio, devido distúrbios de paternidade (TRONCHI; TSUNECHIRO, 2007).

Durante o primeiro encontro entre a mãe e seu bebê, faz-se necessário a presença de um profissional da equipe de saúde para compartilhar com os pais sentimentos e informações sobre seu bebê e os cuidados necessários, respeitando as diferenças individuais, e qualificando as relações de forma gradual e crescente estabelecendo um vínculo de respeito e compreensão recíprocos. Tendo em vista a importância deste primeiro encontro entre mãe e seu bebê e considerando que ele é um momento único e delicado, onde algumas mães vivenciam momentos e sentimentos confusos às vezes de vazio, solidão e medo, quando o bebê é levado para Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Surge então a necessidade de um apoio e suporte psíquico para que ela supere e consiga compreender a situação e a

necessidade de aprender a cuidar de seu pequeno e frágil bebê, entendendo claramente as informações prestadas pela equipe de saúde.

Com a separação de sua mãe o recém-nascido que inspira cuidados imediatos é privado de receber os afetos de um bebê sadio. Sendo que o bebê sadio recebe logo após o nascimento o contato com o corpo da mãe, seu leite, sua voz, seu toque, seus braços envolvendo seu corpo e os batimentos cardíacos desta, ele é consolado quando chora, recebe todo carinho e afeto. Tudo isso contribui para o fortalecimento do vínculo e formação dos laços afetivos tanto para mãe como para o pai que estará presente (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011).

O bebê com cuidados especiais é privado por mais tempo de sentir o cheiro de seus pais, escutar novamente a voz deles e o contato pele a pele. Deve-se considerar também que, recém-nascidos prematuros e de baixo peso apresentam características próprias que requerem uma adaptação no meio extra-uterino, no que se refere aos aspectos biológicos, sociais e psicológicos. Neste contexto, a assistência resolutiva faz-se necessária para que seja iniciado no ambiente hospitalar e tenha continuidade após a alta hospitalar. (BRAGA; SENA, 2012).

Diante deste contexto, percebe-se que a importância do preparo dos profissionais de saúde para interagir da melhor forma possível na qualificação e no preparo das mães e familiares para o cuidado do recém-nascido prematuro e de baixo peso para alta hospitalar, estando atentos para a forma como cada um interpreta as informações e orientações prestadas, isso é de suma importância para dar continuidade no cuidado domiciliar, sendo que esses bebês requerem cuidados especiais prestados pelos profissionais da Rede de Saúde e pelos pais e/ou responsáveis.

As Redes de Atenção à Saúde são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado, com o objetivo integral de qualidade, responsável e humanizado (BRASIL. Ministério da Saúde, 2010).

Sendo que a Atenção Básica se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, na esfera individual e coletiva, que envolve a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, o diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção

integral que influencie na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012a).

A Estratégia da Saúde da Família propõe a reorganização da atenção básica nos países, com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aperfeiçoar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de fornecer uma importante relação custo-efetividade. A Estratégia da Saúde da Família é composta por uma equipe multiprofissional (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012a).

Habitualmente as equipes de saúde da família são a porta de entrada para gestantes que tem sua primeira consulta na unidade e é onde se identificam gestantes de alto risco, como por exemplo, diabéticas, hipertensas, etc. Estas são encaminhadas a centros de referência para um cuidado mais intensivo, como é o caso do Hospital Fêmea onde o encaminhamento de gestantes ocorre pela Atenção Básica com marcação de consultas de referência e contra referência, pela Estratégia da Saúde da Família e por demanda espontânea através da Emergência do Hospital. São consideradas pacientes de alto risco as gestantes que apresentam idade avançada, hipertensão arterial, diabetes, medicina fetal e as DSTs. Estas gestantes fazem todo o acompanhamento no ambulatório de alto risco ou no Hospital Dia de Infectologia. As mesmas têm o direito ao nascimento do bebê nesta maternidade e garantia de leito na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal se necessário.

O Método Canguru é uma política pública e está sendo ampliado e fortalecido no Brasil, foi incorporado às ações do Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. É um modelo de assistência peri natal voltado para melhoria da qualidade do cuidado desenvolvido em três etapas conforme portaria GM/Msn^o1. 683, de 12 de julho de 2007, com o objetivo da atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011).

O Método Canguru é um tipo de assistência neonatal que requer o contato pele a pele entre pais em recém-nascidos, de forma crescente por tempo que ambos

acharem suficiente e prazeroso, promovendo independência e competência parental, com o suporte da equipe da interação familiar e de redes sociais (BRASIL. Ministério da Saúde, 2014).

A importância da atenção humanizada através do Método Canguru irá reduzir o tempo de separação entre mãe e recém nascido, favorecendo o vínculo entre ambos. Além de permitir o controle térmico adequado, redução de infecções hospitalares, reduz o estresse e a dor do recém-nascido; melhora a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo do recém-nascido; possibilita maior competência e confiança dos pais no cuidado com seu filho após alta hospitalar (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011).

A Atenção Domiciliar sendo uma modalidade de Atenção a Saúde, substitutiva ou complementar, caracterizada por um conjunto de ações de promoção a saúde, prevenção e tratamento de doenças e a reabilitação prestada no domicílio com garantia continuidade de cuidados e integrada às Redes de Atenção à Saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012b). Essas crianças terão um acompanhamento com equipe multidisciplinar, por longo período, pois muitas poderão apresentar um prognóstico em longo prazo e importantes sequelas devido à prematuridade.

A Atenção Domiciliar por ser realizada na casa das pessoas, facilita a identificação dos riscos para o recém-nascido e para a mãe, como violência familiar, maus tratos, negligência, drogadição entre outros riscos, o que interfere na qualidade de vida do recém-nascido, possibilitando as equipes vivenciar realidades na qual estão inseridas as famílias, com suas culturas, valores e suas formas de cuidar de si e do outro.

Ao nascer, o bebê prematuro e de baixo peso apresenta características anatomofisiológicas singulares que requerem uma adaptação complexa ao meio extra-uterino, diante dos aspectos fisiológicos, sociais e psicológicos. Sendo assim, há necessidade de uma assistência com suporte técnico adequado para facilitar essa adaptação, que deve ser prestada durante a internação e ter continuidade após a alta hospitalar. Em muitos locais o seguimento do egresso é realizado em ambulatórios vinculados a Unidade de Terapia Intensiva, na inexistência destes, as crianças devem ser inseridas na rede de Atenção Básica de Saúde (VIEIRA; MELLO, 2009).

É fundamental que a Equipe de profissionais da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal estabeleça fluxo eficaz de comunicação e troca de informação com os demais profissionais da Rede de Atenção à Saúde para seguimento do cuidado desses bebês após alta hospitalar.

Desta forma, a continuidade do cuidado desses bebês após alta hospitalar é relevante 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; SENA, 2012).

Na Unidade de Terapia Intensiva ou Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal logo após o nascimento do bebê prematuro ou de baixo peso, o pai é o primeiro a entrar na Unidade Neonatal e ter contato com a equipe e com o filho, também receberá as primeiras informações para o restante do grupo familiar, tendo um papel especial neste momento.

A primeira etapa do Método Canguru se inicia no pré-natal de alto risco seguido da internação do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. É importante nesta etapa acolher os pais na Unidade Neonatal, não sobrecarregar os pais com muitas informações, esclarecer sobre as condições de saúde do recém-nascido, garantir livre acesso e permanência na Unidade Neonatal. Durante a internação do bebê nesta etapa a mãe deve ser estimulada a participar progressivamente do cuidado com seu filho, fortalecendo o vínculo e desenvolvendo sentimento de pertencimento. Com a estabilidade deste bebê pode ser iniciado contato pele a pele mesmo que ele ainda se encontre em ventilação mecânica e nutrição parenteral. Esta etapa termina quando o recém nascido encontra-se estável e pode contar com o acompanhamento contínuo da mãe na Unidade Canguru (BRASIL. Ministério da Saúde, 2014).

A conduta entre as etapas do Método Canguru será com avaliação e prescrição médica em acordo com os pais do bebê. Pois só poderão fazer a segunda etapa do Método os pais que tiverem disponibilidade e estiverem de acordo em seguir o Método Canguru.

A segunda etapa do Método Canguru inicia-se com a estabilidade clínica do bebê, ganho de peso ponderal, segurança materna ou paterna e disponibilidade de permanecer maior tempo desejado e possível. Nesta etapa o bebê permanece em contato pele a pele com a mãe ou pai em posição canguru. A mãe é convidada a

permanecer no hospital de forma contínua ao lado do filho, sendo oferecido espaço físico, acomodação para seu repouso e para realizar a posição canguru contato pele a pele com seu bebê. Esta etapa é fundamental do método, pois finaliza e aperfeiçoa a primeira etapa e prepara para alta hospitalar e para a terceira etapa (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011).

Segundo Haykawa et al (2010) os recém-nascidos prematuros extremos tem um aumento de sobrevivência, mas também contribuem para o aumento da morbidade durante a infância, as patologias respiratórias são as causas mais frequentes de internações destes bebês após alta da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal. Diante deste cenário, algumas questões que causam preocupação são a frequência de reinternações, complicações decorrentes destas e a de qualidade de vida desses bebês devido à imaturidade dos sistemas como um todo. Portanto, há maior necessidade de acompanhamento interdisciplinar que atenda as necessidades específicas dos recém-nascidos prematuros.

Pelas suas particularidades, cuidar do recém-nascido prematuro ou baixo peso requer conhecimento e estabelecimento de uma assistência direcionada às suas necessidades tendo um cuidado específico durante a internação e seguimento após alta hospitalar.

A comunicação dos profissionais da Equipe da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal com os familiares deve ser clara, não usando termos científicos para uma melhor compreensão das mães e familiares no que diz respeito à situação do bebê, a importância do equilíbrio e da união de todos para que tudo ocorra da melhor maneira possível.

Por isso a importância da humanização no cuidado com o recém-nascido envolvendo os familiares no processo de cuidado para construir e fortalecer o vínculo, segurança e responsabilidade.

Podemos pensar em preparar a alta hospitalar desses bebês logo em que o recém-nascido começa a coordenar sucção, deglutição e respiração não apresentando quedas de saturação, alimentando-se por via oral sem uso de sondas e mantendo a temperatura corporal.

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).

E devemos estar atentos para observar as possíveis dificuldades e dúvidas que essas mães e familiares irão apresentar após a alta hospitalar, compreender e solucionar suas dúvidas e inseguranças.

É neste momento que a terceira etapa do Método Canguru dará continuidade após a alta hospitalar e o recém-nascido de baixo peso já estará em cuidados domiciliares. Deve-se reforçar a posição canguru por tempo integral. Esta etapa exige da equipe observação cuidadosa e global do bebê e da adaptação da família à nova situação.

Considerando que o Método Canguru se encerra na terceira etapa, os profissionais têm a responsabilidade de vincular esta família a outro serviço de saúde para dar seguimento, acompanhamento e suporte aos pais e/ou responsáveis, em caso de dúvidas sobre a evolução dos cuidados. Por isso a comunicação entre os serviços e profissionais se faz essencial, é ele que vai garantir o seguimento e o olhar para esses bebês que ainda continuam com a Atenção Domiciliar e/ou na Estratégia da Saúde da Família. A forma de prestar assistência quem define é o serviço ao qual foi vinculado, o importante é manter qualidade e continuidade do cuidado ao recém-nascido.

O número de consultas vai depender dos agravos clínicos, o equilíbrio sociofamiliar e principalmente o funcionamento da rede básica de saúde. Sugere-se três consultas na primeira semana, duas na segunda semana e uma consulta semanal após a terceira semana. É fundamental que seja realizada uma consulta no hospital de origem, para tanto, no momento da alta hospitalar esta consulta já deverá estar marcada e registrada na nota de alta hospitalar.

As demais consultas podem ser realizadas com apoio das equipes da Estratégia da Saúde da Família, incluindo visita domiciliar. É de fundamental importância a comunicação entre o hospital e atenção básica para estabelecer uma linha de cuidados (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011).

Quanto mais experiência os profissionais adquirirem, melhor será a assistência prestada em todas as etapas e quanto melhor o manejo na segunda e terceira etapas, menor será a taxa de reinternações após a alta hospitalar desses bebês.

6 METODOLOGIA

6.1 PROJETO DE INTERVENÇÃO

O presente projeto trata-se de uma Pesquisa-Ação ou Intervencionista de acordo com a classificação adotada por Ferla(2008). Pressupõe a intervenção participativa na realidade social. Utilizada quando os pesquisadores reconhecem que têm um papel ativo na realidade observada.

De acordo com Pimenta (2008), a pesquisa-ação supõe uma forma de ação planejada de caráter social, educacional, técnico entre outros, possibilitando aos participantes condições de investigar sua própria prática de uma forma crítica e reflexiva.

A metodologia utilizada foi escolhida porque entendemos que a mesma tange ao objetivo principal que é construir Rede de Atenção a Saúde de recém-nascidos prematuros e de baixo peso, garantir a continuidade do cuidado após a alta hospitalar a partir da preparação dos pais e/ou responsáveis. Identificar a Rede de serviços e profissionais envolvidos no cuidado com o recém-nascido, relação e o fluxo de informação que estabelecem entre si, como se dá o processo de capacitação dos pais e/ou responsáveis, para os cuidados com o recém-nascido na pós-alta, articular e construir com a Rede de Atenção, fluxo de informação e acompanhamento do cuidado com este recém-nascido em casa.

O projeto se constitui em uma intervenção que será realizada com profissionais e usuários do Hospital Fêmina.

Critérios de inclusão:

Recém-nascidos com peso inferior a 2000 g e prematuro (entre 20 e 37 semanas de idade gestacional) internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Fêmina, localizado na Rua Mostardeiro, 17, bairro Moinhos de Vento Porto Alegre/RS, no período em que os bebês estiverem internados.

O Hospital Fêmina, parte integrante do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é um hospital voltado à saúde da mulher e do recém-nascido e é referência no incentivo ao aleitamento materno, oncologia, Unidade de Reprodução Humana. Conta com 187 leitos sendo que a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

possui 40 leitos e é considerada(UTIN) de nível três.O Centro Obstétrico possui 30 leitos e o Alojamento Conjunto um total de 34 leitos sendo 10 leitos de alto risco.

A intervenção se inicia com o ingresso da gestante no Hospital Fêmeina, onde dará início a primeira etapa do Método Canguru, dando continuidade após o nascimento do bebê, na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, com a capacitação dos pais e/ou responsáveis, pela equipe multidisciplinar. Os pais serão acolhidos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, onde a unidade será apresentada, bem como, será entregue um folder informativo sobre as rotinas da unidade para ajudar a esclarecer como funciona o setor.

Durante a internação do recém-nascido a mãe e/ou familiares serão orientados e preparados para a alta hospitalar do bebê, pela equipe multiprofissional do setor.

A equipe multidisciplinar da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal entrará em contato com o serviço de Atenção Domiciliar para os bebês que requerem cuidados mais frequentes em casa ou que os pais apresentem dificuldades e dúvidas em desenvolver um cuidado adequado e seguro.

A equipe multidisciplinar da Unidade de Terapia Intensiva ou da Atenção Domiciliar acionará a Estratégia da Saúde da Família para dar seguimento e acompanhamento a esta família.

É fundamental que seja realizada uma consulta no hospital de origem. Para tanto, no momento da alta hospitalar, esta consulta já deverá estar agendada e registrada na nota de alta hospitalar.

Espera-se que o desenvolvimento deste trabalho e o empenho dos profissionais na implantação da Rede de Atenção à Saúde do recém-nascido, que ocorram melhorias nas relações entre serviços e profissionais envolvidos, proporcionando maior conhecimento e informações aos profissionais que atuam nesse campo, podendo desenvolver ferramentas para novas ações de modo a contribuir para otimização de recursos para melhoria da qualidade e garantia da continuidade do cuidado, bem como para a melhoria da qualidade de vida desses recém-nascidos e familiares.

6.2 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

A divulgação deste trabalho, após ser apresentado à comissão avaliadora de professores da Escola do Grupo Hospitalar Conceição, será também apresentado aos funcionários da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, local onde será desenvolvido o projeto. Será entregue uma cópia para a biblioteca do Hospital Fêmeina, uma cópia para o setor onde será realizado o projeto e outra cópia à Escola do Grupo Hospitalar Conceição.

8 CRONOGRAMA

2015

	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Definição do projeto	X						
Pesquisa bibliográfica		X	X	X	X		
Estruturação do projeto		X	X	X	X		
Formatação						X	
Entrega do projeto						X	
Aprovação do projeto						X	
Apresentação do projeto							X

9 RECURSOS NECESSÁRIOS

Para implantação deste projeto de intervenção serão necessários recursos humanos e materiais, conforme segue:

Recursos humanos: equipe multiprofissional da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, mães e/ou familiares de recém-nascidos.

Recursos materiais: sala para reuniões, cadeiras, folders, espaço físico para implantação do Método Canguru segunda etapa.

10 RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se com o desenvolvimento deste projeto de intervenção, que se possa construir Rede de Atenção a Saúde do recém-nascido, com o intuito de qualificar a assistência prestada, garantir a continuidade do cuidado aproximando os profissionais envolvidos na capacitação de pais e/ou responsáveis pelo recém-nascido prematuro e de baixo peso, para o cuidado em casa após a alta hospitalar.

Espera-se que este projeto também possa gerar subsídios para novos trabalhos e ações dos profissionais que atuam nesta área, contribuindo para a otimização de recursos, bem como para melhoria da qualidade de vida desses bebês e familiares, inserindo-os novamente na vida social.

REFERÊNCIAS

BRAGA, Patrícia Pinto; DE SENA, Roseni Rosângela. Estratégias para efetivar a continuidade do cuidado pós-alta ao prematuro: revisão integrativa.

Actapaul.enferm., São Paulo, v. 25, n. 6, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada recém nascido de baixo peso**: método Canguru: manual técnica. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2011.

_____. **Portaria n 4.279 de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>.

Acesso em: 10 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2012a.

_____. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2012b.v.1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Estratégicas. **Atenção à saúde do recém nascido**: guia para profissionais de saúde. 2.ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2014.

FERLA, Alcindo Antônio et al. **Pesquisando no cotidiano do trabalho na saúde**: aspectos metodológicos e de formatação para elaboração de projetos de informação científica e tecnológica em saúde. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2008.

GAIVA, Maria Aparecida et al. A alta em unidade de cuidados intensivos neonatais: perspectiva da equipe de saúde e de familiares. **REME- Rev.Min.Enferm.**, Belo Horizonte, v.10, n.4, p.387-292, out./dez. 2006.

HAYAKAWA, Leticia et al. Incidência de reinternação de prematuros com muito baixo peso nascidos em um hospital universitário. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v.14, n.5, p.324-329, abr./jun. 2010.

MORAIS, Aisiane Cedraz; QUIRINO, Marinalva Dias; ALMEIDA, Mariza Silva. O cuidado da criança prematura no domicílio. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v.22, n.1, p.24-30, 2009.

PIMENTA, Selma G.; FRANCO, Maria A. Santoro. **Pesquisa em educação**: possibilidades investigativas/formativas da pesquisa-ação. São Paulo: Edições Loyola, 2008. Disponível em: <<http://.periódicos.unir.br>>. Acesso em: 16 out. 2014.

TRONCHIN, Daisy Maria Rizatto; TSUNECHIRO, Maria Alice. Prematuros de muito baixo peso: do nascimento ao primeiro ano de vida. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.28, n.1, p.79-88, 2007.

VIEIRA, Claudia Silveira; MELLO, Débora Falleiros de. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.18, n.1, p. 74-82, jan./mar. 2009.

ZANI, Adriana Valongo; TONETE, Vera Lucia Pamplona; PARADA, Cristina Garcia de Lima. Cuidados a recém-nascidos de baixo peso por equipes de saúde da família: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFPE on line.**, Recife, v.8,n.5, p.1347-1356, maio2014.