



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

CINTIA MARIA MAGALHÃES OLIVEIRA DE ARAÚJO

**DESENVOLVIMENTO DE PROTOCOLO DE ALTA SEGURA
PARA RECÉM-NASCIDOS**

**SALVADOR
2023**

CINTIA MARIA MAGALHÃES OLIVEIRA DE ARAÚJO

**DESENVOLVIMENTO DE PROTOCOLO DE ALTA SEGURA
PARA RECÉM-NASCIDOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para aprovação no Exame de Defesa de dissertação de mestrado, na área de concentração “Enfermagem, cuidado e Saúde”, na Linha de Pesquisa “O Cuidado no Processo do Desenvolvimento Humano”.

Orientadora: Prof.^a Dra. Ridalva Felix Dias Martins

Coorientador: Prof. Dr. Josielson Costa da Silva

**SALVADOR
2023**

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),
com os dados fornecidos pelo (a) autor (a).

A663 Araújo, Cintia Maria Magalhães Oliveira de
Desenvolvimento de protocolo de alta segura para recém-nascidos/
Cintia Maria Magalhães Oliveira de Araújo. – Salvador, 2023.
92 f.: il.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ridalva Felix Dias Martins; Coorientador:
Prof. Dr. Josielson Costa da Silva.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de
Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde,
2023.
Inclui referências.

1. Alta do paciente – protocolo. 2. Recém-nascido. 3. Enfermagem
neonatal. I. Martins, Ridalva Felix Dias. II. Silva, Josielson Costa da.
III. Universidade Federal da Bahia. IV. Título.

CDU 613.95-053.31

CINTIA MARIA MAGALHÃES OLIVEIRA DE ARAÚJO

DESENVOLVIMENTO DE PROTOCOLO DE ALTA SEGURA PARA RECÉM-NASCIDOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para aprovação na defesa de dissertação de mestrado na área de concentração “Enfermagem, cuidado e Saúde”, na linha de pesquisa “O cuidado no processo de desenvolvimento humano”.

Aprovada em 28 de fevereiro de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Ridalva Felix Dias Martins



Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Maria Carolina Ortiz Whitaker



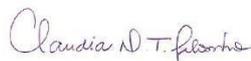
Doutorado em Ciências da Saúde pela EERP-USP e professora da Universidade Federal da Bahia

Nayara Girardi Baraldi



Doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP/USP

Claudia Nery Teixeira Palombo



Doutora em Enfermagem e professora da Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu filho Lucas pela compreensão nos momentos de ausência,
pelo amor incondicional e apoio sempre nas minhas escolhas. Te Amo eternamente!

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos a ti meu Deus, por me incentivar a continuar mesmo com todos os percalços enfrentados na trajetória da minha vida acadêmica; por me ceder a oportunidade de encontrar as pessoas certas no momento certo; por me testar até à última instância desse caminhar e me fortalecer; por me mostrar que tudo vale a pena.

Meus sinceros agradecimentos à minha família, pelo incentivo e aplausos e por me levantar naqueles dias cinzas.

Ao meu filho Lucas, por compreender a importância de tudo e me apoiar sempre.

Ao meu esposo, pelo amparo emocional e estrutural em todos os momentos.

Às colegas Camila Thaís, Flavia Lavínia, Monalisa, contemporâneas e sempre presentes no meu caminhar, cedendo expertise e conhecimento, além de apoio emocional que me agregaram confiança e aprendizados. Gratidão eterna a vocês.

À minha amiga e irmã Ana Paula Souza por me aconselhar e ouvir, incentivando a continuar quando pensei em desistir.

Às minhas terapeutas Cris e Teresa que me ouviram sem julgamentos, me orientando a repor-me nos trilhos.

Aos professores que se dedicaram a me orientar e apoiar na caminhada.

Grata à vida por me fazer persistente e resiliente sempre.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001”.

"This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001".

“Brincando de carrinho/ Ou de bola de gude/
Criança quer carinho/ Criança quer saúde/
Chutando uma bola/Ou fazendo um
amigo/Criança quer escola/ Criança quer
abrigo/ Lendo um gibi/ Ou girando um
bambolê/ Criança quer sorrir/ Criança quer
crescer [...]”

Toquinho

RESUMO

ARAÚJO, C.M.M.O. **Desenvolvimento de protocolo de alta segura para recém-nascidos.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem, Cuidado e Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, p. 92. 2023.

A alta segura do recém-nascido se configura na construção de assistência terapêutica, baseada em orientações direcionadas aos cuidados em domicílio, pela equipe multidisciplinar. Nesse sentido, é preciso levar em conta as necessidades particulares de cada recém-nascido e seus arranjos familiares, sua complexidade e eventuais complicações após a alta hospitalar. Os profissionais atuantes em unidades neonatais devem estar aptos e sensibilizados na observação aos critérios elencados de alta qualificada do recém-nascido pela literatura científica, a fim de reduzir os índices de readmissões dessa população e consequente morbimortalidade neonatal. É necessário diálogo com a família, inserindo-a como agente ativo diante dos cuidados aos neonatos, no que concerne à preparação para a alta hospitalar, tornando-os seguros e empoderados. Assim, os protocolos assistenciais se caracterizam como meio de propagar informações que consolidam esses critérios. *Objetivos:* Desenvolver um protocolo para alta segura de recém-nascidos, identificar na literatura científica quais as orientações voltadas para a alta segura a recém-nascidos e descrever as etapas do desenvolvimento de tecnologias para a alta segura de recém-nascidos. *Metodologia:* Trata-se de estudo exploratório- metodológico, de desenvolvimento de tecnologia educativa, voltado para a construção de um protocolo de alta segura para recém-nascidos, realizado no período de janeiro a dezembro de 2022. *Resultados:* Elaborou-se um protocolo de alta segura para recém-nascidos, dois artigos científicos sob a forma de revisão Integrativa e Narrativa de literatura. *Conclusão:* A alta segura de neonatos internados em unidade de nascimento requer acurácia e atenção nos seguintes critérios elencados: biofisiológicos (sono, repouso, alimentação, vacinação, higiene, respiração, sinais vitais, banho, eliminações normais, dados antropométricos, exames laboratoriais e de bioimagem normais, segurança, cuidados com a pele, hidratação, troca de fraldas, sucção efetiva, manejo do coto umbilical) comunicação efetiva (orientações gerais sobre o cuidado com RN em domicílio, reconhecimento de agravamento de saúde) e rede de seguimento (acompanhamento do recém-nascido em unidade básica de saúde). Cabe à equipe multidisciplinar, especialmente à equipe de enfermagem, na categoria do enfermeiro neonatal, atuar de modo constante na avaliação desses critérios, com a finalidade de evitar o regresso desses neonatos com agravos importantes de saúde.

Palavras-chave: Alta do paciente. Recém-nascido. Protocolo. Enfermagem neonatal.

ABSTRACT

ARAÚJO, C.M.M.O. **Development of a safe discharge protocol for newborns in the period 2021-2023.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem, cuidado e saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, p. 92. 2023.

The safe discharge of the newborn is configured in the construction of therapeutic assistance, based on guidelines directed to home care, by the multidisciplinary team. In this sense, it is necessary to take into account the particular needs of each newborn and their family arrangements, their complexity, and possible complications after hospital discharge. Professionals working in neonatal units must be able and sensitized to observe the criteria listed in the scientific literature for qualified discharge of newborns, in order to reduce the rates of readmissions of this population and consequent neonatal morbidity and mortality. Dialogue with the family is necessary, inserting them as active agents in the care of newborns, in what concerns the preparation for hospital discharge, making them safe and empowered. Thus, care protocols are characterized as a means of spreading information that consolidate these criteria. *Goals:* To develop a protocol for safe discharge of newborns, to identify in the scientific literature the guidelines for safe discharge of newborns, and to describe the stages in the development of technologies for safe discharge of newborns. *Methodology:* This is an exploratory-methodological study of educational technology development, aimed at building a safe discharge protocol for newborns, carried out from January to December 2022. *Results:* A safe discharge protocol for newborns, two scientific articles in the form of an integrative and narrative literature review were prepared. *Conclusion:* Safe discharge of neonates admitted to the birthing unit requires accuracy and attention to the following listed criteria: biophysiological (sleep, rest, feeding, vaccination, hygiene, breathing, vital signs, bathing, normal eliminations, anthropometric data, normal laboratory and bioimaging tests, safety, skin care, hydration, diaper changing, effective suctioning, management of the umbilical stump) effective communication (general guidelines on RN care at home, recognition of health worsening) and follow-up network (follow-up of the newborn in basic health unit). It is up to the multidisciplinary team, especially the nursing team, in the category of neonatal nurse, to act constantly in the evaluation of these criteria, in order to avoid the return of these neonates with significant health problems.

Keywords: Patient discharge. Newborn. Protocol. Neonatal nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Etapas para realização da revisão integrativa sobre alta do paciente em neonatologia, em 2021	56
Figura 2. Fluxograma da seleção dos estudos adaptado do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses	56
Figura 1. Diagrama de fluxo do processo de seleção da literatura de acordo com o PRISMA.....	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Tabela síntese dos artigos selecionados estruturados por autores, título, objetivos, base de dados e caracterização dos estudos. Salvador, Bahia, Brasil, 2022... 40

Tabela 2. Tabela síntese dos aspectos biofisiológicos, Comunicação – Orientação aos pais e Cuidados pós alta- Seguimento de rede envolvidos na alta hospitalar do RN, segundo os artigos selecionados. Salvador, Bahia, Brasil, 2022 44

Tabela 1. Dados dos artigos incluídos neste documento 61

Tabela 2. Critérios relacionados a alta segura do recém-nascido63

LISTA DE ABREVIATURAS

AIG - Adequado para a Idade Gestacional

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

DECS - Descritores em Ciência da Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

HIV - Human Immunodeficiency Virus

HTLV - Human T-Lymphocyte Vírus

IMC - Índice de Massa Corporal

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

MS - Ministério da Saúde

ODS - Objetivo de Desenvolvimento Sustentável

ONU - Organização das Nações Unidas

PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

PNSP - Política Nacional de Segurança do Paciente

RN - Recém-Nascidos

RNPT - Recém-Nascido Prematuro

SOBAPE - Sociedade Brasileira de Pediatria

SOBEPE - Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UCINCO - Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais

UTIN - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1 INTRODUÇÃO.....	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1 MORTALIDADE NEONATAL, INTERNAÇÃO E REINTERNAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS	21
2.2 ALTA HOSPITALAR SEGURA PARA O RECÉM-NASCIDO.....	22
2.3 CONTRIBUIÇÕES DA(O) ENFERMEIRA(O) NO CONTEXTO DA ALTA SEGURA DE RECÉM-NASCIDOS NO ÂMBITO DA SEGURANÇA NEONATAL	27
2.4 PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS COMO TECNOLOGIAS EM SAÚDE PARA ALTA SEGURA DE RECÉM-NASCIDOS.....	32
3 METODOLOGIA	36
3.1 TIPO DE ESTUDO	36
3.2 ASPECTOS ÉTICOS	37
4 RESULTADOS	38
4.1 MANUSCRITO 1	38
4.2 MANUSCRITO 2.....	62
4.3 MANUSCRITO 3	77
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
REFERÊNCIAS.....	87

APRESENTAÇÃO

A minha trajetória acadêmica e profissional sempre foi pautada em saúde da criança. Desde a graduação, nas disciplinas específicas em saúde da criança, meu olhar brilhava com a temática. Esse olhar atento de futura pesquisadora já provocava em mim uma comoção com as questões nacionais e regionais da saúde infantil.

Quando me graduei enfermeira, a vida me presenteou com o primeiro emprego numa Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais (UCINCO), com foco neonatal, em um hospital de grande porte em Salvador, onde inicei o meu aprendizado e expertise na área. A partir de então, toda a minha experiência se consolidou, com novas oportunidades em outras unidades mais complexas, sendo a maioria vivenciadas no Sistema Único de Saúde (SUS).

Minha trajetória de 14 anos no SUS me fez debruçar em questões muito conflitantes de assistência. Além da sobrecarga de trabalho por deficiência de pessoal qualificado em neonatologia e a falta de material de qualidade, as reinternações de crianças chamavam a minha atenção, pois elas, aparentemente híidas à alta hospitalar, regressavam à unidade de nascimento de origem com repercussões e alterações de saúde importantes pós-alta, muitas vezes graves e em risco de morte.

Este foi um dos fatos que me motivou a estudar a alta segura do recém-nascido, a fim de descobrir quais situações levam uma criança a retornar à rede hospitalar para resolver um agravo importante de saúde e quais critérios devem ser utilizados no momento da alta para torná-la segura. Ainda me questionava: por que a família não era inserida no processo do cuidado e alta do RN?

Outro fator que serviu de mola propulsora para escolha do tema se refere à falta de controle sobre essas reinternações, ou seja, não existia um banco de dados nacional que demonstrasse o percentual de crianças reinternadas com os respectivos diagnósticos documentados. Sabe-se que atualmente já existem programas de governo dedicados a essas questões. Contudo, ainda apresentam dados incipientes e de difícil acesso pela comunidade científica.

Por isso, surgiu o interesse em elaborar a proposta de um protocolo voltado à alta segura do recém-nascido, baseado em documentos ministeriais nacionais e internacionais, com o intuito de expor os principais elementos a serem observados no momento da alta do recém-nascido pela equipe multiprofissional, especialmente o enfermeiro neonatal.

1 INTRODUÇÃO

Existem evidências que justificam ações centradas nos cuidados hospitalares voltados para neonatos, dentro de um período de tempo suficiente que favoreçam a transição qualificada da assistência hospitalar a ambulatorial, garantindo seguimento ao processo fisiológico evolutivo natural para a genitora e o seu filho (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2021). Neste contexto, ações centradas em cuidados básicos como apoio à amamentação, cuidados higiênicos e promoção do vínculo podem favorecer uma alta segura e qualificada, minimizando e/ou prevenindo danos para os recém-nascidos (RN) e familiares.

A alta segura ou qualificada do RN e família se configura com a elaboração de um projeto terapêutico singular e sistematizado, baseado em orientações específicas relacionadas aos cuidados com o neonato em domicílio, considerando-se as necessidades individuais e o grau de complexidade do mesmo, tendo-se especial atenção às possíveis complicações pós-alta, além do nível de instrução dos genitores e família (BRASIL, 2016a). Neste contexto, investimentos no processo de formação e qualificação profissional, bem como a implantação de tecnologias seguras poderão contribuir para a diminuição de óbitos e/ou sequelas que impactam no desenvolvimento e crescimento infantil.

Estima-se que 250 milhões de crianças, com menos de cinco anos correm o risco elevado de não atingirem seu potencial humano devido à baixa estatura ou exposição à pobreza extrema. Um número crescente delas, inclusive em países de alta renda estão sobrevivendo, mas começam a vida em desvantagem porque não recebem os cuidados necessários para o desenvolvimento físico e psicológico, muitas vezes por falta de observância no período de internação da genitora e RN (RITCHER et al., 2017). No entanto, a não vigilância, bem como a ausência de uma avaliação multifatorial envolvendo questões clínicas, econômicas, educacionais, culturais e sociais podem contribuir para uma reinternação hospitalar.

As taxas de reinternação têm relação direta com a qualidade de tempo de permanência do RN na unidade de nascimento, segundo alguns estudos americanos. Tais pesquisas apontam que as readmissões após a alta precoce variaram. Havia um índice estável, mas ocorreu um aumento significativo. A ausência de padronização nos conceitos de alta precoce, seguimento e momento das readmissões dificultam a comparação dos resultados anteriores tornando as análises inconclusivas (BENITZ, 2015). No entanto, a

taxa de reinternação é considerada como uma das formas utilizadas para avaliar a efetividade da alta do recém-nascido, incluindo uma verificação acurada das suas principais causas, destacando-se entre elas: a icterícia, problemas relacionados à desidratação, perda de peso, hipernatremia, problemas com amamentação e sepse (KURTH, et al., 2016).

Conforme o Ministério da Saúde (MS), a alta qualificada do RN no Brasil foi instituída, inicialmente, através da Portaria n. 1016 de 26 de agosto de 1993, que versa sobre a alta segura, sistematizada e humanizada, com orientações para manter vínculo entre genitores e família no período do internamento e em domicílio. Trata dos cuidados integrais que a equipe multiprofissional deve dispensar nas primeiras 48 horas de vida do neonato, a fim de melhor avaliá-lo em seu estado geral e de saúde, com olhar mais atento às alterações inerentes a essa fase da vida. Assim, o momento da alta, principalmente para a população neonatal é crucial para a promoção preventiva de educação em saúde, reduzindo custos para a sociedade.

Em um estudo realizado por Hannan, Hwang e Bourque (2020), em uma universidade do Colorado, retratou-se que as readmissões para bebês menores de um ano de idade representam quase 50% de todas as readmissões pediátricas, representando um alto gasto, com custos médios para reinternação neonatal variando de US\$ 5.087 e US\$ 11.341 para todos os bebês e US\$ 8.468 para bebês prematuros com menos de 36 semanas de idade gestacional. Este encargo financeiro é significativo, estimado em US\$ 41 milhões por ano para bebês prematuros na Califórnia que requerem re-hospitalização por uma média de 4,8 dias. Embora este estudo não tenha encontrado dados referentes a custos aqui no Brasil, estima-se que os gastos com o processo de reinternações de bebês sejam altos, contribuindo com altas taxas de morbimortalidade infantil no país.

Anualmente nascem 130 milhões de crianças no planeta, cerca de 4 milhões morrem nas primeiras quatro semanas de vida, período denominado neonatal. Um quantitativo aproximado de crianças chega a óbito ainda intraútero, no último trimestre de gestação, sendo sua maioria em percentual de 99%, com ocorrências mais frequentes em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento (WANG et al., 2013; LAW et al., 2014).

No Brasil, um total de 35.293 crianças foram a óbito no primeiro ano de vida em 2019e, destes, um total de 18.402 (52%) ocorreram na primeira semana de vida. Ao considerar os neonatos com peso ao nascer maior ou igual a 2.500 g e sem malformações congênitas, cerca de seis RNs morrem por dia no país na primeira semana de vida por causas associadas à asfixia perinatal. A maior parte dos óbitos (71%) ocorrem no primeiro

dia de vida, por outras causas (ALMEIDA et al.,2017; SOBEPE, 2021). Os dados estatísticos refletem uma realidade brasileira e de outros países que poderia ser evitada, principalmente se no momento da alta através de ações simples de baixo custo, com foco em educação e saúde, fossem implementadas maternidades nas instituições que minimizassem a reinternação de bebês.

Pesquisa desenvolvida por enfermeiras no Hospital Universitário do Norte do Paraná investigou a incidência e os fatores associados à reinternação de RNs e observaram que grande parte dos bebês (30,2%) apresentaram reinternações pouco tempo após a alta hospitalar. O principal motivo para as reinternações foram por afecções respiratórias (56,3%). Notaram também, que muitos neonatos evoluíram para óbito (7,5%), apesar dos esforços da equipe assistencial multiprofissional, em destaque para enfermeiras que prepararam as famílias para alta e para os cuidados com o bebê (NUNES, 2013).

No contexto da assistência de enfermagem, no que concerne aos cuidados neonatais, a(o) enfermeira(o) integra uma rede de apoio e cuidado ao recém-nascido, tendo como propósito garantir a qualidade da assistência e um pleno crescimento e desenvolvimento sem qualquer intercorrência sendo um importante elo entre a família e o RN, dando seguimento aos cuidados(ANACLETO et al.,2021).

Portanto, sustenta-se que a competência de julgamento clínico possibilita que a enfermeira(o) de ligação seja capaz de identificar os cuidados conforme o quadro clínico do paciente, possa coordenar o planejamento da alta hospitalar de pessoas com condições complexas, tenha a capacidade de prevenir eventos que possam prejudicar o quadro clínico do paciente, por meio de uma visão holística que permita avaliar as condições do RN para além da sua morbidade, como um ser que têm necessidades básicas que precisam ser levadas em conta no planejamento da alta hospitalar (AUED et al., 2021).É preciso também considerar nesse processo assistencial, as potencialidades dessa (e) profissional para desenvolver tecnologias que favoreçam melhorias de cuidados, destacando-se a construção de protocolos.

Os protocolos assistenciais são instrumentos padronizados para que os prestadores do cuidado possam embasar suas condutas, e podem ser considerados como ferramenta que auxilia a gestão na supervisão e no acompanhamento da qualidade das ações e dos serviços prestados. Tais tecnologias podem possibilitar uma melhor distribuição dos recursos e garantir a segurança do paciente através da busca pela melhoria da assistência em saúde (TETREAULT et al., 2019).

Desse modo, a planificação de ações sistematizadas por meio de um protocolo de

orientação para alta segura, independente da idade e situação do paciente, configura-se como estratégia para dirimir inconsistências entre os membros da equipe, bem como para a otimização das atividades assistenciais e educativas. Na enfermagem, os protocolos têm como finalidade colaborar para uniformização e padronização das diretrizes da assistência (VERONEZY; HIGARASHI, 2016).

Considerando a importância de elaboração de protocolos assistenciais em unidades de nascimento a fim de evitar dificuldades que comprometam a alta hospitalar do recém-nato e família, o Ministério da Saúde (2017) afirma que o reconhecimento da necessidade da elaboração desses protocolos é a primeira etapa em busca da excelência na assistência e que o cuidado de saúde pode ser danoso ao paciente se for prestado sem padronização. Dessa maneira, é possível a adoção de estratégias visando minimizar as falhas, focando em questões relacionadas à segurança do paciente (BRASIL, 2017).

Embora a temática ganhe destaque nacional e internacional, principalmente quando a discussão busca interface com a segurança do paciente e a meta 3 voltada para ODS – Objetivos do Desenvolvimento Sustentável do Milênio (2015-2030), quando se restringe ao desenvolvimento de tecnologias elaboradas por enfermeiras para a alta segura de neonatos é importante registrar que a respeito do assunto supracitado há lacunas na literatura. Tal afirmativa parte da imersão inicial da pesquisadora frente ao tema proposto para o estudo, em revisão literária inicial, utilizando os descritores em saúde: alta do paciente, recém-nascidos e protocolo. Foram encontrados 92 artigos, dos quais somente 01 deles apresentava proposta de elaboração de protocolo para alta segura de recém-nascidos, enquanto treze versaram sobre orientações para alta segura de recém-nascidos.

Conseqüentemente, este estudo busca contribuir com o crescimento e desenvolvimento da enfermagem neonatal, e também de toda a equipe multiprofissional com vistas a promover uma melhor avaliação do RN e arranjos familiares no momento da alta hospitalar. Toma como primícias básicas a melhoria na qualidade da assistência neonatal, a capacidade de inovação e desenvolvimento de tecnologias por enfermeiras (os) e a redução da morbimortalidade neonatal e apresenta como questão de pesquisa a seguinte pergunta: como desenvolver um protocolo de alta segura para recém-nascidos?

Por fim, a pesquisa delimita como objetivo geral: desenvolver um protocolo para alta segura de recém-nascidos e como objetivos específicos: identificar na literatura científica quais as orientações voltadas para a alta segura de recém-nascidos; descrever as etapas do desenvolvimento de tecnologias para a alta segura de recém-nascidos, incluindo um protocolo e dois artigos científicos voltados à orientação ao profissional de saúde que maneja neonatos na atenção primária e hospitalar, cujos pressupostos versam sobre a redução das reinternações, melhoria da qualidade de vida dos RNs e inserção dos

genitores e arranjos familiares nos cuidados pós-alta hospitalar .

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 MORTALIDADE NEONATAL, INTERNAÇÃO E REINTERNAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS

A mortalidade infantil é um tema de discussão importante apresentado pela Cúpula do Milênio, organizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2015. Nesse evento, o Brasil pactuou as metas da Agenda do Desenvolvimento Sustentável (ODS) para 2030, e se comprometeu a reduzir em 30% as mortes neonatais em território nacional. (MOURA et al., 2006). A maior parte dos óbitos na infância concentra-se no primeiro ano de vida, sobretudo no primeiro mês.

Há uma elevada participação das causas perinatais como a prematuridade, o que evidencia a importância dos fatores ligados à gestação, ao parto e ao pós-parto, em geral preveníveis por meio da assistência à saúde de qualidade (LANSKY et al., 2014).

No mundo, os óbitos neonatais são frequentemente resultantes da prematuridade, da asfixia ao nascer, sepse e malformações congênitas, demonstrando uma tendência de manutenção no perfil de neonatos que vêm a óbito, na qual as causas evitáveis permanecem entre os principais fatores associados, corroborando com a necessidade de atenção e manejo mais adequados na assistência não só ao neonato, mas também no pré-natal e no parto, além da correta referência hospitalar e transporte das crianças (CARLO; TRAVERS, 2016).

No Brasil, a primeira causa de mortalidade infantil são as afecções perinatais que compreendem os problemas respiratórios, a asfixia ao nascer e as infecções, mais comuns em bebês prematuros e de baixo peso por causa da imaturidade específica dos sistemas nessa fase. Além disso, muitos RNs são acometidos de distúrbios metabólicos, dificuldades em se alimentar e termorregulação, fatos que elevam as incidências de morbimortalidade (BRASIL, 2011a).

Segundo dados do DATASUS(2021), com foco em traçar melhores estratégias preventivas e interventivas na assistência ao neonato, de acordo com o período de ocorrência do óbito, a taxa de mortalidade infantil se estrutura em três componentes: mortalidade neonatal precoce (óbitos ocorridos de 0 até 6 dias completos), mortalidade neonatal tardia (óbitos ocorridos de 7 a 27 dias completos) e mortalidade pós-neonatal (óbitos ocorridos de 28 a 364 dias de vida completos).

A mortalidade perinatal é um sensível indicador da assistência obstétrica e

neonatal adequadas e do impacto de programas de intervenções na área. No que tange ao componente neonatal, nas primeiras 24 horas os bebês morrem principalmente de prematuridade, asfixia/hipóxia e malformações congênitas; no neonatal precoce (menor de 7 dias): prematuridade, asfixia/hipóxia e malformações congênitas; no neonatal tardio (de 7 a 27 dias): infecções específicas perinatais, malformações congênitas e prematuridade e no pós-neonatal (de 28 a 365 dias): infecções, malformações congênitas e causas externas (BRASIL, 2014).

Decerto, a prematuridade representa um desafio ao avanço científico, ao desenvolvimento de tecnologias em saúde voltadas para este público e a qualificação de pessoas especializadas na área. Tal problemática necessita de maiores investimentos em políticas públicas centradas no planejamento familiar, no pré-natal, parto e nascimentos seguros e humanizados, com foco na redução de danos e no prolongamento de internações e/ ou reinternações hospitalares.

A internação hospitalar deve ser considerada como um tempo necessário para identificar problemas e permitir que a genitora e/ou cuidadores estejam preparados para cuidar do RN. Sendo assim, é necessário ter em vista ações e trabalhos de uma equipe multiprofissional que assegurem critérios estabelecidos para uma alta segura. A negligência em relação aos critérios de alta adotados e convencionados pela *American Academy of Pediatrics* e Ministério da Saúde, pode implicar em um aumento do risco de agravos para o RN e consequente reinternação hospitalar (GRACIA et al., 2017).

Em estudo realizado no Brasil por Costa, Magluta e Gomes Júnior (2020) foi estimado que as internações no período neonatal no SUS somam-se 139.494 ao ano para o período de 2013 a 2015, considerando-se que a cobertura SUS identificada no presente estudo para as internações de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) foi de cerca de 60%. O processo de internação e reinternação de um recém-nascido impacta negativamente não só para o paciente, pois os efeitos deletérios podem afetar também a família, a instituição e a sociedade. O abalo emocional dos pais e familiares com a reinternação do lactente gera os medos, frustrações e incertezas quanto ao prognóstico. Para o lactente, a reinternação culmina em eventos estressores e dolorosos devido aos procedimentos invasivos utilizados e que são realizados na rotina, além dos diversos estímulos desagradáveis que podem gerar prejuízos ao seu desenvolvimento ao longo da vida (ARAÚJO et al., 2013).

2.2 ALTA HOSPITALAR SEGURA PARA O RECÉM-NASCIDO

O tempo de internação após o nascimento é considerado um fator importante tanto para o crescimento e o desenvolvimento do neonato, quanto para a adaptação dos genitores no contexto do cuidado junto ao recém-nascido. Destaca-se também a redução de danos e possíveis agravos ao binômio mãe/bebê, quando essa alta ocorre de forma segura dentro do tempo mínimo, porém quando há demora ou retardo da mesma pode-se inclusive proporcionar respectivamente ganhos ou perdas para a instituição (METCALFE et al., 2016). Ainda neste contexto, com o advento das altas precoces, a permanência numa instituição assistencial, tanto do neonato quanto da sua família vem decrescendo em vários países nas últimas décadas e essa tendência tem sido incorporada no Brasil, particularmente após o parto, sempre que a puérpera e o RN encontram-se saudáveis (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2021).

Nesse sentido, o período de internação reduzido é apontado como um fator de contribuição para a melhoria da relação entre o neonato e família, bem como para o crescimento das taxas de amamentação, favorecimento do vínculo e/ ou apego e redução do estresse. Em contrapartida, estudos apontam algumas desvantagens nessa prática como um menor tempo para ensinar sobre cuidados com o bebê e sobre ações centradas na prática da amamentação e a redução da possibilidade de identificar problemas latentes na mãe e no recém-nascido, bem como o acompanhamento de exames quando necessários diante de uma alta precoce (BRASIL, 2016; METCALFE, et al., 2016).

A definição de alta precoce pode variar de acordo com o país e entre as instituições, não configurando uma convenção instituída. A literatura científica internacional evidencia, como tempo de permanência hospitalar, tanto 24 horas, quanto 48 e 72 horas para o recém-nascido e família. É importante destacar que o estabelecimento do tempo entre 24 e 48 horas após o nascimento do neonato a termo, potencialmente saudável, proveniente de gestação, parto e trabalho de parto sem distócias fora considerado. No entanto, conforme James et al., (2017) e Metcalf et al., (2016) a alta muito precoce é aquela realizada antes das 24 horas de vida do bebê.

O contexto da alta precoce foi introduzido nos Estados Unidos da América na década de 1990, em parte por iniciativa das agências de seguro saúde para fins de redução dos custos de ocupações hospitalares de neonatos e família. Estudos posteriores mostraram resultados conflitantes em relação às taxas de readmissão hospitalar decorrentes da alta precoce nos primeiros 10 dias de vida (ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA, 2015).

Tal fato resultou na criação de uma legislação específica, após os debates que se seguiram a respeito da morbidade pós-alta do par (mãe/recém-nascido), com garantias a um período médio de internação de 48 horas para o parto vaginal não complicado e de 96 horas para partos via cesárea. Nesse sentido, até o momento não existe , qualquer evidência científica de que, na ausência de orientações pré-alta documentadas e de acompanhamento agendado, planejado e executado por equipe multiprofissional qualificada, a alta precoce seja um procedimento seguro (ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA, 2015).

Em países como a França, a alta precoce é considerada quando ela ocorre antes de 72 horas de vida, com período médio de permanência hospitalar de 4,2 dias e na Espanha preconiza-se a permanência hospitalar da díade pelo menos por 48 horas após parto via vaginal e de 72 a 96 horas após parto via cesárea, respeitando o cuidado e assistência integral ao par (ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA, 2015).

O período de tempo preconizado no Brasil como alta segura é definido como alta precoce por organismos internacionais que a determinam como aquela que ocorre nas primeiras 48 horas após o nascimento, categorizando ainda, como muito precoce, a alta que ocorre nas primeiras 24 horas de vida. Esse conceito tem como fundamento um período de tempo curto ou insuficiente para que genitores recebam orientações adequadas e para que os problemas neonatais decorrentes do período de transição da vida intrauterina à extrauterina possam ser efetivamente abordados e percebidos pela equipe de saúde e até mesmo pelos pais. (ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA, 2015; AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2017).

Estudiosos da alta segura apontam ser uma estratégia vantajosa por possibilitar a redução do número de infecções hospitalares, satisfazer a vontade dos pais com menor tempo de internação e diminuir os custos hospitalares gerados. Entretanto, há desvantagens se os critérios não forem estipulados de forma planejada e protocolada, podendo culminar em retornos emergenciais dessas crianças às maternidades por falta de tempo para uma comunicação efetiva com os genitores e família, sobre possíveis agravos à saúde do neonato e sobre a ineficiência na vinculação deste à unidade básica de saúde adscrita para seguimento do atendimento (SOBAPE, 2021).

No processo de alta da maternidade, além dos cuidados centrados no bem-estar do neonato e genitora, é imprescindível também incluir o preparo da família para o acolhimento dos mesmos. Tais ações centram-se nas orientações sobre higiene, nutrição, manuseio, comportamento, interação, sono, dentre outras e devem ser iniciadas já no

Alojamento Conjunto quando da admissão do neonato e arranjos familiares. Os cuidados visam minimizar os níveis de ansiedade e estresse da família, assim como prevenir agravos que possibilitem as reinternações do recém-nascido, além de promover o desenvolvimento de competências e identificação de recursos comunitários para o acompanhamento após a alta hospitalar (FALKENBERG et al., 2014; ALCANTARA et al., 2017).

Ainda sob essa perspectiva, há aspectos fisiológicos e comportamentais, tanto do bebê quanto da genitora e família que precisam ser assegurados na alta, destacando-se: a segurança na percepção de alterações de saúde do neonato; aspectos psicoafetivos; apoio, incentivo e manejo da amamentação exclusiva (quando necessário o complemento, orientações precisas sobre o desmame precoce); atenção ao ganho ou perda ponderal do RN (SOBAPE, 2021).

No contexto fisiológico ressalta-se: o cuidado com a hidratação; coloração da pele; abordagem de fatores de risco maternos para a sepse neonatal precoce em RN assintomáticos; triagem de distúrbios metabólicos na presença de fatores de riscos maternos e ou neonatais; revisão da história gestacional e das sorologias para infecções congênitas; realização de testes universais de triagem neonatal e revisão do exame físico e clínico evolutivo do RN (SOBAPE, 2021).

Conforme Política Pública Institucional do Ministério da Saúde (2016) existem elementos importantes para uma alta segura do recém-nascido. Recomenda-se a permanência mínima de 24 horas do par (RN e genitora) em Alojamento Conjunto, momento a partir do qual a alta pode ser considerada, desde que preenchidos os seguintes critérios:

- 1) Se for a termo e AIG (Adequado para a Idade Gestacional), sem comorbidades e com exame físico normal;
- 2) ausência de icterícia nas primeiras 24 horas de vida;
- 3) avaliação de icterícia, preferencialmente transcutânea e acompanhamento dos níveis de bilirrubina (quando necessário);
- 4) eliminações adequadas;
- 5) controle térmico adequado;
- 6) sucção ao seio materno com pega e posicionamento adequados, com boa coordenação sucção/deglutição;
- 7) Substituto do leite humano - fórmula láctea - em uso e com boa aceitação do

- lactente (para situações quando a amamentação é contra-indicada: HIV e HTLV;
- 8) realização de exames laboratoriais de rotina para triagem e sepse neonatal;
 - 9) triagens neonatais realizadas ou encaminhadas, a depender do caso;
 - 10) genitores e familiares aptos aos cuidados adequados em domicílio e a reconhecer situações de risco;
 - 11) avaliação da equipe multidisciplinar sobre antecedentes de negligência, violência doméstica, doença mental, doenças transmissíveis e situações de vulnerabilidade social da genitora e família;
 - 12) retorno agendado em Unidade Básica de Saúde (UBS) dos genitores e recém-nascido entre o terceiro e o quinto dia de vida (5º Dia de Saúde Integral);
 - 13) caderneta da gestante e caderneta de saúde da criança corretamente preenchidas (BRASIL, 2016).

Em condição especial, no que tange ao bebê prematuro, a SOBAP reafirma que a preparação para a alta hospitalar deste paciente deve ser iniciada assim que o mesmo comece a coordenar sucção e deglutição, consiga se alimentar por via oral sem sonda e mantenha-se normotérmico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2021).

Ainda retratando os critérios para a alta segura do RN acima elencados, a Portaria GM1.130, de 05 de agosto de 2015 que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do SUS reforça a importância da alta qualificada do recém-nascido com o devido acompanhamento ambulatorial na rede SUS, em UBS (BRASIL, 2015b) e determina objetivos a serem alcançados:

- 1) A alta qualificada do recém-nascido da maternidade, com vinculação da dupla mãe-bebê à atenção básica, de forma precoce, para continuidade do cuidado, a exemplo da estratégia do “5º Dia de Saúde Integral”, que se traduz em um conjunto de ações de saúde essenciais a serem ofertadas pela Atenção Básica de Saúde para a mãe e o bebê no primeiro contato após a alta;
- 2) o seguimento do recém-nascido de risco, após a alta da maternidade, de forma compartilhada entre a Atenção Especializada e a Atenção Básica.

Desse modo, cabe ressaltar que o Método Canguru – instituído pela Portaria nº 693, 05/07/2000, uma política do MS considerada uma estratégia de humanização segura – traz alguns métodos que embasam o plano de alta hospitalar qualificada envolvendo a

família , tais como: alta hospitalar precoce de acordo com as condições clínicas apresentadas pelo RN prematuro ou baixo peso, amamentação do bebê exclusivo ao seio materno até 6 meses de idade, posição canguru em bolsa marsupial provendo calor e estímulos sensoriais para promover o ganho de peso, educar e facilitar o entendimento dos pais e familiares para que possam dar continuidade ao cuidado para o RN em domicílio, instruindo-os a realizarem o acompanhamento nas instâncias de saúde, priorizando o desenvolvimento e crescimento da criança (SCHIMIDT et al., 2011).

Nessa perspectiva da alta segura do recém-nascido, um estudo qualitativo realizado em 2008 com 12 membros da equipe de enfermagem que prestavam assistência ao Recém- Nascido Prematuro (RNPT) demonstrou alguns contratempos no processo de preparo para a alta, dentre os quais se destacavam a falta de padronização das informações e o tempo restrito dispensado para as orientações aos genitores e arranjos familiares, em momento que antecede a alta hospitalar (DUARTE et al., 2010).

Outra pesquisa realizada com o objetivo de identificar as ações de enfermeiras (os) em relação ao preparo da alta hospitalar de bebês prematuros em unidades neonatais, bem como o registro das dificuldades desta prática, evidenciou as principais ações desses profissionais: o incentivo ao aleitamento materno, cuidados com a higiene do bebê e vacinação, além do incentivo ao vínculo afetivo com os genitores e sua rede de apoio. Quanto ao item “dificuldades descritas”, destacaram-se: os problemas de relacionamento entre profissionais e a família, a insegurança dos pais em realizar os cuidados e a intervenção dos mesmos nos cuidados. Essas evidências denotam a necessidade de criação de protocolos assistenciais voltados à alta hospitalar segura da díade a fim de buscar uma padronização das ações de preparo para a alta e o auxílio domiciliar e ambulatorial das crianças como fator essencial à efetividade da assistência prestada (SCHIMIDT et al., 2011).

Portanto, a alta segura do RN e familiares em unidades de nascimento, sejam elas públicas ou privadas, de qualquer complexidade de assistência, requer um olhar humanizado, escuta ativa, seguindo protocolos institucionais que padronizem essas condutas, com alcance a todos os profissionais, a fim de evitar que esses pacientes e suas famílias regressem ao hospital com algum agravo de saúde.

2.3 CONTRIBUIÇÕES DA(O) ENFERMEIRA(O) NO CONTEXTO DA ALTA SEGURA DE RECÉM-NASCIDOS NO ÂMBITO DA SEGURANÇA NEONATAL

O profissional de enfermagem integra uma rede de apoio ao cuidado com o RN e tem o propósito de garantir a qualidade da assistência e um pleno crescimento e desenvolvimento, sendo um importante elo entre a família e o RN com seguimento à transição dos cuidados neonatais (AUED et al., 2021). Essa transição é definida como um conjunto de ações destinadas a assegurar a continuidade e a coordenação do cuidado a pacientes transferidos entre diferentes serviços ou níveis de atenção à saúde. Dentre as estratégias de transição do cuidado têm-se: planejamento da alta, planejamento antecipado do cuidado, educação do paciente e promoção do autogerenciamento, segurança no uso de medicações, comunicação completa de informações e acompanhamento ambulatorial do paciente, sendo essencial para pacientes com várias necessidades de saúde (FUKADA, 2018).

Nesse contexto, a(o) enfermeira(o) neonatal assume a posição denominada de “enfermeira(o) de ligação neonatal”, cuja função é se dedicar às estratégias de transição de cuidados neonatais, estimulando os pais/responsáveis a desenvolverem habilidades primordiais para os cuidados do RN no ambiente domiciliar. Dentre esses cuidados pode-se citar: o banho e a limpeza adequada da genitália, a troca de fraldas, o reconhecimento de sinais de alerta para infecções, coto umbilical, cavidade oral, amamentação, sono e repouso, posicionamento adequado. Se executados de forma correta e segura, esses procedimentos favorecem uma boa adaptação pós-alta hospitalar (ANACLETO et al., 2021).

Desse modo, esses profissionais possuem competências gerenciais como liderança, comunicação e flexibilidade que são qualidades necessárias para assumir atividades de coordenação do planejamento da alta de forma segura, com estímulo na elaboração de um planejamento e protocolo de alta qualificados e em tempo oportuno. A(o) enfermeira(o) de ligação neonatal ocupa uma posição intermediária entre os profissionais da equipe multiprofissional e a família do paciente sendo que, sua atuação propicia o atendimento seguro do neonato e facilita a possível necessidade de acompanhamento pós-alta (AUED et al., 2021).

Em relação ao planejamento de alta hospitalar neonatal pelos enfermeiros brasileiros, existem fragilidades no processo de referência e contrarreferência de saúde, além de estudos escassos a respeito da transição do cuidado do ambiente hospitalar para o domiciliar (WEBBER et al., 2017). Sobre isso, Costa et al., (2018) apontam que em estudo brasileiro foram analisadas as atividades realizadas pelos(as) enfermeiros(as) na transição do cuidado ao paciente com alta hospitalar, revelando que a maioria delas

ficaram concentradas apenas nas orientações de alta do paciente. Tarefas como o planejamento da alta pela equipe multiprofissional, o plano de alta por escrito e a articulação entre os serviços e contrarreferência do paciente poderiam ter mais destaque na rotina de atuação dos profissionais mencionados a partir de uma sistematização do assunto que requer cuidado integrado transdisciplinar. (NUNES; MENEZES FILHO, 2016).

Diante do exposto, essa fragilidade e deficiência se confirmam quando se compara os estudos nacionais com os internacionais, demonstrando que a transição do cuidado neonatal no Brasil é incipiente, sem envolvimento multiprofissional. No entanto, em alguns países, como na província do Quebec, no Canadá, a transição do cuidado na alta hospitalar é realizada pela enfermeira de ligação, que tem o papel de identificar os pacientes que necessitam dos seus serviços, realizar o planejamento da alta em conjunto com os demais profissionais da equipe multidisciplinar e transferir, eletronicamente, as informações do paciente para uma central de regulação para que o tratamento seja continuado pelos serviços extra-hospitalares após a alta do paciente do hospital (AUED et al. 2019).

Martins et al.,(2018) declaram que, na realidade portuguesa, a equipe de gestão de alta hospitalar é responsável pela transição do cuidado da alta hospitalar tendo entre os seus membros a profissional enfermeira(o) de ligação, que desempenha as seguintes funções: identificar e avaliar os pacientes que necessitam da continuidade do cuidado após a alta hospitalar, realizar o plano de alta e a transferência das informações do paciente. A enfermeira(o) de ligação é considerada como um elo entre os serviços hospitalares e a comunidade/família.

Entretanto, na Espanha a transição do cuidado é realizada pela *enfermeira de enlace* responsável por identificar os pacientes que necessitam continuar os cuidados após a alta hospitalar, realizar o contato com os profissionais do programa denominado Pré-Alta, agendar visitas da atenção primária para o paciente até as próximas 48 horas a partir da alta hospitalar do mesmo (COSTA et al.,2019).

Depreende-se, portanto, que a categoria de enfermeiros assume a responsabilidade da alta hospitalar de recém-nascidos nas unidades neonatais brasileiras. Contudo, se faz necessário que as orientações sejam repassadas aos pais e arranjos familiares, de acordo com cada categoria envolvida, de acordo com a necessidade de cada paciente.

No contexto da segurança do paciente, abrangendo posteriormente a segurança neonatal, a Organização Mundial de Saúde (OMS), criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente instituindo a Classificação Internacional de Segurança do Paciente. Foi publicada no Brasil a Portaria do MS n. 529 de 01 de abril de 2013 que cria a Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). O artigo terceiro visa promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde (BRASIL, 2013a).

A Portaria n.2.095 de 24 de setembro de 2013, aprova os protocolos básicos de segurança do paciente: O Protocolo de Prevenção de Quedas; o Protocolo de Identificação do Paciente e o Protocolo de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos. Esses protocolos visam instituir ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, buscando a melhoria da qualidade da assistência em saúde, em caráter nacional, devendo ser utilizados em todas as unidades de saúde do Brasil, podendo ser ajustados a cada realidade e unidade hospitalar. Dos protocolos citados nesta portaria, vale ressaltar a não observância à especificidade de protocolo de alta hospitalar segura aos pacientes, muito menos ao recém-nascido (BRASIL, 2013c).

Nesse sentido, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013, instituída posteriormente, objetiva instaurar medidas para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, estabelecendo ações concretas para promoção do cuidado seguro (BRASIL, 2013b).

A resolução supramencionada adota também os conceitos para boas práticas de funcionamento do serviço de saúde, cultura da segurança, dano, evento adverso, garantia da qualidade, gestão de risco, incidente, núcleo de segurança do paciente, plano de segurança do paciente em serviços de saúde, segurança do paciente, serviço de saúde e tecnologias em saúde (BRASIL, 2013b).

A cultura de segurança é “o produto individual ou coletivo de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamentos que determinam o compromisso, o estilo e a competência de uma organização de saúde na promoção de segurança”. Por sua vez, o clima de segurança é o componente mensurável da cultura de segurança e pode ser avaliado por meio da percepção dos profissionais, uma vez que atitudes e valores são mais difíceis de serem avaliados (CARVALHO et al., 2017).

Nesse sentido, a segurança do paciente é compreendida como ações consideradas aceitáveis com redução do risco de dano desnecessário relacionado ao cuidado em saúde. Os danos podem apresentar-se de várias maneiras, incluindo as doenças, lesões, sofrimentos, incapacidades e até mesmo a morte (BRASIL, 2015a).

No que concerne à segurança do paciente na assistência neonatal, a ANVISA -

Agência Nacional de Vigilância Sanitária, propõe estratégias destinadas à melhoria da qualidade e segurança, com o objetivo de reduzir os agravos e minimizar os danos provenientes de erros no processo assistencial. Esses erros podem ser fatais e aumentam a permanência dos RNs na internação, além de elevar os custos, reduzir o número de leitos hospitalares e aumentar o percentual de RNs egressos na unidade de nascimento de origem. (BRASIL, 2015a).

Vale a pena lembrar que as estratégias propostas pela ANVISA podem ser adaptadas a área neonatal e infantil. Dentre elas, pode-se citar 6 (seis) que são preconizadas e denominadas de “6 metas Internacionais de segurança do paciente”:

- 1) identificação correta dos pacientes, com o uso de pulseiras específicas em sala de parto contendo dados do nascimento e do RN para uso na díade mãe-bebê;
- 2) melhoria na efetividade da comunicação entre os profissionais da assistência, corroborando as orientações aos genitores e arranjos familiares no momento da alta hospitalar;
- 3) uso de segurança no preparo de medicações, especialmente aquelas de alto risco, atentando aos cálculos minuciosos para a clientela neonatal de risco; Cirurgias seguras, reduzindo os riscos de morbimortalidade e danos reversíveis ou fatais;
- 4) redução dos riscos de infecção, através da lavagem das mãos, procedimento intensificado em neonatologia, a fim de oferecer uma assistência de enfermagem e multiprofissional segura aos neonatos em unidades neonatais;
- 5) cirurgias seguras, reduzindo os riscos de morbimortalidade e danos reversíveis ou fatais;
- 6) prevenção de lesões por decúbito e lesões de pele, potencializando a mudança de decúbito na prescrição de cuidados de enfermagem neonatal e melhor fiscalização com os acessos venosos periféricos em uso de soluções/medicações concentradas, vesicantes e irritantes.

Diante do exposto, a segurança do paciente na unidade neonatal envolve cuidados realizados com o recém-nascido, na intenção de promover uma assistência livre de danos, visando à manutenção e, na maioria das vezes, a restauração da estabilidade fisiológica, além da redução de infecções, readmissões e morbimortalidade materno-infantil, sendo a alta segura um quesito que deve ser considerado (SANTOS; FERREIRA, GÓIS, 2018).

Portanto, a alta hospitalar segura neonatal precisa ser vista como uma nova medida que deve ser incluída no elenco dessas estratégias ministeriais universais da cultura de segurança do paciente, contribuindo na redução das reinternações e da morbimortalidade neonatal, demonstrando que há uma limitação e incipiência de abrangência nas legislações voltadas para a segurança da assistência neonatal.

2.4 PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS COMO TECNOLOGIAS EM SAÚDE PARA ALTA SEGURA DE RECÉM-NASCIDOS.

As tecnologias educacionais são definidas como um conjunto de conhecimentos que possibilitam a preparação, a aplicação e o acompanhamento de um processo educacional utilizando os recursos tecnológicos para fins pedagógicos. Sendo assim, é possível afirmar que essas ferramentas podem mediar ações de educação em saúde, pois são instrumentos que facilitam a relação entre o indivíduo e a educação para na construção do conhecimento. Ações de educação em saúde sustentadas por tecnologias capacitam o ser humano para vivenciar de forma mais saudável as fases de sua vida (PERES et al., 2015).

Nesse sentido, os protocolos assistenciais são considerados tecnologias em saúde e apontam vantagens para a melhoria da assistência e alta do paciente pela equipe de enfermagem e por outros profissionais, melhorando a qualificação para a tomada de decisão acertada; proporciona inovação e redução da variabilidade de ações no cuidado, a partir da padronização dessas ações, facilitam o desenvolvimento de indicadores de processo e resultados, assim como potencializa a comunicação profissional (COREN-SP, 2017).

Ainda de acordo com Coren-SP(2017), além dos protocolos assistenciais serem um instrumento eficaz para os prestadores basearem suas condutas, são também uma ferramenta que auxilia a gestão na supervisão e no acompanhamento da qualidade das ações e dos serviços prestados. Isso possibilita a melhor distribuição dos recursos e garante a segurança do paciente. Entretanto, não devem ser utilizados para intimidar o prestador com avaliações de desempenho.

O termo “diretrizes clínicas” diz respeito às recomendações desenvolvidas em protocolos assistenciais com o objetivo de guiar as condutas dos profissionais de saúde e gestores no que tange à tomada de decisão e alta hospitalar dos pacientes que estão sob a responsabilidade deles. Essas diretrizes são formuladas a partir da revisão da literatura para selecionar as evidências científicas com melhor qualidade, a fim de otimizar o manejo dos pacientes e a utilização dos recursos disponíveis (WHO, 2018).

A fim de complementar sobre as maneiras de elaboração de protocolos em saúde, Veroneze Higarashi (2016), mencionam no estudo centrado na orientação à genitora, baseado na pesquisa “Convergente Assistencial com proposta de construção de protocolo para alta de RNPT” que a implementação das orientações se pautou em um roteiro elaborado especificamente para este fim, em forma de *check-list*, contemplando os conteúdos considerados primordiais ao preparo das mães para o cuidado do RN, com base

em protocolos utilizados por serviços de atendimento neonatal, bem como em outros materiais bibliográficos e educativos específicos voltados à orientação materna.

No entanto, Viana et al., (2018) acrescentam a simulação de baixa fidelidade ao protocolo desenvolvido para alta de recém-nascidos de baixo risco em maternidade. A ideia oportunizou um ambiente de aprendizado seguro, e, portanto, uma ferramenta educativa importante para os cuidadores de bebês enquanto se preparam para os cuidados domiciliares. O manuseio do manequim pelos familiares tem potencial para motivar discussões, demonstrações práticas e trocas de experiências que minimizam as dúvidas e os medos dos familiares com o manejo do prematuro em casa.

Seguindo essa premissa, recomenda-se que haja uma revisão do protocolo elaborado e que esta seja realizada inicialmente de forma individual e independente, com a utilização de leitura aprofundada e em comparação com a realidade da população direcionada, seguida por uma reunião com os revisores elencados para validar a tecnologia citada. A interação entre os revisores possibilita as discussões de pontos controversos para clarificar as dúvidas, o que corresponde ao processo qualitativo (LEMOS; POVEDA; PENICHE, 2017).

Partindo desse pressuposto, estudos demonstram que a redação e a implementação dessas diretrizes padronizadas nos serviços de saúde proporcionam melhoria na assistência prestada aos pacientes, especialmente à assistência neonatal, conseqüentemente, resultam em redução da morbimortalidade da clientela assistida gerando impacto positivo na qualidade de vida dos mesmos (BRASIL, 2016).

Dessa forma, vale ressaltar os principais objetivos da elaboração de diretrizes e protocolos assistenciais: 1) Interpretar e sintetizar evidências científicas em recomendações práticas que otimizem o manejo clínico, evitando intervenções prejudiciais ou desnecessárias; 2) padronizar e estabelecer orientações de atendimento e reduzir variações no manejo dos pacientes; 3) facilitar a tomada de decisão compartilhada entre equipe multiprofissional, paciente e sua família; 4) influenciar os gestores nas suas decisões sobre a alocação de recursos materiais e humano; 5) permitir a criação de um programa de educação continuada para capacitação dos profissionais baseada em recomendações atualizadas (INSTITUTE OF MEDICINE, 2011).

Ainda de acordo com o *Institute of Medicine* (2011), a fim de cumprir tais objetivos, as diretrizes devem possuir os seguintes atributos:

- Validade – As recomendações são válidas se, quando adotadas na prática, levarem a melhores resultados com custos aceitáveis e previsíveis.
- Confiabilidade/Reprodutibilidade – As diretrizes são confiáveis e reprodutíveis quando, dadas as mesmas evidências e métodos para o desenvolvimento, outro grupo de especialistas sob as mesmas circunstâncias produzisse as mesmas

recomendações.

- Aplicabilidade clínica – Os protocolos devem incluir a população para o qual se aplicam.
- Flexibilidade clínica – As diretrizes devem identificar exceções conhecidas ou esperadas em relação às recomendações.
- Clareza – As diretrizes devem usar linguagem clara e acessível, não ambígua, com modos de apresentação lógicos e fáceis de seguir.
- Processo multidisciplinar – As diretrizes práticas devem ser elaboradas com a inclusão de representantes de todas as áreas que terão a assistência modificada pelas recomendações.
- Revisão programada – As diretrizes devem estabelecer a periodicidade das revisões, dadas novas evidências clínicas ou mudança de consenso profissional.
- Documentação – Os procedimentos seguidos no desenvolvimento de diretrizes, participantes envolvidos e as evidências utilizadas devem ser documentados e descritos.

Seguindo a premissa de elaboração de protocolos assistenciais, considerados tecnologias em saúde, a produção na saúde ocorre através do termo citado por Merhy (2002) como ‘trabalho vivo em ato’, ou seja, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que preconiza a produção do cuidado em saúde. No entanto, o trabalho vivo interrelaciona-se com instrumentos, normas e máquinas, surgindo assim um processo de trabalho em que se utilizam diversas tecnologias. As formas como estas se comportam no processo de trabalho pode culminar em procedimentos mais criativos, centrados nos processos relacionais e de interação humana, assim como aqueles voltados à lógica dos saberes estruturados, denominados de tecnologias leve-duras.

Ainda segundo Merhy (2002), o trabalho em saúde pode ser percebido usando como exemplo o exercício do profissional de saúde, no qual se imagina a existência de três vertentes para demonstrar o arsenal tecnológico presente nesta atividade. Na primeira vertente se encontram os instrumentos (tecnologias duras); na segunda, o saber técnico estruturado, conhecimentos e disciplinas que fundamentam a área de saúde e versam sobre modos de agir de uma comunidade (tecnologias leve-duras) e, na terceira, as relações entre sujeitos que só têm validade em ato (tecnologias leves). Nesse sentido, o profissional de saúde, seja ele qual for, utiliza dessas três vertentes, organizando-as de modo que se interrelacionem uma com a outra de acordo com o seu modo de produção do cuidado.

Linhares et al., (2017), afirmam que a escuta qualificada e ativa e a participação dos familiares, com a valorização dos seus saberes e práticas sobre os cuidados com o bebê, além de suas percepções sobre a situação vivenciada, é uma importante ferramenta

de interação, permitindo uma relação de confiança e respeito entre profissionais de saúde e cuidadores, qualificando-os aos cuidados a serem administrados na pós-alta hospitalar.

No entanto, Queiroz et al. (2016), consideram que a utilização de estratégias criativas na comunicação entre a tríade profissional-família-paciente facilita a expressão de sentimentos, saberes e vivências importantes, possibilitando ao enfermeiro(a) a sensibilização acerca das melhores práticas, proporcionando empoderamento e confiança na realização desses cuidados.

Sob essa perspectiva, as intervenções voltadas para a educação em saúde, têm assumido um papel importante no processo de ensino-aprendizagem, especialmente no que concerne ao uso de materiais educativos como manuais de cuidado em saúde, folhetos e cartilhas, promovendo melhorias no conhecimento e autocuidado dos indivíduos e famílias. Esses materiais são eficazes, desde que contenham um vocabulário coerente com o público-alvo, e sejam convidativos e de fácil leitura e entendimento, apresentando repercussões positivas na educação em saúde, permitindo ao paciente e família uma leitura posterior, reforçando as informações orais, servindo como guia de orientações para casos de dúvidas e auxiliando nas tomadas de decisões do cotidiano (SANTOS, 2016).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório-metodológico, de desenvolvimento de tecnologia educativa voltado para a construção de um protocolo de alta segura para recém-nascidos. Foi realizado no período de janeiro a dezembro de 2022, em três etapas. Na primeira etapa foi realizada uma seleção de conteúdo, com a elaboração de revisão integrativa de literatura, intitulada “Critérios relacionados à alta hospitalar segura do recém-nascido; uma revisão integrativa”, realizada nas bases de dados *Pubmed/Medline*, *BVS*, *Scopus* e *Lilacs*, utilizando-se descritores que estão inseridos no banco de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), com a seguinte estratégia de busca: “sumário de alta do paciente” OR “alta do *paciente*” AND “recém-nascido”. Adotou-se como critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos cinco anos, nos idiomas inglês, espanhol e português que versassem sobre alta do paciente neonatal. Foram excluídos todos os artigos que não atendem ao objetivo da pesquisa e/ou não possuem relação com o tema proposto.

Na segunda etapa, realizou-se nova seleção de conteúdo, com a elaboração de revisão narrativa de literatura, intitulada “*Recomendações destinadas aos profissionais de saúde responsáveis pelos cuidados ao recém-nascido: uma revisão narrativa*” na intenção de embasar orientações que fundamentam o uso de protocolo de alta segura pelos profissionais e arranjos familiares responsáveis pelo recém-nascido. Foram utilizados como critérios os elementos descritos nas orientações sobre alta segura de recém-nascidos e sua família em documentos ministeriais como a Portaria 2068 de 21 de outubro de 2016 do Ministério da Saúde e institucionais, cita-se, como exemplo, documentos da Sociedade Brasileira de Pediatria (SOBAPE,2021) denominado “*Recomendações para alta hospitalar do recém-nascido termo potencialmente saudável*” e “*Seguimento ambulatorial do prematuro de risco*”. Nesta etapa, realizou-se uma revisão de literatura a fim de levantar conteúdo suficiente através de artigos, protocolos ministeriais e institucionais nacionais (Ministério da Saúde, Sociedade Brasileira de Pediatria, Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras), voltados para a alta segura de recém-nascidos na base de dados eletrônica Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), tendo utilizado os descritores “alta do paciente” AND “protocolo” AND “Recém-nascidos”. Foi encontrado um quantitativo de 126 artigos, sendo apenas seis deles considerados elegíveis, por contemplarem o objetivo deste estudo e versarem sobre a construção de protocolo voltado ao tema.

Na terceira etapa elaborou-se o “Protocolo de alta segura para recém-nascidos”,

tendo realizado uma revisão de literatura em documentos ministeriais como a Portaria 2068 de 21 de outubro de 2016 e institucionais, a exemplo da SOBAPE, SOBEPE e Manual de Boas Práticas da Fiocruz, cuja análise consistiu em três etapas básicas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos. A fase de pré-análise consistiu de leitura flutuante, em que se teve contato exaustivo com o material da pesquisa através da constituição do corpus empírico, com a organização do material de tal forma que possa responder a certas normas de validade tais como: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência (MINAYO, 2014).

Minayo (2014) cita ainda que a fase de exploração do material consiste essencialmente na operação da codificação, através de leitura em profundidade do conteúdo e através do tratamento dos resultados obtidos, na realização de interpretações previstas no quadro teórico e poderá abrir outras pistas em torno de dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material com a sistematização e ordenação dos dados, segundo as categorias previamente identificadas de análise, comparando-as e discutindo-as a partir dos conteúdos abordados.

A pesquisa metodológica destina-se ao desenvolvimento, avaliação e também aperfeiçoamento de instrumentos e estratégias metodológicas (POLIT, BECKER, HUNGLER, 2011).

3.2 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo, por conter uma abordagem metodológica que não envolve pesquisa direta com seres humanos, não necessitou de submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), conforme preconizam as recomendações da Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012, que determina as diretrizes e normas regulamentares das pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012b).

4 RESULTADOS

O presente estudo permitiu a construção de tecnologias em saúde direcionadas à orientação sobre alta segura de recém-nascidos, seus genitores e arranjos familiares, além da equipe multiprofissional envolvida no cuidado neonatal visando a redução das comorbidades associadas à reinternação dessa população e consequentemente da morbimortalidade dos mesmos.

4.1 MANUSCRITO 1

Manuscrito será submetido à Revista Enfermería: Cuidados Humanizados.

CRITÉRIOS RELACIONADOS À ALTA HOSPITALAR SEGURA DO RECÉM-NASCIDO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

STANDARDS RELATED TO SAFE HOSPITAL DISCHARGE OF THE NEWBORN: A INTEGRATIVE REVIEW

Cintia Maria Magalhães Oliveira de Araujo
cintiaraujo2019@hotmail.com
Universidade Federal da Bahia
<https://orcid.org/0000-0002-5915-2768>

Camila Tahis dos Santos Silva
camila_tahis@hotmail.com
Universidade Federal da Bahia
<https://orcid.org/0000-0003-2434-2817>

Flávia Lavínia de Carvalho Macedo
carvalho.21_@hotmail.com
Universidade Federal da Bahia
<https://orcid.org/0000-0002-9191-6588>

Josielson Costa da Silva
josielson.silva@ufba.br
Universidade Federal da Bahia
<https://orcid.org/0000-0002-5198-9491>

Cláudia Nery Teixeira Palombo
palombocnt@gmail.com
Universidade Federal da Bahia
<https://orcid.org/0000-0002-0651-9319>

Ridalva Dias Felix Martins
ridalvamartins@ufba.br
Universidade Federal da Bahia
<https://orcid.org/0000-0003-0295-9998>

RESUMO

Objetivo: Identificar e discutir os principais critérios evidenciados pela literatura científica envolvidos na alta hospitalar segura do recém-nascido. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada em dezembro de 2021 nas bases de dados Pubmed, BVS, Scopus, Medline, Lilacs, utilizando-se os descritores “patient discharge summaries” OR “patient discharge” AND “newborn”. **Resultados:** dos 94 artigos identificados entre 2017 e 2021 foram incluídos 12 estudos, sendo a maioria do Brasil e de abordagem qualitativa. **Conclusão:** reafirmam-se como critérios relevantes para a alta segura, a avaliação e o monitoramento dos parâmetros biofisiológicos; a comunicação efetiva, individualizada e direcionada aos genitores, possibilitando um diálogo interativo entre os profissionais envolvidos, favorecendo a realização de práticas e treinamentos oportunos como o banho, a troca de fraldas, a limpeza do coto umbilical, a promoção da amamentação entre outras ações que fortaleçam a alta segura do neonato e família.

Palavras-chave: alta do paciente; Recém-nascido; Sumário de alta do paciente; Enfermagem; Neonatologia.

ABSTRACT

Objective: to identify and to discuss the main standards evidenced by the literature published in the newborn hospital discharge. **Method:** This is a Integrative literature review, carried out in December 2021 in the Pubmed, BVS, Scopus, Medline, Lilacs databases, using the descriptors “patient discharge summaries” OR “patient discharge” AND “newborn”. **Results:** of the 94 articles identified between 2017 and 2021, 12 were included, most of them from Brazil and with a qualitative approach. **Conclusion:** The assessment and monitoring of biophysiological parameters are reaffirmed as relevant criteria for safe discharge; effective, individualized communication aimed at the parents,

enabling an interactive dialogue between the professionals involved, favoring the realization of timely practices and training such as bathing, changing diapers, cleaning the umbilical stump, promoting breastfeeding, among other actions that strengthen the safe discharge of the neonate and family.

Keywords: Patient discharge. Newborn. Patient discharge summary. Nursing. Neonatology.

INTRODUÇÃO

A alta hospitalar qualificada, também conhecida como transição dos cuidados, é definida como um conjunto de ações destinadas a assegurar a continuidade e a coordenação do cuidado a pacientes transferidos entre diferentes serviços ou níveis de atenção à saúde. Ressalta-se a relevância da instrução adequada ao paciente, à genitora e aos familiares como uma estratégia eficaz para uma transferência segura. Isso porque, um recém-nascido (RN) necessita de cuidados intensivos nos primeiros dias de vida e, em alguns casos, pode precisar de aparatos tecnológicos para ajudar na manutenção do conforto e sobrevivência na vida extrauterina, por isso é fundamental que haja um planejamento de ações com o objetivo de assegurar ao RN uma transição segura entre o hospital e o lar^{1, 2, 3}

Nesse sentido, o processo de alta hospitalar segura do RN deve ser iniciado na admissão do neonato e genitora, assim como o genitor, se presente no Alojamento Conjunto incluindo o acolhimento e preparo dos mesmos para os cuidados domiciliares. Neste ambiente, os cuidadores serão orientados sobre os cuidados com a higiene, nutrição, toque, comportamento, interação, sono, dentre outras necessidades e anseios do bebê e da família. Busca-se a redução dos níveis de ansiedade e estresse dos familiares, de agravos e reinternações de recém-nascidos, além do desenvolvimento de competências e

identificação de recursos comunitários para o acompanhamento após a alta hospitalar.^{4,5}

A ausência desses cuidados pode colaborar com agravos preveníveis como o engasgo, a hipotermia, infecções, doenças ocasionadas pelo atraso do calendário vacinal entre outras causas que contribuem para a morbimortalidade neonatal. Neste contexto, no preparo da alta, cabe ao enfermeiro orientar, treinar e supervisionar a família para a continuidade de cuidado do RN no domicílio, pois falhas nessa comunicação podem aumentar os riscos de readmissões hospitalares e reinternações desnecessárias¹.

Segundo estudo realizado na Itália, o número de reinternações de neonatos chegam a 34,3% de muito prematuros e 24,4% dos prematuros moderados em relação ao número total de RNs que foi uma amostra de 90.545 recém-nascidos. Em números absolutos essa taxa corresponde a 25.336 RNs reinternados.⁶ Já aqui no Brasil, um estudo realizado em Pelotas mostrou que esse número é de 557 RNs reinternados, a partir de uma amostra de 4.231 RNs, que equivale a 13,17% de reinternações, podendo ser ampliado quando avaliado por regiões de maior vulnerabilidade frente aos serviços de saúde prestados.⁷

Esses dados podem ser reflexo de uma alta desqualificada, uma vez que o RN está mais suscetível a internações e reinternações por conta de problemas decorrentes da infância e a falta de informação ou a comunicação não efetiva e clara pode gerar margem para interpretações errôneas e equivocadas, além de trazer maiores riscos de complicações por causas evitáveis. Conforme a Sociedade Brasileira de Pediatria (SOBAPE)¹, a cada dez óbitos de recém-nascidos, oito poderiam ser evitados. Tais dados remetem às dificuldades enfrentadas por essas famílias em momentos importantes quanto à transição entre o local de nascimento e o domicílio.

Uma alta qualificada com ações estratégicas pode reduzir o número de infecções, empoderar os genitores para o cuidado seguro de seus filhos, reduzir sofrimentos e

ansiedades causados pelo retorno a uma instituição de saúde e diminuir os custos hospitalares gerados por uma reinternação. Portanto, uma alta não planejada, não discutida e sem uma sistematização frente aos critérios biológicos, sem uma comunicação efetiva e um acompanhamento da rede assistencial pode resultar na incidência de retornos emergenciais dos RN e seus cuidadores às maternidades¹.

Para tanto, em 21 de outubro de 2016 foi publicado pelo Ministério da Saúde a Portaria nº 2.068, que institui diretrizes básicas para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. Essa portaria aborda quais são os critérios mínimos para uma alta segura e propõe que, antes da alta, a mulher receba todas as orientações necessárias de modo a se sentir segura e capaz de cuidar de si e do seu filho em domicílio. A Portaria propõe também que deve ser realizado um plano terapêutico singular, levando em consideração o tempo de permanência e as necessidades individuais de cada um.⁸

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) e a SOBAPE destacam alguns critérios importantes para uma alta segura: a avaliação multiprofissional das questões físicas e biológicas do RN, podendo se estender à sua genitora; a promoção de uma comunicação efetiva junto aos genitores e rede de apoio, resultando em garantias de vinculação à unidade básica de saúde adscrita para o seguimento do RN, colaborando para evitar possíveis agravos à saúde.^{1,2}

Assim, conhecer os principais critérios fundamentados na literatura relativos à alta segura do recém-nascido pode assegurar uma ação qualificada. Tal prática, contribui para a redução das taxas de reinternação e morbimortalidade por situações e agravos que poderiam ser identificados ainda na maternidade.⁹ Logo, a realização deste estudo se faz a partir da necessidade em sintetizar o conhecimento acerca dos critérios utilizados para

auxiliar na tomada de decisão no momento da alta segura do neonato, com vistas a desenvolver um protocolo de alta e um aplicativo voltado para a equipe multiprofissional.

Diante da problemática exposta, aliada ao cenário de morbidade em recém-nascidos, potencializado pelo aumento de reinternações nas unidades de nascimento, que podem ser prevenidos, que onera os gastos hospitalares e desestrutura os arranjos familiares, surge o seguinte questionamento: quais os critérios evidenciados pela literatura que norteiam uma alta segura do RN?

Este estudo teve como objetivo identificar e discutir os principais critérios envolvidos na alta hospitalar segura do recém-nascido evidenciados pela literatura científica.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura de abordagem descritiva com base em dados secundários para obtenção de um panorama de estado da arte a respeito da temática. O artigo foi extraído da dissertação de mestrado intitulada “Desenvolvimento de protocolo de alta segura para recém-nascidos” do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia e compõe um dos constructos adicionados como resultado da presente pesquisa. Esse tipo de revisão possibilita uma abordagem metodológica referente às revisões, já que permite a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado.¹⁰

O estudo seguiu os passos de elaboração de uma revisão integrativa proposta por Mendes, Silveira e Galvão (2008)¹¹ evidenciados na figura 01 em anexo.

Inicialmente foi formulada a questão de pesquisa que guiou esta revisão por meio da inquietação dos pesquisadores: quais evidências estão disponíveis na literatura sobre os

critérios da alta hospitalar do recém-nascido?

Os estudos foram coletados em dezembro de 2021 nas bases de dados *Pubmed/Medline*, *BVS*, *Scopus*, *Lilacs*, utilizando-se descritores que estão inseridos no banco de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), com a seguinte estratégia de busca: “*patient discharge summaries*” OR “*patient discharge*” AND “*newborn*”. Adotou-se como critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos cinco anos, nos idiomas inglês, espanhol e português que versassem sobre alta do paciente neonatal. Foram excluídos todos os artigos que não atendem o objetivo da pesquisa ou não possuem relação com o tema em estudo.

Os artigos foram lidos por pares de pesquisadores e analisados com o apoio de um instrumento previamente elaborado, organizado segundo os seguintes elementos: autor, título, ano de publicação, periódico, objetivo, método e principais resultados conforme os objetivos desta pesquisa, e mediante a análise do conteúdo.¹¹

RESULTADOS

A partir da busca nas bases de dados obteve-se 94 artigos. Desse total foram excluídos 75 estudos por não atenderem aos critérios de inclusão e 02 por não responderem ao objetivo proposto nesta pesquisa. Selecionou-se inicialmente 17 publicações submetidas a um processo minucioso de leitura, das quais 05 foram descartadas por não apresentarem associação com a temática, resultando em 12 estudos incluídos para compor a revisão conforme fluxograma PRISMA¹² na figura 2 em anexo.

A tabela 1 abaixo descreve as publicações (a maioria em periódicos) de acordo com os seus principais elementos como autor, título do trabalho, objetivos, base de dados de indexação, ano de publicação e caracterização do estudo. Destaca-se a qualificação dos periódicos com base nos critérios Capes de classificação: dois artigos em periódicos de

classificação A1 e A2 e dez artigos em periódicos B.

Tabela 1. Tabela síntese dos artigos selecionados estruturados por autores, título, objetivos, base de dados e caracterização dos estudos.

Salvador, Bahia, Brasil, 2022

	AUTOR	TÍTULO	OBJETIVO	BASE DE DADOS/ ANO	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO
1	Silva FVR, Gomes TO, Marta CB, Araujo MC, Braga ES.	Preparação de pais de recém-nascidos prematuros para alta hospitalar: proposta de protocolo.	Mapear na literatura os critérios de preparação dos pais para alta do RNPT e para propor um protocolo para este fim.	BVS/2020	Revisão bibliográfica qualitativa e exploratória.
2	Anacleto LA, Alves VH, Rodrigues DP, Vieira BDG, Pereira AV, Almeida VLM.	O manejo da alta hospitalar do recém-nascido prematuro: saberes dos enfermeiros.	Analisar os saberes dos enfermeiros durante o processo de alta hospitalar do recém-nascido prematuro.	BVS/2021	Estudo descritivo, exploratório e qualitativo realizado numa unidade neonatal do Hospital Municipal Dra. Naelma Monteiro da Silva, vinculado ao Município de Rio das Ostras, Estado do Rio de Janeiro.
3	Rocha, G.M. N.;Feitosa, M. R.;Carvalho, R.E.F.L.;Dodt, R. C.M.; Queiroz,m.V.O.; Correio, E.M.C.C.	Dúvidas maternas na alta hospitalar do recém-nascido.	O objetivo dessa pesquisa é identificar as dúvidas apresentadas pelas mães de recém-nascidos prematuros em relação aos cuidados domiciliares no preparo para alta hospitalar.	BVS/2019	Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo realizado em um hospital público de Fortaleza-Ceará-Brasil, realizado com 30 mães que já estavam com a alta programada dos filhos em uma unidade neonatal de um hospital público.
4	Queiroz, I.M.;Castro, B. C. C.;Anjos, .E.B.;Braga,j.V.F.;; Caetano,a. L.F.M.;Brito, I	Aspectos relacionados à alta precoce do Recém-Nascido: revisão integrativa.	Identificar as atualizações dos aspectos relacionados à alta precoce do neonato proveniente de gestação e parto.	BVS/2019	Trata-se de uma revisão integrativa de publicações científicas de 2008 a 2017, indexadas nas bases de dados: Biblioteca Eletrônica Científica Online no inglês (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (Medline).

5	Feijóo-Iglesias MB; Chicharro Chorro L; Ballester Escolar I; Suárez Pascual A; De la Peña Rodríguez MA; Alba Diego RM.	Early discharge and postpartum home visit during the COVID-19 pandemic at the HULP (Madrid Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.	Detectar si la estrategia de “alta precoz voluntaria y visita domiciliaria por la residente de matrona” aplicada por el HULP durante la pandemia por la COVID-19 tuvo algún efecto adverso en puérpera y/o recién nacido (RN).	MEDLINE/2021	Estudio observacional descriptivo transversal, con muestreo de conveniencia en mujeres incluidas en el programa de alta precoz voluntaria-visita domiciliaria entre 24/03/2020 y 5/05/2020.
6	Feenstra, MM, Nilsson, I., Danbjørg, DB.	Broken expectations of early motherhood: Mothers’ experiences of early discharge after birth and readmission of their infants.	Explorar como as novas mães vivenciam desde o nascimento até a alta pós- readmissão dos seus bebês.	SCOPUS/2019	Um estudo fenomenológico e hermenêutico. Os dados foram coletados por meio de entrevistas por telefone. A amostra de conveniência foi aplicada, e oito mães foram incluídas de novembro de 2015 a fevereiro de 2016. Sete foram entrevistadas.
7	Rite,s.G.; Muñuzuri A.P.; Lopez, E.S.; Castellanos, Et. Al.	Critérios para alta hospitalar de recém-Nascido em período saudável após o parto	Analisar os critérios para a alta de um termo saudável RN e aqueles mais específicos para RN prematuro tardio.	PUBMED/2017	Revisão de Literatura
8	Colaceci,s.; Chapin, E.M.;Zambri, F., Et Al.	Informações sobre aleitamento materno e mensagens de saúde fornecidas aos pais no resumo de alta neonatal na região de Lácio, Itália.	Avaliar o conteúdo do sumário de alta neonatal (NDS), importante ferramenta de comunicação que deve conter informações baseadas em evidências.	PUBMED/2020	Estudo quali-quantitativo de NDSs entregues em 29 hospitais de Lazio (Itália) em 2014 e 2017.
9	Osorio Galeano, S. P., Ochoa Marín, S. C., & Semenic, S.	Preparing for post-discharge care of premature infants: Experiences of parents.	Descrever as experiências dos pais de crianças prematuras em relação à alta da unidade neonatal.	SCOPUS/2017	Trata-se de um estudo qualitativo, no qual foram realizadas 10 entrevistas semiestruturadas com pais de prematuros na alta da unidade neonatal.

10	Duarte, Fernanda Carla Pereira et al.	Preparo de alta para o cuidado domiciliar de recém-nascidos de baixo risco.	Analisar o preparo de alta de famílias no Alojamento Conjunto quanto aos cuidados domiciliares dos recém-nascidos.	SCOPUS/ 2019	Método: pesquisa qualitativa, desenvolvida através de Dinâmicas de Criatividade e Sensibilidade Corpo Saber, do Método Criativo Sensível, junto a dezessete participantes, entre puérperas e familiares, no Alojamento Conjunto de um hospital municipal da baixada litorânea do Rio de Janeiro.
11	Góes FGB, Santos AST, Ledo BC, et al.	Preparo de alta de famílias na promoção dos cuidados domiciliares do recém-nascido: revisão integrativa.	Analisar evidências científicas da enfermagem acerca das melhores práticas relacionadas ao preparo de alta de famílias na promoção dos cuidados domiciliares do recém-nascido.	BVS/202 1	Revisão integrativa da literatura realizada nos recursos informacionais LILACS, MEDLINE, BDNF, CINAHL e SCIELO, de 2008 a 2018.
12	Sales, Isabela Maria Magalhães; Santos, José Diego Marques; Rocha, Silvana Santiago da; Gouveia, Márcia Teles de Oliveira; Carvalho, Nalma Alexandra Rocha de.	Contributions of the nursing team in the second stage of the Kangaroo-Mother Care Method: Implications for hospital discharge of the newborn.	Conhecer os principais cuidados da equipe de enfermagem na segunda etapa do Método Canguru que contribuem para a alta hospitalar do recém-nascido e para continuidade do cuidado no domicílio e elaborar um <i>folder</i> explicativo para guiar os profissionais no manejo da alta hospitalar.	BVS/201 8	Estudo qualitativo, convergente assistencial realizado com 17 profissionais de enfermagem de uma maternidade de referência.

Constatou-se que os 12 estudos selecionados foram publicados entre os anos de 2017 e 2021, sendo que 75% da amostra (n=9) foram publicados nos três últimos anos, correspondendo a três em 2021, dois em 2020 e quatro em 2019. Já os demais artigos (25% da seleção) foram publicados um em 2018 e dois em 2017, resultando em três artigos. Quanto ao local de realização dos estudos de pesquisa, a maioria foi realizado no Brasil, sendo dois do Rio de Janeiro^{13,14}, um do Ceará¹⁵ e um do Piauí¹⁶. Quanto aos estudos internacionais, foi possível identificar um estudo de cada um desses países: Itália¹⁷, Espanha¹⁸, Colômbia¹⁹ e Dinamarca²⁰. No que concerne ao tipo de estudo, 66,6% corresponderam a estudos de pesquisa de campo, sendo cinco qualitativos^{13,20,19,14 e 16}, dois quantitativos^{15, 18} e um de abordagem mista¹⁷. Foram incluídas quatro revisões: duas integrativas^{21,22}, uma documental²³ e uma bibliográfica²⁴.

Com base na coleta dos dados, os principais parâmetros biofisiológicos evidenciados e relacionados à alta hospitalar do recém-nascido foram elencados na tabela 2.

Tabela 2. Tabela síntese dos aspectos biofisiológicos, Comunicação e Cuidados pós-alta envolvidos na alta hospitalar do RN, segundo os artigos selecionados. Salvador, Bahia, Brasil, 2022.

PARÂMETRO	ITENS AVALIADOS	TÍTULO DO ESTUDO	BASE DADOS	REVISTA	ANO
Biofisiológico Comunicação- orientação aos pais Cuidados pós alta Seguimento de rede	Amamentação, higiene corporal, cuidados com coto umbilical, a criação de vínculo e o plano de alta hospitalar.	O manejo da alta hospitalar do prematuro: aberes dos enfermeiros.	BVS	Revista Pesquisa UFRJ	2021
	Ambiente seguro, mobilização, comunicação, sono, lazer, alimentação, respiração, eliminação, higiene pessoal, vestuário e controle da temperatura corporal	Preparo de alta de famílias na promoção dos cuidados domiciliares do recém-nascido: revisão integrativa.	BVS	Revista Fund Care Online	2021
	Alimentação, banho, sono, cuidados com a pele, sinais de Alerta	Preparação de pais de recém-nascido prematuro para a alta hospitalar: proposta de protocolo.	BVS	Revista Fund Care Online	2020
	Amamentação (Alimentação infantil, ingestão adequada, promoção da saúde infantil, nutrição materna), evitar deitar de costas, não fumar no ambiente, evitar ambientes quentes.	Informações sobre aleitamento materno e mensagens de saúde fornecidas aos pais no resumo de alta neonatal na região de Lácio, Itália.	Pubmed	Ann Ist Super Sanità	2020
	Banho, amamentação.	Dúvidas maternas na alta hospitalar do recém-nascido.	BVS	Revista UNIVAP	2019
	Aleitamento materno, manejo do coto umbilical, banho, posições confortáveis e seguras, posição dorsal e vacinas.	Preparo de alta para o cuidado domiciliar de recém-nascidos de baixo risco.	Scopus	Revista Enferm. UERJ	2019

Sinais vitais normais, evacuação e micção espontâneas, duas mamadas efetivas, exames laboratoriais normais, icterícia, exames laboratoriais da mãe e RN normais, vacinas, triagens neonatais, riscos sociais.	Aspectos relacionados à alta precoce do recém-nascido: revisão integrativa.	BVS	REAS/EJCH	2019
Aspectos da posição canguru, cuidados com a pele, higiene, alterações respiratórias, sinais de alerta, aleitamento materno; acompanhamento (consultas, exames e vacinas).	Contribuições da equipe de enfermagem na segunda etapa do Método Mãe Canguru: Implicações para a alta do recém-nascido.	BVS	Escola Ana Nery	2018
Exame físico normal, peso, nutrição, hidratação, amamentação, sinais vitais normais, sorologias maternas e do RN revisadas, triagens neonatais.	Critérios para alta hospitalar de recém-nascido em período saudável após o parto.	Pubmed	Asociacion Espanola de Pediatría	2017
Amamentação, troca de fraldas, banho.	Preparando-se para o cuidado pós-alta de bebês prematuros: experiência dos pais.	Scopus	Investigación y Educación em enfermería	2017

DISCUSSÃO

A discussão dos resultados foi dividida em três categorias temáticas. Dos artigos analisados (n=12), 8 deram subsídio para a primeira categoria: “Parâmetros biofisiológicos”; 3 serviram à segunda, intitulada “Comunicação - Orientações aos pais (fragilidades e potencialidades da família)”; 7 deles alcançaram a terceira, denominada “Cuidados pós-alta: seguimento de rede”.

Parâmetros biofisiológicos

No que tange a uma avaliação centrada nas questões morfofuncionais com foco no equilíbrio biofisiológico no processo de alta hospitalar segura é necessária uma avaliação criteriosa da díade mãe e bebê, assim como o estado de saúde de ambos para uma possível alta hospitalar casada. Entretanto, há casos em que o RN necessita permanecer internado para confirmação e/ou exclusão de diagnósticos, bem como resolução das alterações de saúde que podem ser observadas de acordo com alguns parâmetros específicos.

Por isso, alguns aspectos fisiológicos fundamentais precisam ser assegurados antes da alta hospitalar segura do RN. Inicialmente, um dos principais pontos se refere à condição de nascimento saudável, sem nenhuma alteração morfológica que possa comprometer a sua adaptação e desenvolvimento com extensão para os dados vitais dentro de um padrão de normalidade para sua idade gestacional². Posteriormente foca-se no monitoramento da amamentação^{15,16} e de mamadas efetivas¹⁷ como parâmetros que compõem o rol de critérios utilizados para embasar a decisão de alta.

Já a alimentação,^{14,17,24} vista de forma mais ampliada, pode englobar tanto a amamentação, quanto a necessidade do fornecimento de bancos de leite ou de fórmulas. Estes componentes são citados, tanto como critérios para a prevenção de perda excessiva

de peso acompanhada de desidratação²³, quanto para compor os critérios avaliados no processo de alta.

Outros critérios se relacionam à hiperbilirrubinemia e exames laboratoriais^{18,21} já que são apontados como fatores determinantes para o reingresso de RN. É importante ressaltar que os níveis de bilirrubina grave e sua evolução implicam no monitoramento pelas maternidades quanto ao retorno ambulatorial na primeira semana de vida dos RN. A realização de testes universais de triagem neonatal^{17,21} e triagem de distúrbios metabólicos na presença de fatores de risco maternos e/ou neonatais também são importantes componentes que possibilitam intervir de forma precoce e prevenir complicações à morbimortalidade neonatal.

Outros critérios se relacionam à abordagem de fatores de risco e revisão da história materna e gestacional para detecção da sepse neonatal precoce em RN assintomáticos, além da realização de sorologias para infecções congênitas.^{21,23} Aliado a isso, é importante também a realização da revisão do exame físico e clínico evolutivo do RN, a fim de acompanhar as distócias e agravos que possam se apresentar durante o período de estadia pós-nascimento.^{1,20,21} Essa abordagem é de suma importância, visto que são essenciais para definir o aparecimento de agravos e desfechos negativos na evolução clínica do RN, principalmente nas primeiras semanas de vida.

Nesse contexto, uma das formas mais utilizadas para avaliar a efetividade da alta hospitalar segura do RN refere-se à taxa de reinternação hospitalar desses neonatos, fato que confirma ausência de atenção e acurácia quanto aos critérios biofisiológicos elencados pelos órgãos nacionais e internacionais, ou que as evidências científicas apontam, aliado à falta de protocolos assistenciais voltados à humanização e sistematização da alta qualificada desses pacientes e família.²⁵

Diante disso, é importante ressaltar o papel da enfermagem que por meio da

consulta, adotando os referenciais das necessidades humanas básicas, possa avaliar o RN de modo a garantir uma maior acurácia no estabelecimento de uma alta segura. Assim, instrumentos como o exame clínico e a avaliação de exames laboratoriais podem ser estratégias importantes que estabeleçam acurácia e segurança para que o enfermeiro possa fazer uma avaliação adequada.

Por fim, todos os parâmetros elencados fornecerão subsídios para uma tomada de decisão que contribua para o estabelecimento de uma alta hospitalar segura. Assim, o momento adequado estará condicionado ao alcance da estabilidade clínica do RN¹⁶ embora precise estar aliado aos critérios e fatores elencados nos estudos citados.

Comunicação e orientações aos pais - fragilidades e potencialidades da família

A comunicação multiprofissional eficaz é considerada um ponto facilitador no processo e preparação da alta hospitalar segura do neonato. O processo de hospitalização exige que a equipe multiprofissional acolha os genitores e arranjos familiares do neonato, desde a internação até o preparo para a alta hospitalar do RN.¹⁴

As orientações acerca dos parâmetros biofisiológicos do RN devem incluir aspectos como higiene, nutrição, manuseio, comportamento, interação, sono e repouso, dentre outras necessidades básicas.^{4,5} Essas orientações podem compor o preparo de famílias para os cuidados domiciliares com o recém-nascido no processo de alta hospitalar da maternidade e deve ser iniciado na admissão da díade no Alojamento Conjunto.

Dessa maneira, a equipe de enfermagem exerce papel relevante na comunicação interprofissional e familiar concernente à internação e pode assumir a gestão da alta hospitalar segura do RN ¹⁴, pois orientam os pais e demais familiares a dirimirem as dificuldades diárias no que tange aos cuidados com os filhos, objetivando principalmente sanar as possíveis questões através das orientações.

Por conseguinte, os estudos apontaram para o uso de tecnologias educativas a exemplo de folder explicativo, cartilhas, vídeos, *storyboards*, *checklists*, programas de supervisão no domicílio²⁶ e dinâmicas de grupo focal^{14,19} como estratégias que possibilitem integração e comunicação, além de orientações claras e acessíveis aos genitores no contexto da alta do RN.

Nesse sentido, é necessário o envolvimento entre família e equipe multiprofissional a fim de reduzir a obrigação de informação e orientação apenas pela equipe de enfermagem no momento da alta¹⁴, devendo considerar a importância de cada categoria envolvida nesse procedimento, por possuírem conhecimentos que possibilitem essa comunicação entre os sujeitos. Logo essas práticas educativas precisam ter foco interdisciplinar e devem ser adotadas de forma integrada e articulada com vistas aos cuidados seguros do RN no domicílio.

Em estudo descritivo, realizado por Rocha et al. (2019)¹⁶, com 30 mães que já tinham a alta hospitalar programada dos filhos em uma unidade neonatal de um hospital público, 18 delas (60%) gostariam de saber mais sobre o banho. As dúvidas quanto à amamentação ocuparam o segundo lugar, sendo reportadas por 17 participantes, (56,7%). Já o terceiro lugar teve o engasgo como dúvida mais frequente.

Ainda segundo Rocha et al¹⁶, quando essas mães foram questionadas sobre as orientações prévias na alta hospitalar do bebê, das 33 pesquisadas somente 12 foram orientadas sobre o assunto. Já em relação à segurança nos cuidados diários da criança em domicílio, somente 11 delas responderam que estavam preparadas ou seguras e quanto à amamentação, 10 responderam que sentiam-se preparadas.

Para Silva et al. (2020)²⁵, quanto às questões de relacionamento, a comunicação é um fator importante e faz parte da rotina de todo profissional de saúde. No processo de internação do RN, a ansiedade e o estresse dos pais e familiares gerados pela hospitalização

podem dificultar a assimilação das informações fornecidas pelos profissionais , levando à sensação errônea de desarticulação da equipe de enfermagem em relação aos arranjos familiares do paciente.

As limitações que dificultam a comunicação se referem a algumas características específicas dos genitores. Assim, no contexto de mães usuárias de drogas, com limitações intelectuais e cognitivas²⁴ e com baixo nível de escolaridade, mães adolescentes, e a ausênciadados cuidadores no hospital por questões financeiras e sociais²², interferem de modo negativo na assimilação das orientações importantes no momento da alta hospitalar, tornando-a assim, inviável naquele momento.

Além disso, os processos de comunicação e inclusão de pais e cuidadores relacionados ao preparo para a alta hospitalar evidenciam a manutenção da saúde no domicílio²⁴ e assim, além de possibilitar um espaço para identificação e intervenção frente aos riscos sociais²¹ contribuem para a prevenção de readmissões. A partir disso, busca-se a redução dos níveis de ansiedade e estresse da genitora e arranjos familiares, de agravos à saúde e de reinternações dos bebês, além de contribuir para o desenvolvimento de competências e a identificação de recursos comunitários para o acompanhamento após a alta hospitalar.^{4,5}

Partindo desse pressuposto, o preparo de alta hospitalar precisa ser construído numa perspectiva problematizadora, baseada na realidade concreta das pessoas. É fundamental romper com a verticalidade das relações e a mera transmissão de informações - sem envolvimento- para estabelecer uma relação transversal e dialógica entre enfermeiros, genitores e sua família.

Cuidados pós-alta e seguimento da rede - Imunização e Caderneta da Criança

Um aspecto importante para a alta hospitalar trata-se do direcionamento para o

seguimento pós-alta. Assim, logo após o nascimento é preciso estabelecer o acompanhamento a ser realizado por meio de contato frequente, consultas periódicas, assim como a realização de exames em momentos oportunos de acordo com as especificidades de cada criança, além da administração de vacinas de acordo com o calendário vacinal recomendado.^{14,16}

Assim, no transcurso do período de alta hospitalar, além do desenvolvimento de competências aos cuidadores e familiares, é necessária a identificação de recursos comunitários para o acompanhamento após a alta hospitalar de forma a propiciar o cuidado no ambiente domiciliar e na vinculação à rede de atenção.^{4,5}

Algumas medidas podem ser implementadas ainda no momento da estadia hospitalar enquanto se conquista a estabilidade clínica do recém-nascido, como o desenvolvimento de intervenções educativas visando assegurar a continuidade dos cuidados adequados após a alta hospitalar. A literatura mostra que o seguimento em programas do Método Canguru é observado como facilitador do acompanhamento familiar, além de possibilitar a comunicação telefônica com o pessoal da unidade no caso de dúvidas.¹⁹

A recomendação para início do acompanhamento é de que a primeira consulta pós-alta ocorra de imediato, antes do fim da primeira semana de vida.^{21,26} A exemplo disso, a Academia Americana de Pediatria²⁷ recomenda que para todos os neonatos com alta antes de 48 horas seja feita uma avaliação nas primeiras 48 horas após a alta, a fim de estimular a amamentação e propiciar a detecção de icterícias, assim como outros agravos manifestados e diagnosticados nos dois primeiros dias de vida.²¹

No intuito de que essas recomendações sejam seguidas e possibilite melhor controle, é importante a execução dessas medidas desde a internação com atividades educativas que reforcem a correta aplicação das mesmas por parte da genitora e família.²⁴ Como exemplo, por meio da implementação da caderneta de saúde da criança é possível seguir o crescimento e desenvolvimento, acompanhar o quadro vacinal, registrar

todos os parâmetros desde o nascimento, além de promover o agendamento de exames e rastreamentos.

Outros estudos demonstram o quanto o contato no domicílio, seja por meio telefônico ou videochamada pode ser considerado como uma estratégia útil para possibilitar orientações e cuidados¹⁷. Além disso, é necessária uma referência e uma contrarreferência bem consolidadas capazes de promover a integração entre os níveis de assistência e que favoreçam à resolutividade para receber os RNs e arranjos familiares no contexto pós-alta.

Em consequência, fica claro que o segmento de rede é de extrema importância para possibilitar a continuidade das medidas que estimulem um crescimento e desenvolvimento saudáveis. Para isso, além de iniciativas durante a estadia hospitalar, é necessária a comunicação entre os níveis de atenção e o acompanhamento efetivo com disponibilização de serviços e cuidados na rede e no domicílio da criança a fim de propiciar a detecção e intervenção precoce do aparecimento de agravos evitando assim readmissões.

CONCLUSÃO

A alta hospitalar qualificada de recém-nascidos requer algumas especificidades e exige um planejamento organizado, multiprofissional e intersetorial com envolvimento dos genitores e arranjos familiares inseridos na rede de apoio do neonato.

Dessa forma, a fim de melhorar a avaliação da alta hospitalar desses pacientes, evitando que haja readmissões nas unidades de origem dos nascimentos, preconiza-se alguns critérios específicos e relevantes para a alta segura: a avaliação e o monitoramento dos parâmetros biofisiológicos e a comunicação efetiva, individualizada e direcionada aos genitores, possibilitando um diálogo interativo entre os profissionais envolvidos.

A comunicação efetiva favorece a realização de práticas e treinamentos oportunos como o banho, a troca de fraldas, a limpeza do coto umbilical a promoção da amamentação entre outras ações que fortaleçam a alta segura do neonato e família.

Por fim, os critérios voltados para os cuidados pós-alta guiados por orientações

devidas, assim como os encaminhamentos junto à rede de apoio com direcionamentos oportunos e objetivos para o sistema de atendimento e acompanhamento do RN e família na atenção primária, favorecem garantias de retorno à maternidade diante de qualquer agravo.

Conclui-se ainda que, a partir dos estudos selecionados, foi possível a obtenção de um panorama acerca da temática, como também a seleção dos principais critérios envolvidos na alta que podem contribuir para melhoria da qualidade da atenção ao RN. Por conseguinte, o tema “alta hospitalar” representa um campo fértil a ser explorado e pode trazer contribuições para o cuidado voltado ao RN e arranjos familiares.

A partir dos limites demonstrados no estudo ressalta-se que há incipiência nas publicações sobre a temática. Por isso, é necessário, além de ampliar o debate acerca das especificidades relativas ao neonato, também possibilitar a implementação de ferramentas capazes de auxiliar a efetiva realização desse processo.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Pediatria (SOBAPE). *Recomendações para alta hospitalar do recém-nascido termo potencialmente saudável*. Documento Científico. Departamento Científico de Neonatologia (2019-2021). [Acesso em: 14 jan. 2022]. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22649c-DC_-_Recom_Alta_hospitalar_RN_TermoPotenc_Saudavel.pdf>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. *Manual AIDPI neonatal / Ministério da Saúde. Secretariade Atenção à Saúde*. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Organização Pan-Americana da Saúde. Coordenação de Rejane Silva Cavalcante et al. – 5a. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 228 p.
3. Lima MADS, Magalhães AMM, Oelke ND, Marques GQ, Lorenzini E, Weber LAF, et al. *Care transition strategies in Latin American countries: an integrative review*. Rev. Gaúcha Enferm. 2018;39:e20180119. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180119>
4. Alcântara KL, Brito LLMS, Costa DVS, et al. *Family guidelines needed for a safe hospital of the premature newborn: integrative review*. Rev Enferm UFPE online, v. 11, n.2, p.645-55. 2017. [Acesso em: 25 jan. 2021]. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/1c26/cb3a22a614c6edb245607ec340ee3fb8a4ed.pdf>
5. Falkenberg MB; Mendes TPL; Moraes EP et al. *Health education and education in the health system: concepts and implications for public health*. Ciênc Saúde Coletiva. 201, v. 19, n.3, p.847-52. [Acesso em: 27 jan.2022]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>>
6. Corchia C, Lapucci E, Franco F, Farchi S, Petrou S, Di Lallo, D. *Gestational age and hospital utilization: three-years follow-up of an area-based birth cohort*. Ann Ist Super Sanità.2016; 52(4):543-549.
7. Santos IS, Barros FC, Munhoz T, Matijasevich A. *Gestational age at birth and behavioral problems from four to 11 years of age: birth cohort study*. BMC Pediatrics.

2017; 184(17).

8. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria Nº 2.068, de 21 de outubro de 2016*. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e recém-nascido no Alojamento Conjunto.

9. Harron K et al. *Newborn Length of Stay and Risk of Readmission*. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, v. 31, n. 3, p. 221–232, 2017. [Acesso em: 20 jan. 2022]. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5518288/>>

10. Whittemore R, Knafl K. *The integrative review: update methodology*. *J Adv Nurs*. 52(5):546-53. 2005. [Acesso em: 07 fev. 2022]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>

11. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. *Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem*. *Texto Contexto Enferm*. 17(4): 758-64. 2008. [Acesso em: 07 fev. 2022]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>

12. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª ed. -São Paulo: Hucitec, 2010.

13. Moher D et al. *Reimpressão – itens de relatório preferidos para revisões sistemáticas em meta-análises: a declaração PRISMA*. *Fisioterapia*, v. 89, n. 9, pág. 873-880, 2009.

14. Anacleto LA, Alves VH, Rodrigues DP, Vieira BDG, Pereira AV, Almeida VLM. *O manejo da alta hospitalar do recém-nascido prematuro: saberes dos enfermeiros*. 2021 jan/dez; 13:634-639. DOI: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9359>

15. Duarte FCP et al. Preparo de alta para o cuidado domiciliar de recém-nascidos de baixo risco. *Revista Enfermagem UERJ*, [S.l.], v. 27, p. e38523, mar. 2019. ISSN 0104-3552. doi: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.38523>. [Acesso em: 24 jan. 2022]. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/38523/29584>.

16. Rocha GMN et al. Dúvidas maternas na alta hospitalar do recém-nascido. *RevistaUnivap*, v. 25, n. 49, p. 93-103, 2019. [Acesso em: 17 jun. 2022]

17. Sales IMM et al. Contributions of the nursing team in the second stage of the Kangaroo-Mother Care Method: Implications for hospital discharge of the newborn. *RESEARCH • Esc. Anna Nery* 22 (4), 2018. [Acesso em: 24 jan. 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-014901043552>

18. Colaceci S. et al. *Informações sobre aleitamento materno e mensagens de saúde fornecidas aos pais no resumo de alta neonatal na região de Lácio, Itália*. 2020. [Acesso em: 17 jun. 2022]

19. Feijóo-Iglesias MB et al. *Early discharge and postpartum home visit during the COVID-19 pandemic at the HULP (Madrid Hospital Universitario La Paz)*. Madrid. España. *Revista española de salud pública*, v. 95, p. e202108105, 2021. [Acesso em: 17 jun. 2022].

20. Galeano OSP, Marín OSC, Semenic S. *Preparando-se para o cuidado pós-alta de bebês prematuros: Experiências de pais*. *Investigación Y Educación En Enfermería*, 35 (1). 2017. [Acesso em: 07 fev. 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v35n1a12>

21. Feenstra MM et al. *Broken expectations of early motherhood: Mothers' experiences of early discharge after birth and readmission of their infants*. *Revista de Enfermagem Clínica*, v.28, n. 5-6, pág. 870-881, 2019. [Acesso em: 17 jun. 2022]

22. Queiroz IM, Castro BC, Anjos EB, Braga JVF, Caetano ALFM Brito II. *Aspectos relacionados à alta precoce do Recém-Nascido: revisão integrativa*. *Revista Eletrônica AcervoSaúde*, (34), e1338. (2019). [Acesso em: 17 jun. 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e1338.2019>

23. Góes FGB et al. *Preparation of discharge of families in the promotion of the home care of the newborn: integrative review / Preparo de alta de famílias na promoção*

- dos cuidados domiciliares do recém-nascido: revisão integrativa*. Revista Pesquisa Cuidado Fundamental. online[Internet]. 8º de setembro de 2021; 13:1249-55. [Acesso em: 24 jan. 2022]. Disponível em:<http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9458>
24. Gracia SR, Muñuzuri AP, López ES, Castellanos JLL, Fernández IB, Campillo CWR, et al. *Critérios de alta hospitalaria do recebimento do termo para o parto*. Um Pediatra (Barc).2017; 86:289.
25. Silva FVR, Gomes TO, Marta CB, Araujo MC, Braga ES. *Preparação de pais de recém-nascidos prematuros para alta hospitalar: proposta de protocolo*. Rev Fun Care Online.2020 jan / dez; 12: 386-392. [Acesso em: 24 jan. 2022]. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8264>>
26. Aued GK et al. *Competências da enfermeira de ligação na alta hospitalar*. Rev GaúchaEnferm. V.42 (esp):e20200211. 2021. [Acesso em: 07 fev. 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.202002>
27. American Academy of Pediatrics. *Committee on Fetus and Newborn. Hospital stay for healthy term newborns*. Pediatrics. 125(2):405-409. 2010. [Acesso em: 03 fev. 2022]. Disponível em: <<https://publications.aap.org/pediatrics/article/135/5/948/33740/Hospital-Stay-for-Healthy-Term-Newborn-Infants>>

4.2 MANUSCRITO 2

Manuscrito será submetido à Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde

RECOMENDAÇÕES DESTINADAS AOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE RESPONSÁVEIS PELOS CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO: UMA REVISÃO NARRATIVA

Cíntia Maria Magalhães Oliveira de Araújo
Flávia Lavínia de Carvalho Macedo
Camila Tahis dos Santos Silva
Ridalva Felix Dias Martins
Josielson Costa da Silva

RESUMO

Introdução: As emoções associadas ao nascimento de uma criança podem sensibilizar outras pessoas. A dádiva do nascimento pode criar sentimentos incríveis em quem dá à luz, acolhe, cuida e se encarrega do crescimento e desenvolvimento saudável de um bebê. O planejamento da alta deve ser estratégico e individualizado, levando em consideração a especificidade clínica do lactente e a situação biopsicossocial da família. O preparo adequado dos pais durante a internação pode melhorar suas habilidades no cuidado geral e especializado de seus filhos, proporcionando continuidade dos cuidados em casa, aumentando as taxas de acompanhamento ambulatorial após a alta e até mesmo reduzindo a frequência de reinternações desnecessárias. **Objetivo:** Alertar a equipe multiprofissional, especialmente a equipe de enfermagem, sobre os principais aspectos que devem ser observados no momento da alta do recém-nascido. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa, que foi realizada, em dezembro de 2022 nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (PubMed/Medline)*. Foram utilizados os descritores indexados nos Descritores em Ciência da Saúde (DECS) e no Medical Subject Headings (MESH) respectivamente: “Alta do paciente”, “Protocolo” e Recém-nascidos; “*Patient Discharge*”, “*Protocol*”, “*Infant, Newborn*”. Na estratégia de busca bibliográfica foi utilizado o operador booleano “AND”. **Resultados:** Após a realização das etapas de triagem, seis estudos foram incluídos por contemplar o objetivo proposto neste trabalho versando sobre os critérios voltados para a alta segura. Várias práticas clínicas seguras devem ser seguidas antes da alta neonatal para melhorar a continuidade dos cuidados hospitalares, ambulatoriais e domiciliares. Nesse sentido, foram elencados critérios relacionados à alta neonatal segura, classificando os dados em áreas temáticas: dados biofisiológicos, comunicação e redes de acompanhamento. Esta revisão visa alertar a equipe multiprofissional, principalmente a enfermagem, para os principais aspectos que devem ser observados na alta dos recém-nascidos para evitar possíveis reinternações e potencial deterioração clínica desses recém-nascidos. Os resultados sugerem que a atuação dos profissionais de saúde no acompanhamento das famílias e dos recém-nascidos é importante para o desenvolvimento neuropsicomotor das crianças. **Conclusão:** Os planos de alta devem ser elaborados de acordo com os documentos ministeriais e as normas recomendadas por organismos internacionais para atender às necessidades e carências dos recém-nascidos e orientar os familiares a fim de evitar a ocorrência de

reinternação. A identificação de situações de risco e a implementação de práticas de segurança do paciente devem estar pautadas em estratégias para reduzir os danos relacionados à assistência à saúde.

Palavras chave: Alta do paciente; Protocolo; Recém-nascido.

ABSTRACT

Introduction: The emotions associated with the birth of a child can sensitize others. The gift of birth can create incredible feelings in those who give birth, welcome, care for, and are in charge of the healthy growth and development of a baby. Discharge planning should be strategic and individualized, taking into account the infant's clinical specificity and the family's biopsychosocial situation. Adequate preparation of parents during hospitalization can improve their skills in general and specialized care of their children, providing continuity of care at home, increasing outpatient follow-up rates after discharge, and even reducing the frequency of unnecessary readmissions. **Objective:** To alert the multiprofessional team, especially the nursing team, about the main aspects that should be observed at the time of discharge of the newborn. **Methodology:** This is a narrative review, which was conducted in December 2022 in the following databases: Virtual Health Library (VHL) and Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (PubMed/Medline). We used the descriptors indexed in Health Science Descriptors (DECS) and Medical Subject Headings (MESH) respectively: "Patient Discharge", "Protocol" and Newborn; "Patient Discharge", "Protocol", "Infant, Newborn". The Boolean operator "AND" was used in the literature search strategy. **Results:** After the screening steps were performed, six studies were included because they contemplated the objective proposed in this work, dealing with the criteria for safe discharge. Several safe clinical practices should be followed before neonatal discharge to improve the continuity of hospital, outpatient and home care. In this sense, criteria related to safe neonatal discharge were listed, classifying the data into thematic areas: biophysiological data, communication, and follow-up networks. This review aims to alert the multiprofessional team, especially nursing, to the main aspects that should be observed at newborn discharge to avoid possible readmissions and potential clinical deterioration of these newborns. The results suggest that the performance of health professionals in the follow-up of families and newborns is important for the neuropsychomotor development of children. **Conclusion:** Discharge plans should be prepared in accordance with ministerial documents and the standards recommended by international organizations to meet the newborns' needs and requirements and to guide the families in order to avoid readmission. The identification of risk situations and the implementation of patient safety practices should be based on strategies to reduce health care-related harm.

Keywords: Patient discharge. Protocol; Newborn.

INTRODUÇÃO

O nascimento de uma criança traz consigo emoções capazes de sensibilizar o outro. A dádiva do nascimento pode gerar sentimentos incríveis naqueles que geram, acolhem, cuidam e se responsabilizam pelo crescimento e desenvolvimento saudável de

um bebê. Claro que esse momento também pode ser permeado por medos, angústias e inseguranças capazes de desestabilizar tanto os arranjos familiares quanto os neonatos. Logo, minimizar os danos decorrentes deste processo favorecerá a vivência agradável e satisfatória da genitora e familiares ao saírem com o recém-nascido (RN) nos braços rumo ao lar. É de extrema relevância a garantia a uma assistência integral e equânime aos envolvidos neste momento sublime.

Desse modo, algumas diretrizes foram criadas para a organização da atenção integral e humanizada ao RN e arranjos familiares, a fim de minimizar esses danos, sendo observados os critérios de alta hospitalar segura a serem adotados pela equipe multiprofissional. Portanto, deve-se, considerar a importância em manter o neonato em contato com sua genitora e família por esse período ser importante na detecção de patologias neonatais, evitando as reinternações¹.

O planejamento da alta hospitalar deve ser estratégico e individualizado, considerando as especificidades clínicas do bebê e as condições biopsicossociais da família. O preparo adequado dos pais durante o período de hospitalização melhora suas habilidades para os cuidados gerais e específicos ao bebê, pois além de torná-los mais confiantes para a alta hospitalar, propicia a continuidade dos cuidados no domicílio, aumenta o índice de acompanhamento ambulatorial após a alta e diminui, inclusive, a frequência de reinternações desnecessárias².

Nesse contexto, uma das formas mais utilizadas para avaliar a efetividade da alta segura refere-se à taxa de reinternação hospitalar dos neonatos. Esse fato confirma um desacompanhamento ou falta de protocolos assistenciais voltados à humanização e sistematização da alta qualificada desses pacientes e sua família. Tais ações requerem cuidado integrado transdisciplinar, com escuta e olhar ativo, podendo destacar o trabalho da equipe de enfermagem, mais especificamente do(a) enfermeiro(a), que é o profissional capacitado em intermediar a família do neonato e a equipe multidisciplinar³.

A enfermagem tem um papel muito importante no que diz respeito aos primeiros momentos pós-nascimento, quando geralmente a avaliação para a alta será realizada com cuidado e precisão, já que os pais se tornarão os atores principais dos cuidados do neonato no lar⁴.

Assim, o presente artigo tem como objetivo alertar a equipe multiprofissional, especialmente a equipe de enfermagem, sobre os principais aspectos que devem ser observados no momento da alta do recém-nascido, a fim de evitar as possíveis readmissões e potenciais agravamentos do quadro clínico desses neonatos.

Ratifica-se que não houve a pretensão em esgotar o tema proposto, mas sim reforçar os aspectos mais relevantes a serem elencados na alta hospitalar do RN.

METODOLOGIA

Para a elaboração da presente revisão narrativa foi realizada uma busca de literatura científica, através de documentos ministeriais nacionais, internacionais e institucionais sobre os elementos preconizados para a alta segura de recém-nascidos, a fim de fundamentar orientações para elaboração de protocolo de alta segura pelos profissionais em saúde responsáveis pelo RN internado em unidades neonatais. Foram adotados como critérios de elegibilidade artigos que tratem dos elementos de alta hospitalar do RN.

Também foi realizada uma busca bibliográfica em dezembro de 2022 nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (PubMed/Medline)*.

Foram utilizados os descritores indexados nos Descritores em Ciência da Saúde (DECS) e no Medical Subject Headings (MESH) respectivamente: “Alta do paciente”, “Protocolo” e Recém-nascidos; “*Patient Discharge*”, “*Protocol*”, “*Infant, Newborn*”. Na estratégia de busca bibliográfica foi utilizado o operador booleano “AND”.

Para a seleção dos estudos, os títulos e resumos de cada artigo foram avaliados por dois pesquisadores em um primeiro momento, e nos casos de divergência foi solicitado um terceiro revisor. Em um segundo momento, os artigos foram analisados na íntegra com o objetivo de verificar o cumprimento dos critérios de elegibilidade antes da inclusão dos estudos.

RESULTADOS

Foram encontrados 126 estudos (Figura 1), a partir da estratégia de busca utilizada. Após a exclusão de artigos duplicados foram rastreados 124 registros. Depois da leitura dos títulos e resumos foram selecionados dez artigos, sendo quatro excluídos após a leitura do texto na íntegra por se tratarem de estudos que não se adequavam aos critérios de inclusão. Assim, seis estudos foram incluídos neste documento por contemplar o objetivo proposto neste trabalho versando sobre os critérios voltados para a alta segura.

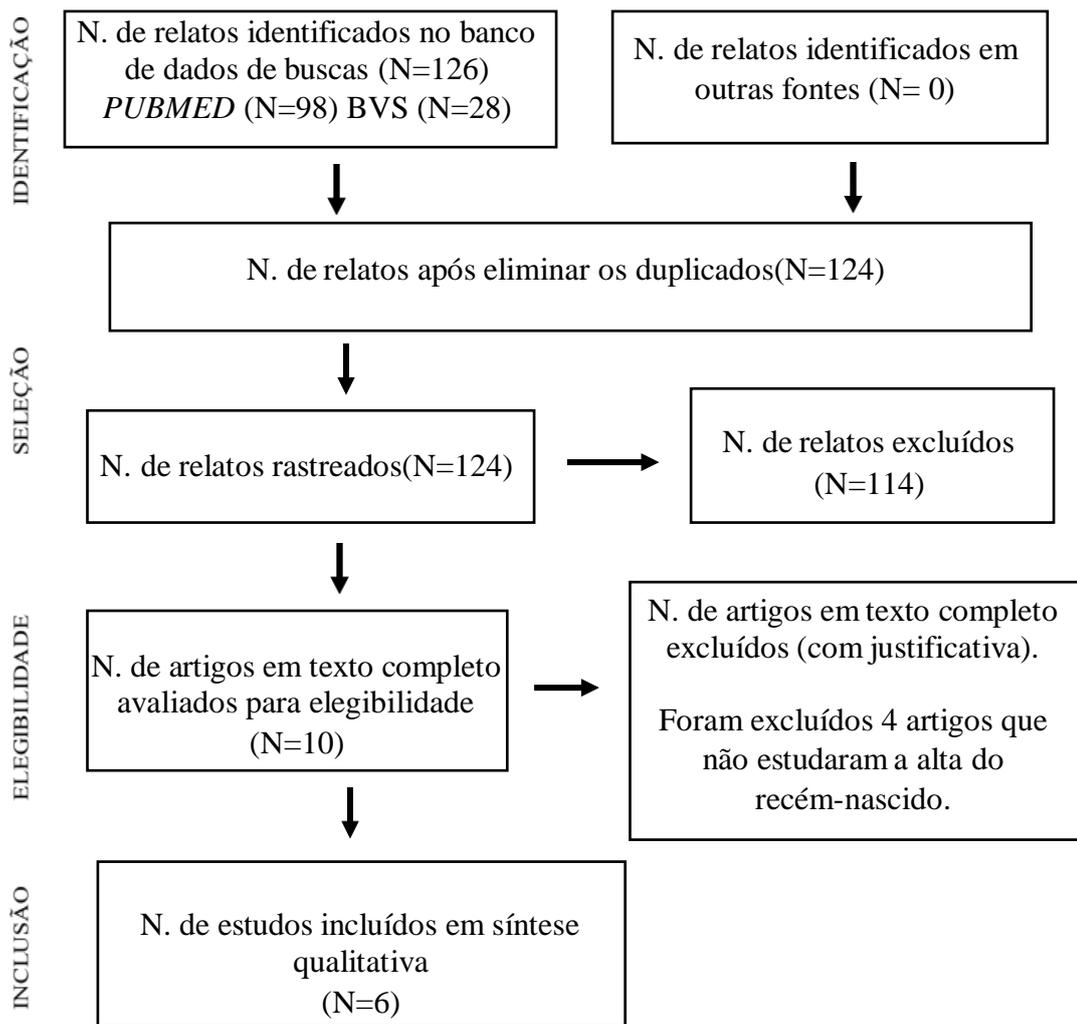


Figura 1. Diagrama de fluxo do processo de seleção da literatura de acordo com o PRISMA.

Os estudos incluídos neste documento foram estruturados e descritos de uma forma concisa com o intuito de analisar os dados de maneira resumida, sem informações desnecessárias. Foi criado a Tabela 1 que reúne os dados das evidências relevantes disponíveis e utilizadas para a criação desta revisão.

Algumas práticas clínicas seguras devem ser observadas no momento que antecede a alta hospitalar do recém-nascido, a fim de reforçar a continuidade do cuidado hospitalar, atenção ambulatorial e familiar. De acordo com o Departamento Científico de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria⁵, para favorecer a discussão dos achados sobre critérios relacionados à alta segura do recém-nascido, os dados foram categorizados em áreas temáticas: dados biofisiológicos, comunicação e rede de seguimento apresentados na tabela 2 abaixo:

Tabela 1. Dados dos artigos incluídos neste documento.

TÍTULO	AUTORES	REVISTA/BASE DADOS	ANO	OBJETIVO	RESULTADOS	CONCLUSÃO
Crítérios para alta hospitalar de recém-nascido em período saudável após o parto.	Rite SG, Muñuzuri AP, Lopez ES, Castellanos Et.Al.	Associação Espanhola de Pediatria/ <i>PUBMED</i>	2017	Analisar os critérios para a alta de um termo saudável RN e aqueles mais específicos para RN prematuro tardio.	Tem-se discutido muito sobre a alta precoce nas últimas décadas, mas apesar dos estudos demonstrarem o seu benefício, como a satisfação materna e familiar e a redução dos custos, ainda não se pode afirmar que não há consequências negativas que superem as suas vantagens.	As evidências atuais reiteram a recomendação de que a alta do RN deve ser avaliada individualmente, observando-se os critérios de alta precoce, as condições clínicas da mãe e do lactente, o preparo da mãe para cuidar do bebê e o acesso à assistência à saúde após a alta, diminuindo assim as chances de reinternação e as suas implicações.
Orientações familiares necessárias para uma alta hospitalar segura do recém-nascido prematuro: revisão integrativa.	Alcántara KL,Brito LLMdeS,Costa DVdaS, Melo AP, Barbosa LX,Melo CRD	Rev Enfermagem UFPE /BVS	2017	Identificar o conhecimento disponível na literatura sobre os cuidados necessários a serem orientados à família do recém-nascido prematuro em sua preparação para a alta hospitalar.	A discussão dos resultados foi dividida em dois eixos temáticos. Dos artigos analisados(n=9), sete deram subsídio para o primeiro eixo: “Preparo da família para a alta do prematuro”. Já o segundo eixo, “Continuidade dos cuidados no domicílio e a importância do apoio da família” foi baseado em seis artigos analisados.	O preparo da família do prematuro para a alta hospitalar é importante para a redução da morbimortalidade neonatal.
Dúvidas maternas na alta hospitalar do recém-nascido.	Rocha GMN, Feitosa MR, Carvalho REFL, Dodt RCM, Queiroz MVO, Correio EMCC.	Rev UNIVAP/ BVS	2019	O objetivo dessa pesquisa é identificar as dúvidas apresentadas pelas mães de recém-nascidos prematuros em relação aos cuidados domiciliares no preparo para alta Hospitalar.	Os resultados da tabela 1 apontam que a maioria das entrevistadas apresentava idade entre 20 a 35 anos (66,7%), casadas ou união consensual (60%), com média de 11 anos de estudo, do lar (26,6%) e procedentes do interior (46,7%).	As mães apresentavam dúvidas quanto aos cuidados domiciliares do filho prematuro no preparo da alta hospitalar. Percebeu-se a insegurança da mãe para prestar os cuidados demandados pelo bebê ao chegar ao domicílio.

Preparação de pais de recém-nascidos prematuros para alta hospitalar: proposta de protocolo.	Silva Gomes, Marta Araujo Braga ES.	FVR, TO, CB, MC,	Rev Cuidado é Fundamental/BVS	2020	Mapear na literatura os critérios de preparação dos pais para alta do RNPT e para propor um protocolo para este fim.	A análise das referências mostra que dos oito (08) estudos, seis (06) foram realizados no Brasil e dois (02) na Colômbia. Destes, apenas um propôs abordar o assunto do ponto de vista dos pais, enquanto três (03) visaram compreender o ponto de vista dos profissionais de enfermagem e os outros quatro (04) tratam da revisão integrativa.	Em termos de implicações para a equipe de enfermagem, entendemos que a utilização de protocolos institucionais para o preparo dos pais para a alta do prematuro pode promover um processo mais prático, limpo, didático e, sobretudo, organizado. Além disso, o registro dessas ações precisa ser acessível e servir de base para futuras intervenções, se necessário.
O manejo da alta hospitalar do recém-nascido prematuro: saberes dos enfermeiros.	Anacleto Alves Rodrigues, Pereira AV, Almeida VLM.	LA, VH, DP, BDG,	Rev Cuidado é Fundamental/BVS	2021	Analisar os saberes dos enfermeiros durante o processo de alta hospitalar do recém-nascido prematuro.	Em relação ao conhecimento dos enfermeiros para o plano de alta do recém-nascido, as participantes identificaram como relevantes as orientações sobre amamentação, visto que o leite materno é um alimento essencial para a promoção do crescimento e desenvolvimento do recém-nascido.	A identificação do conhecimento do enfermeiro por meio de informações adequadas e embasadas cientificamente, compartilhadas com pais e familiares, auxilia na compreensão necessária para a prestação de cuidados domiciliares visando, sobretudo, a redução de reinternações hospitalares.
Aspectos relacionados à alta precoce do Recém-Nascido: revisão integrativa.	Queiroz IM, Castro BC, dos Anjos EB, Braga JVF, Caetano ALFM, Brito II.		Rev Eletrônica Acervo Saúde	2019	Considerando o impacto do tempo de permanência hospitalar nos cuidados maternos e na saúde do recém-nascido, este estudo visa identificar as atualizações dos aspectos relacionados à alta precoce do neonato proveniente de gestação e parto não complicado.	Alguns estudos apontam menor risco de readmissão em termos saudáveis com permanência hospitalar reduzida se associada a um programa de acompanhamento e possível benefício na internação mais prolongada em prematuros tardios. Ainda assim, as evidências disponíveis não são suficientes para rejeitar ou apoiar a prática.	Os aspectos relacionados à alta do recém-nascido devem ser avaliados individualmente. Além disso, percebe-se que no Brasil não há estudos que avaliem o impacto da alta precoce na saúde do recém-nascido.

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

Tabela 2. Critérios relacionados a alta segura do recém-nascido.

CATEGORIAS	CRITÉRIOS
DADOS BIOFISIOLÓGICOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Neonato respirando sozinho, sem precisar de ajuda. 2. RN com nenhum sinal ou sintoma que possa comprometer a sua saúde. 3. Bebês mamando, coordenando a sucção com deglutição na hora de mamar so seio materno sem esforço respiratório e/ou mudança de cor facial. 4. Eliminações presentes em aspecto e frequência normais. 5. Sono e repouso preservados. 6. Coto umbilical sem alterações em aspecto e odor: genitores orientados frente ao cuidado com álcool a 70% às trocas de fraldas. 7. Medidas antropométricas para as condições de alta e ganho ponderal satisfatório. 8. Bebês com bons sinais de desenvolvimento saudável, reflexos presentes, ativos e reativos ao manuseio. 9. Vacinas da Hepatite Be BCG administradas e registradas em caderneta da criança. Ter cuidado para somente aplicar a BCG em bebês com peso a partir de 2kg e quarta dose para hepatite B aos RNs prematuros. 10. Realização de exame físico céfalo-podálico.
COMUNICAÇÃO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Família orientada a cuidar do RN em casa. 2. Genitores orientados quanto à forma correta de colocar o bebê para dormir: barriguinha para cima, cabeça lateralizada. 3. Caderneta da criança devidamente preenchida com dados completos do RN e dos responsáveis, assim como, dados do parto. Genitores orientados e sensibilizados a explorarem este instrumento considerado documento legal do neonato. 4. Genitores orientados quanto aos sinais de perigo como febre, hipotermia, convulsão, icterícia, diarreia, desconforto respiratório, má alimentação, hipoatividade dentre outros sinais que posam

ocasionar riscos. Cuidadores cientes dos fluxos de retorno à maternidade de origem até 30 dias após nascimento diante de uma necessidade de saúde.

5. Genitores orientados quanto às trocas de fraldas, ao banho, tipo de sabonete, ao uso de cremes, agasalhos, riscos de acidentes como quedas, queimaduras, engasgo e outros.
6. Familiares orientados ao registro do neonato em cartório, caso não tenha sido registrado na maternidade.
7. Familiares orientados quanto às medidas preventivas e protetivas diante da crise sanitária.
8. Cuidados sensibilizados à construção de vínculos junto ao neonato com estímulo à interação família/bebê, ao toque e ao contato pele a pele.

REDE DE SEGUIMENTO

1. Realização ou agendamento de teste de triagens neonatais (teste do coraçõzinho, do pezinho, da orelhinha, da linguinha) coletados e/ou agendados a nível ambulatorial. Genitores orientados e direcionados para a realização junto à rede de apoio.
2. Familiares orientados a procurarem uma Unidade Básica de Saúde (UBS) para as consultas de seguimento e acompanhamento do bebê por uma equipe multiprofissional do município.
3. Profissionais satisfeitos com a alta do RN e arranjos familiares e informações devidamente registradas em prontuário.

DISCUSSÃO

Esta revisão teve como objetivo alertar a equipe multiprofissional, especialmente do setor de enfermagem, sobre os principais aspectos que devem ser observados no momento da alta do recém-nascido, a fim de evitar as possíveis readmissões e potenciais agravamentos do quadro clínico desses neonatos. O resultado mostra que a atuação dos profissionais de saúde no acompanhamento da família e recém-nascido é muito importante para o desenvolvimento neuropsicomotor da criança.

A alta qualificada do neonato deve ser baseada em orientações claras e detalhadas. Isso é importante para tranquilizar e dar segurança aos pais, familiares ou cuidadores, além de prevenir os principais problemas que podem vir a surgir em dias subsequentes à alta e garantir a continuidade dos cuidados gerais e de saúde à criança em domicílio pós-alta hospitalar. Recomenda-se, então, que as principais orientações sejam fornecidas também por escrito, visto que, além de receitas, exames laboratoriais e rotina de consultas, há um volume de informações⁶.

Dos critérios relacionados à alta segura do recém-nascido a seguir serão explanados três eixos: dados biofisiológicos, comunicação e rede seguimento. Estes explanam informações importantes para uma alta segura e qualificada.

Dados Biofisiológicos

Pensando numa alta qualificada, torna-se necessário ampliar os olhares dos profissionais para uma visão macro do neonato e seus arranjos familiares. Neste contexto é imprescindível um acompanhamento de cunho biológico.

Os conhecimentos sobre as alterações fisiológicas e sobre as etapas da consulta do puerpério irão garantir que o profissional tenha as informações pertinentes para a realização de uma consulta de forma completa e para que a orientação seja direcionada às necessidades desta nova mãe⁷.

O acompanhamento do crescimento constitui um dos indicadores de saúde da criança, através da aferição periódica do peso, da altura e do perímetro cefálico e da posterior análise em gráficos. Bebês e crianças de primeira infância devem sempre, a cada consulta, ter o crescimento e o desenvolvimento avaliados. Outro fator que precisa ser levado em consideração é o crescimento intrauterino, pois diversas pesquisas atestam que alterações tanto no crescimento fetal quanto no infantil podem ter efeitos permanentes na saúde do adulto⁸.

O acompanhamento sistemático do crescimento com o devido registro do ganho de peso, altura e Índice de Massa Corporal (IMC), nas curvas de crescimento, permite a identificação de crianças com ganho pômdero-estatural alterado em relação aos padrões, risco nutricional (desnutrição ou obesidade) e, associado a uma avaliação integral permite o diagnóstico de outros agravos (anemia, infecções etc.) e vulnerabilidades com as devidas intervenções médicas/nutricionais (exames complementares, tratamentos etc.) e/ou de suporte social necessário em tempo oportuno.

A interação da criança com os membros da família e com a rede social de proteção assegura a sua sobrevivência e contribui para o desenvolvimento neuropsicomotor, cognitivo e emocional⁹.

Comunicação

Há uma preocupação dos pais, da família e dos profissionais da saúde com a falta de padronização das orientações oferecidas. É preciso frisar que o problema poderia ser solucionado com um material didático instrucional escrito para direcionar as orientações. Esta ação pode modificar a prática de educação em saúde e auxiliar os pais e a família na compreensão de informações importantes².

Assim que os pais e o recém-nascido têm alta hospitalar, eles recebem um relatório contendo a história materna e gestacional, condições de nascimento, diagnósticos, procedimentos, medicações utilizadas, resultados de exames, avaliação neurológica, necessidade de seguimento e interconsultas com especialistas. As recomendações e o planejamento do acompanhamento facilitam a condução da criança tanto na unidade básica de saúde quanto no ambulatório de seguimento. Além disso, os pais, principalmente aqueles que prestarão cuidados especiais aos filhos, recebem as primeiras capacitações, e são orientados a reconhecerem os sinais de alerta, como por exemplo: apnéia, cianose, palidez, icterícia, convulsão etc., e quais procedimentos deverão ser realizados nestas situações. Há também a explicação acerca das medicações e orientações registradas nas receitas e o ensino da manipulação dos medicamentos⁸.

As intervenções voltadas para a educação em saúde, especialmente o uso de materiais educativos como manuais de cuidado, folhetos e cartilhas, também têm assumido um papel importante no processo de ensino-aprendizagem, promovendo melhorias no conhecimento e autocuidado dos indivíduos e famílias. Entretanto, é necessário que esses materiais contenham um vocabulário coerente com o público-alvo,

sejam convidativos e de fácil leitura e entendimento, reforçando as informações orais, servindo como guia de orientações para casos de dúvidas e auxiliando nas tomadas de decisões do cotidiano¹⁰.

Uma estratégia que tem se mostrado uma excelente opção de humanização segura é o Método Canguru, que promove o aleitamento materno, possui baixo custo, quando comparada à assistência convencional. Este método tem modificado a assistência neonatal no Brasil ao ampliar os cuidados prestados ao recém-nascido (RN)¹¹.

Dentre as informações que devem ser repassadas para os pais, destacam-se: o cuidado com o ambiente que o RN vai ficar; o cuidado com as vestimentas do bebê nas quatro estações e com a alimentação tanto do RN quanto da mãe que está amamentando e quanto ao posicionamento adequado no momento do sono do recém-nascido. Porém, apenas a instrução de como banhar, alimentar, dentre outros cuidados, não é suficiente para a aquisição de confiança dos pais no desempenho do cuidado com o filho prematuro. Essa segurança e senso de competência dependem da qualidade das relações entre profissionais da saúde e família¹¹.

A Unidade Básica, local onde o recém-nascido será acompanhado, deverá manter a prática de acolhimento e escuta, incluindo o atendimento aos casos agudos, identificando a criança de risco, mantendo a continuidade do cuidado mediante a oferta de ações de promoção e de proteção à saúde, visando à prevenção de agravos⁹.

Rede de Seguimento

Além das informações repassadas aos pais e arranjos familiares no momento da alta, os profissionais de saúde envolvidos na alta hospitalar devem seguir os critérios convencionados para alcance de uma alta segura. A American Academy of Pediatrics estabeleceu critérios de alta hospitalar simplificada e segura reforçando que negligenciá-los pode implicar em um aumento do risco dos agravos da saúde do RN e provocar sua reinternação¹².

A Atenção Básica, especificamente a Estratégia Saúde da Família (ESF), é a porta de entrada preferencial do sistema de saúde na atenção perinatal e coordenadora do cuidado⁹.

Conforme o Ministério da Saúde, o retorno da progenitora e do RN ao serviço de atenção básica de saúde deve ocorrer em torno de cinco a dez dias após o parto. Na atenção primária é imprescindível que a equipe de profissionais, na primeira semana do

período puerperal, volte o seu olhar para a orientação sobre os cuidados de ambos, como também possa disponibilizar as ações programadas para a primeira semana de vida do RN (triagem neonatal, imunização), além de estimular a presença do pai sempre que possível e apoiar o aleitamento materno⁷.

O nascimento de um bebê é um momento de mudança na estrutura do ciclo de vida da família, portanto é muito comum o surgimento de dúvidas, inseguranças e questionamentos. A família deverá reconhecer a equipe de saúde como um ponto de apoio para a superação das dificuldades desta etapa. A unidade básica de saúde onde o recém-nascido será acompanhado é de extrema importância, pois é nela que a família receberá as instruções necessárias em relação às dificuldades do aleitamento materno exclusivo e as orientações referentes às imunizações para verificar a realização da triagem neonatal e para estabelecer ou reforçar a rede de apoio familiar. Além da importância da verificação da Caderneta de Saúde da Criança, da identificação de riscos e vulnerabilidades ao nascer e da avaliação da saúde da puérpera¹³.

Nas consultas periódicas na unidade básica, a equipe de saúde observa a criança, indaga aos pais sobre as atividades do filho, sobre as reações perante a estímulos e realiza o exame clínico. Quanto mais novo for o RN, mais frágil e vulnerável ele será. Daí a necessidade de consultas mais frequentes. Em cada consulta a equipe de saúde vai pedir informações sobre as condições de higiene, como é o cotidiano da criança, como ela se alimenta, como brinca e se as vacinas estão em dia⁸.

Por isso, a importância de um acompanhamento contínuo da atenção primária, com uma supervisão próxima, tanto para tirar dúvidas, como para orientações e um acompanhamento que garanta um desenvolvimento e crescimento saudáveis da criança⁸.

É, essencialmente, a partir da necessidade de atenção da população, no território de responsabilidade, que se organiza a rede de atenção perinatal, considerando-se comunidade local de gestantes, de nascidos vivos e a necessidade de serviços de Atenção Básica, especializada e hospitalar regionalizada⁹.

CONCLUSÃO

O plano de alta hospitalar do RN deve ser estruturado a partir dos critérios preconizados pelos documentos ministeriais e organismos internacionais, de forma a levar em consideração as demandas e necessidades do neonato, com orientação aos familiares, a fim de evitar a ocorrência de reinternações.

É fundamental identificar situações de risco e implementar práticas de segurança do paciente a partir de estratégias para a redução de danos associados ao cuidado em saúde, através de ações de prevenção e mitigação de incidentes envolvendo o paciente, pois qualquer dano decorrente da assistência pode afetar o desenvolvimento do recém-nascido, de forma reversível ou irreversível, podendo prejudicar de forma definitiva a vida do mesmo¹⁴.

Dessa forma, compreende-se a importância de instrumentos e documentos científicos que corroborem para a construção de uma alta segura e de qualidade e que estimulem a cultura organizacional com foco no paciente estabelecendo uma equipe multiprofissional integrada com os serviços de apoio.

REFERÊNCIAS

- ¹ Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.068, de 21 de outubro de 2016*. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília-DF, 2016.
- ² Busatto E, Diaz CMG, Teixeira D, Oliveira PP de, Benedetti FJ, Costenaro RGS. *Cuidados com o recém-nascido após a alta hospitalar: orientações aos pais. Investigação, Sociedade e Desenvolvimento*. 2021; 10 (2): 30610212541. DOI: 10.33448/rsd-v10i2.12541. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12541>.
- ³ Aued GK, Bernardino E, Lapierre J, Dallaire C. *Atividades das enfermeiras de ligação na alta hospitalar: uma estratégia para a continuidade do cuidado*. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2019; 27. Acesso em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3069.3162>
- ⁴ Romancini JMF. *Avaliação do planejamento de alta hospitalar realizado pela equipe de enfermagem ao recém-nascido da Unidade Intensiva Neonatal* [Trabalho de Conclusão de Curso]. Assis, 2015.
- ⁵ Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Neonatologia. *Recomendações para alta hospitalar do Recém-Nascido Termo Potencialmente Saudável*. Rio de Janeiro, 2019- 2021.
- ⁶ Silveira R de C. *Manual seguimento ambulatorial do prematuro de risco*. – 1. ed. – Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Neonatologia, 2012.
- ⁷ Canani RG, Omizzolo II JAE. *Seguimento de neonatos em la vida de la primeira semana: Enfermería papel de atención primaria*. UNIPLAC. 2017. Disponível em: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2017/09/Renata-Galli-Canani.pdf>
- ⁸ Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. *Manual de acompanhamento da criança*. Agosto/2015.

⁹ Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação* /Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.ISBN 978-85-334-2596-5.

¹⁰ Casagrande. EF, Carvalho FF de, Araújo BN de, Sehn, AS, Costantin EFS, Strassburger SZ.*Desenvolvimento de um manual educativo para os cuidados ao recém-nascido pré-termo pós-alta hospitalar: Relato de experiência.* Salão do Conhecimento. UNIJUÍ, 2020, XXI Jornada de Extensão.

¹¹ Alcântara KL, Brito LLM. de S, Costa, DV da S, Façanha APM, Ximenes, LB, Dodt, RCM. *Family Guidelines Needed for a safe hospital of the premature.* *Journal of Nursing.*UFPE on line. Recife, 2017; 11(2):645-55.

¹² Queiroz IM, Castro BC, dos Anjos EB, Braga JVF, Caetano ALFM, Brito II. *Aspectos relacionados à alta precoce do Recém-Nascido: revisão integrativa.* REAS. 2023; (34): 1338.Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1338>

¹³ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde.* Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012; 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33) ISBN 978-85-334-1970-4. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf

¹⁴ FIOCRUZ, Ministério da Saúde. *Segurança do Paciente em Unidades Neonatais: por onde começar?* Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueiras. 2019. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/seguranca-do-paciente-em-unidades-neonatais/>

4.3 MANUSCRITO 3

Documento científico - Protocolo a ser publicado

PROTOCOLO DE ALTA SEGURA PARA RECÉM-NASCIDOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM ESAÚDE



PROTOCOLO DE ALTA SEGURA PARA RECÉM-NASCIDOS

CINTIA MARIA MAGALHÃES OLIVEIRA DE ARAUJO
 (PESQUISADORA)

RIDALVA FELIX MARTINS

(ORIENTADORA)

JOSIELSON COSTA DA SILVA
 (COORIENTADOR)

1. **DEFINIÇÃO:** A alta segura compreende um conjunto de medidas a serem adotadas como estratégia de redução de danos e/ou complicações que possam ocorrer com o neonato a ponto de culminar em reinternações. Com foco na assistência neonatal de qualidade, essas medidas promovem a redução da morbimortalidade neonatal e a otimização dos serviços prestados com impacto satisfatório nos custos institucionais. Nesse contexto, utiliza-se critérios clínicos, psicossociais e georreferenciais que visem uniformizar as práticas, auxiliando no processo de decisão e assegurando ao RN e arranjos familiares uma alta qualificada e com segurança. Enfatiza-se, também, ações voltadas para a segurança do paciente em neonatologia, as boas práticas do cuidado neonatal, oferecendo protagonismo ao RN e família (SANTOS, FERREIRA, GÓIS, 2018).

2. **RESPONSÁVEL TÉCNICO:** Cintia Maria Magalhães Oliveira de Araujo

3. **OBJETIVO:** Estabelecer os critérios específicos para uma alta segura do recém-nascido e arranjos familiares¹

¹ **Arranjos familiares** são construções de diferentes grupos de pessoas unidas pela afetividade, cuidado e respeito mútuo que se sobrepõem às diversas realidades sociais existentes, contanto que se preze pela garantia da dignidade da vida humana, independente da sua conformação (SANTOS, 2020).

4. PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS: Equipe Multiprofissional (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e outros profissionais em nível superior).

5. ITENS NECESSÁRIOS PARA PROMOÇÃO DO PROCESSO DE ALTA SEGURA

- Prontuário do paciente composto de toda documentação envolvendo o cuidado prestado pela equipe multiprofissional.
- Sumário de alta médica com a devida documentação pertinente.
- Relatório de enfermagem.
- Caderneta de saúde da criança devidamente preenchida.
- Receituário médico.
- Requisição de exames, programação do retorno ao ambulatório (se preciso) e atestado médico (quando solicitado pelo familiar).
- Registro civil (quando possível).
- Presença de um familiar ou responsável.

6. ORIENTAÇÕES GERAIS VOLTADAS PARA ALTA SEGURA

O sumário de alta hospitalar deve conter:

- Contexto de institucionalização (nascimento, processo de morbidade e eventos emergenciais).
- Achados clínicos relevantes com foco na história e exame físico.
- Resultados de exames laboratoriais e imagens significativos.
- Triagem neonatal iniciada e planejada.
- Lista de procedimentos realizados com os devidos resultados (quando necessário).
- Diagnóstico médico e de enfermagem no momento da alta.
- Medidas terapêuticas referenciadas para uso pós-alta.
- Percepção do envolvimento afetivo entre recém-nascido (RN) e família.
- Orientações e direcionamentos para as consultas de seguimento a nível ambulatorial.
- Orientações voltadas aos sinais de perigo com garantia de retorno pela instituição promotora da alta.

7. CRITÉRIOS NORTEADORES PARA ALTA SEGURA DO RN

7.1 Critérios clínicos e biofisiológicos

- Adaptação da vida extrauterina e exame físico sem anormalidades .
- Peso adequado para a idade gestacional.
- Ausência de comorbidades (icterícia nas primeiras 24 horas de vida, cardiopatias congênitas, malformações, sepse neonatal, disfunções respiratórias e metabólicas).
- Eliminações presentes (diurese e mecônio espontâneos, de aspecto e odor normais).
- Controle térmico adequado.
- Dados vitais dentro do padrão de normalidade.
- Nutrição adequada: leite humano exclusivo, quando possível e/ou alimentação complementar devidamente indicada e prescrita por profissionais competentes.
- Sucção ao seio materno com pega e posicionamento satisfatórios.
- Respiração espontânea sem uso de dispositivos de oxigênio.
- Realizações de exames laboratoriais e de imagens sem alterações.
- Triagem neonatal iniciada e programada com referenciamento.
- Hidratação satisfatória.
- Imunização para hepatite B em unidade neonatal e Bacilo de Calmette e Guérin (BCG) quando possível, com georreferenciamento pós-alta.
- Administração da Vitamina K e ***Credeização** como prevenção, respectivamente, de doenças hemorrágicas e oftalmia neonatal ao nascimento.
- Coto umbilical em processo de mumificação plena e/ou cicatriz umbilical limpa e seca.
- Pele íntegra.
- Sono e repouso mantidos
- Reflexos primitivos presentes, assim como marcos do desenvolvimento visíveis para a idade gestacional.

Nota: * Embora esteja presente no Manual do Ministério da Saúde, a credeização vem sendo discutida para a não utilização de práticas indiscriminadas, com o uso preconizado de produtos como Tetraciclina, Eritromicina, Iodo Povidona, dentre outros.

8. CRITÉRIOS DE COMUNICAÇÃO EFETIVA E/OU ORIENTAÇÕES PARA ALTA SEGURA

- Orientar sobre o desmame precoce e suas desvantagens à saúde do bebê.
- Instruir sobre a importância do controle térmico adequado para evitar complicações.
- Incentivar a continuidade da imunização em serviço de referência conforme território adscrito para acompanhamento na AB.
- Orientar sobre a prevenção de onfalite/granuloma através de cuidados com o coto umbilical utilizando o uso de álcool 70% e lavagem com água e sabão a cada troca de fralda.
- Explicar como proceder no período de queda do coto mumificado e de sangramento intenso.
- Ensinar quanto ao cuidado com a pele e troca de fraldas a cada mamada: ao acordar e ao dormir.
- Garantir a limpeza da boca após as mamadas a fim de evitar a monilíase.
- Treinar a família em relação à posição de dormir recomendada a fim de evitar a morte súbita (posição supina).
- Ter cuidado em relação à segurança no transporte da criança em carros de passeio com o uso da cadeirinha no banco de trás do automóvel.
- Observar, no caso de prematuros, se a família sente-se segura, motivada, bem orientada e consciente quanto ao cuidado domiciliar.
- Esclarecer sobre a primeira consulta que deverá ser realizada até 48 horas após a alta.
- Informar à família quanto ao acesso do agente comunitário de saúde da sua área adscrita na Unidade Básica de Saúde (UBS) e acompanhamento na Atenção Básica (AB).
- Garantir atendimento na unidade hospitalar de origem, a qualquer momento, até a alta da terceira etapa para prematuros.
- Orientar e acompanhar tratamentos especializados.
- Estimular a busca ou a manutenção de uma rede social de apoio.

9. CRITÉRIOS DE GEORREFERENCIAMENTO EM REDE E ACOMPANHAMENTO DESEGUIMENTO DO RECÉM-NASCIDO

- Incluir o RN de alto risco no calendário de acompanhamento tanto na AB, quanto no ambulatório de atenção especializada.
- Encaminhar RN e família conforme território adscrito para acompanhamento na UBS.

- Garantir o princípio da continuidade e longitudinalidade do cuidado ao RN e família.
- Manter vínculo entre equipe multidisciplinar e família a fim de evitar as faltas às consultas de acompanhamento, mantendo contatos pessoais atualizados.
- Realizar consultas de telemedicina em caso de teste positivo para COVID-19 em RN e familiares.
- Orientar a família a retornar à unidade de origem até 30 dias após o nascimento do neonato e a partir de então, referenciar a UBS adscrita.

10. ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ALTA SEGURA

MÉDICO NEONATOLOGISTA:

- Programar a alta do paciente e informar ao enfermeiro.
- Comunicar a alta para a família e orientar em relação aos exames, a vacinação, a alimentação e cuidados pós-alta.
- Avaliar exames laboratoriais como: bilirrubina direta e frações, sorologias para sífilis, HIV, hepatite B, tipagem sanguínea e Coombs da mãe e RN.
- Solicitar testes de triagens neonatais preconizadas (testes do pezinho, da orelhinha, do olho, do coraçãozinho e da linguinha) ou encaminhar para a realização em ambulatório.
- Avaliar comorbidades e alterações no exame físico (luxações de quadril e clavícula/ombro).
- Avaliar grau de hemorragias através de USG transfontanela de rotina (se RN prematuros).
- Proceder à avaliação oftalmológica cuidadosa para detecção de alterações oculares como mapeamento de retina em casos de prematuridade.
- Registrar as condições da alta do RN em prontuário com data e horário específicos.

ENFERMEIRO:

- Receber a informação da alta hospitalar.
- Entregar a documentação necessária à família tais como: relatório de alta, exames diversos, caderneta da criança, canhoto de realização de teste pezinho e/ou outras triagens neonatais, requisição de exames, receituário médico contendo medicações de uso pós-alta e indicação para o uso de leite artificial, se necessário para complemento ou substituição do leite materno, além da cópia do gráfico de crescimento construído durante a internação de forma que o crescimento possa ser melhor avaliado nas consultas de seguimento *follow up* (se RN prematuro).

- Anotar, em protocolo específico, a entrega dos documentos da criança com a devida assinatura do responsável pelo neonato.
- Revisar peso adequado do recém-nascido associado à idade gestacional.
- Verificar o estado da pele observando o aspecto, a coloração, presença de lesões e assaduras perianais e genitais.
- Conferir os níveis de bilirrubina em exames laboratoriais.
- Observar a presença de diurese e mecônio espontâneos de aspecto, volume e odor normais;
- Aferir sinais vitais e anotar em registro de enfermagem (a temperatura, FC, FR, PA e se houver presença de dor, SPO2);
- Monitorar se os sinais vitais persistem dentro da normalidade nas 12 horas que antecedem a alta (frequência respiratória < 60 respirações por minuto, frequência cardíaca de 100-160 batimentos por minuto, temperatura axilar de 36,1 a 37,0°C, em berço aberto com vestimenta apropriada, SPO2: acima de 92%).
- Observar a sucção adequada do bebê ao seio com pega e o posicionamento e a pressão intraoral apropriados, avaliar a mama (forma do bico, presença de fissuras, ordenha), se há boa coordenação sucção/deglutição/respiração, salvo em situações em que haja restrições ao aleitamento materno.
- Verificar a aceitação por parte do RN de substituto do leite humano; fórmula láctea para situações em que a amamentação é contraindicada (de acordo com atualização OMS/2009 "Razões médicas aceitáveis para uso de substitutos do leite").
- Observar a respiração espontânea sem uso de dispositivos de oxigênio.
- Realizar as triagens neonatais preconizadas (testes do pezinho, da orelhinha, do olhinho, do coraçãozinho e da linguinha) ou os devidos encaminhamentos na rede de seguimento de média e alta complexidade.
- Avaliar a hidratação do RN (elasticidade, turgor de pele, ressecamento, depressão de fontanelas, oligúria/anúria).
- Administrar a imunização para hepatite B em unidade neonatal e BCG (>2000 gramas de peso para RN prematuros) em unidade básica e aprazar próximas doses.
- Garantir a realização de boas práticas desde a sala de parto passando pelas unidades neonatais até a alta institucional.
- Proceder ao exame físico cáfalo-podálico a fim de observar comorbidades e alterações.
- Controlar e orientar quanto ao uso de medicamentos prescritos: dia, horário, interação e contraindicações.
- Avaliar o compromisso materno e familiar para a realização da posição canguru pelo maior tempo possível, nos casos de prematuros.

- Observar a dinâmica psicoafetiva entre o recém-nascido e a família, valorizando boas condutas e oferecendo suporte quando necessário.
- Ficar atento ao peso mínimo de 1,850g e observar o ganho de peso adequado nos três dias antecedentes à alta (nos casos de prematuros).
- Corrigir ou solicitar a correção das situações de risco como: ganho de peso inadequado, sinais de doença do refluxo, infecção e apneia.
- Registrar a alta institucional em prontuário com data e horário e condições da alta do RN.

FISIOTERAPEUTA:

- Avaliar a capacidade de coordenação deglutição-sucção-respiração do lactente no momento da sucção ao seio materno e/ou estímulo oral não nutritivo e nutritivo.
- Averiguar se há a existência de pausas respiratórias quando da consumação das dietas.
- Proceder com ações de estímulo ao seio materno, ministrando orientações sobre boa pega e posicionamento do RN:
- Monitorar a função cardiorrespiratória (deve permanecer estável e fisiologicamente madura, sem a presença de apneia ou bradicardia por um período de 8 dias, sem oxigênio adicional e sem dessaturação).
- Fazer a avaliação respiratória e a aspiração de vias aéreas antes da alta hospitalar, se necessário.
- Avaliar o desenvolvimento motor, o tônus e a força muscular.
- Planejar apropriada intervenção Individualizada.
- Registrar a alta institucional em prontuário com data e horário e condições da alta do RN.

FONOAUDIÓLOGO:

- Avaliar a sucção do RN ao seio materno e lançar mão de estratégias para melhorar o estímulo á sucção (translactação, estímulo não nutritivo dedo-luva, evolução de sonda orogástrica para nasogástrica).
- Avaliar a capacidade e coordenação de deglutição-sucção- respiração no momento da sucção ao seio materno e/ou estímulo oral não nutritivo e nutritivo.
- Avaliar potencial auditivo como medida preventiva e, quando diagnosticado, realizar tratamento da perda auditiva.
- Realizar teste da orelhinha e da linguinha e se necessário, orientar a realização em

ambulatório.

- Coordenar ações de auxílio ao RN quando este apresentar dificuldades na deglutição.

PSICÓLOGO:

- Avaliação formal do neurodesenvolvimento com uso de escalas diagnósticas.
- Fazer a triagem de problemas comportamentais, identificação dos vínculos e com manejo adequado a cada situação.
- Intervir com o apoio e suporte terapêutico às morbidades psiquiátricas familiares recorrentes.

Por conseguinte, ao observar as atribuições de cada categoria supramencionada, torna-se necessária a atuação desses profissionais no envolvimento da alta hospitalar dos recém-nascidos a fim de melhor direcionar as orientações aos genitores e familiares.

Sendo assim, o melhor acompanhamento do recém-nascido (seja ele a termo ou prematuro), de forma supervisionada e interdisciplinar garantirá o investimento em sobrevivência e favorecerá índices menores nas taxas de reinternações e de infecções nos primeiros anos de vida da criança e aumento, por sua vez, das taxas de crescimento, de desenvolvimento e de neurodesenvolvimento, proporcionando a inclusão escolar adequada, a ampliação do potencial de aprendizado e a inserção efetiva na sociedade quando na vida adulta, menciona a Sociedade Brasileira de Pediatria (2012).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.068, de 21 de outubro de 2016*. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília-DF, 2016.

SANTOS, B.C.J. *O reconhecimento dos arranjos familiares no contexto de uma escola privada no município de Conceição do Almeida, Bahia* / Bruna Cristina de Jesus Santos. -Governador Mangabeira - BA, 2020. 41 f.

SANTOS, A.J.; FERREIRA, S.L.H; GÓIS, R.M.O. *A cultura de segurança como prevenção das infecções relacionadas a assistência à saúde em neonatologia: uma revisão bibliográfica*. Revista Ciências Biológicas e de Saúde - Unit, Aracaju, v..4,n. 3,p.27-42, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DOS ENFERMEIROS PEDIATRAS. *Cuidado integral ao recém-nascido pré-termo e à família* [livro eletrônico] / [organização Sociedade Brasileira dos Enfermeiros Pediatras]. -- São Paulo, SP: Sociedade Brasileira dos Enfermeiros Pediatras, 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Manual seguimento ambulatorial do prematuro de risco* / Rita de Cássia Silveira. – 1. ed. – Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Neonatologia, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Departamento Científico de*

Neonatologia. Recomendações para alta hospitalar do Recém-Nascido Termo Potencialmente Saudável. Rio de Janeiro, 2019-2021.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento das tecnologias em saúde, como o protocolo elaborado e apresentado no presente estudo possibilitou a compreensão e a dimensão da importância de tais documentos para a educação em saúde e conseqüentemente na alta hospitalar segura em neonatologia. É preciso salientar que constituiu-se como um grande desafio a elaboração acurada e atenciosa dos critérios para alta segura de RN elencados nos protocolos institucionais e ministeriais, pois envolveram muitas nuances e minúcias em relação ao tema.

O estudo apresentou como limitações a dificuldade de apresentar as melhores evidências científicas de forma sumarizada sobre a alta segura de RN e a responsabilidade diante do impacto na assistência neonatal que o material construído evoca.

Desse modo, há a necessidade da recomendação de novos estudos que suscitem a reflexão sobre o cuidado na alta hospitalar do recém-nascido com atuação multiprofissional, tendo como propósito novas investigações que culminem em profícuas discussões para a promoção de estratégias de elaboração e implantação de um plano de alta hospitalar multidisciplinar.

Ressalta-se, portanto, que se torna necessário aliar os saberes científicos às práticas culturais a fim de ampliar os conhecimentos prévios e atuais por meio da reflexão crítica da realidade. Dessa forma, será possível a construção de práticas seguras e saudáveis no momento da alta e pós-alta, baseadas na autonomia da família e nas decisões dos cuidados aos RNs.

REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, K.L.; BRITO, L.L.M.S.; COSTA, D.V.S. et al. **Family guidelines needed for a safe hospital of the premature newborn: integrative review.** Revista Enfermagem UFPE online, 2017, v. 11, n.2, p.645-55. Disponível em:< <https://pdfs.semanticscholar.org/1c26/cb3a22a614c6edb245607ec340ee3fb8a4ed.pdf>> Acesso em: 15 jul. 2021.
- ALMEIDA, M.F.B.; KAWAKAMI, M.D.; MOREIRA, L.M.O.; SANTOS, R.M.V.D. et al. **Early neonatal deaths associated with perinatal asphyxia in infants ≥ 2500 g in Brazil.** Jornal Pediatria (Rio Janeiro). V.93, n.6, 2017, p.576-84.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. **Committee on Fetus and Newborn. Hospitalstay for healthy term newborns.** Pediatrics. 2015.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. **In: Guidelines for Perinatal Care.** 8th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2017.
- ANACLETO, L.A.; ALVES, V.H.; RODRIGUES, D.P.O. et al. **Manejo da alta hospitalardo recém-nascido prematuro: saberes dos enfermeiros.** Revista Cuidado é fundamental. 2021, jan/dez; v.13, p.634-639. Disponível em: < <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9359>> Acesso em: 06 out. 2021.
- ARAÚJO, T.G. et al. **Readmissões e óbitos após a alta da UTI: um desafio da terapiaintensiva.** Revista Brasileira Terapia Intensiva, 2013; v.25, n.1, p.32-38.
- AUED, G.K.; BERNARDINO, E.; LAPIERRE, J. et al. **Liaison nurse activities at hospitaldischarge: a strategy for continuity of care.** Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2019, v.27:e3162. Disponível em:< <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3069.3162>> Acesso em:20 nov. 2022.
- AUED, G.K.; BERNARDINO, E.; SILVA, O.B.M. et al. **Competências da enfermeira deligação na alta hospitalar.** Revista Gaúcha de Enfermagem. 2021, v.42 (esp): e20200211. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.202002>> Acesso em: 25 jul.2021.
- BENITZ, W.E. **Hospital stay for healthy term newborn infants.** Pediatrics, v.135, n.5,2015, p. 948-953.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria GM/MS n.1016 de 26 de agosto de 1993. **Aprova as normas básicas para implantação do Sistema “Alojamento canguru”.** Brasília, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à Saúde do Recém-nascido. Guia para os profissionais de saúde. Cuidados gerais,** v.1. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. p. 85-86e168.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12**

de dezembro de 2012. Dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília -DF, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), Brasília-DF, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº. 36 de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. DOU. Nº 143 (jul.2013), Seção I, p.32-33, Brasília, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.2.095 de 24 de setembro de 2013.** Aprova os protocolos básicos de segurança do paciente. Brasília-DF, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: Crescimento e Desenvolvimento.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 2. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. **Plano integrado para a gestão sanitária da segurança do paciente em serviços de saúde.** Brasília-DF, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130 de 5 de agosto de 2015.** Institui a Política nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança – PNAISC. Publicada no Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília-DF, 2015b. Disponível em: <DOU 6/08/2015 – pg. 38 - Seção 1. Diário Oficial da União /Diários Jusbrasil> Acesso em: 18 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.068, de 21 de outubro de 2016.** Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília-DF, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016.** Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 24.maio.2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes metodológicas:elaboração de diretrizes clínicas.** Brasília, 2016c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência Segura: **Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Informações de Saúde: Tabnet.** Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>> Acesso em: 07 maio. 2021a.

CARLO, W.A.; TRAVERS, C.P. **Maternal and neonatal mortality: time to act. J Pediatría,** RJ, 2016, p.92:543.

CARVALHO, R.E.F. et al. **Avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil.** Revista Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto. 2017, v.25, e2849, 2017, Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100310&lng=en&nrm=iso Acesso em: 10 out.2021.

COREN. **Guia para Construção de Protocolos Assistenciais de Enfermagem.** São Paulo,2017.

COSTA, M. F. S.; GOMES JUNIOR, S. C.; MAGLUTA, C. **Análise da distribuição dos nascimentos com marcadores de gravidade em maternidades com unidade de terapia intensiva neonatal no Sistema Único de Saúde.** Cadernos Saúde Coletiva, v. 26, n. 2, p.125-130, jun. 2018.

COSTA, M. de F. dos S.; MAGLUTA, C.; GOMES JUNIOR, S. C. **Perfil dos prestadores de serviço em relação aos procedimentos de cuidado aos recém-nascidos de risco nas bases de dados do Sistema Único de Saúde.** Cadernos de Saúde Pública, v. 36, n. 4, e00219618, 2020.

COSTA, M.F.B.N.A.; ANDRADE, S.R.; SOARES, C.F. et al. **The continuity of hospital nursing care for Primary Health Care in Spain.** Revista Escola Enfermagem USP. 2019; v.53 e03477. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018017803477>> Acesso em: 20 nov. 2022.

DUARTE, A. S. et al. **Promoção da saúde às genitoras de bebês prematuros: ação da equipe de enfermagem na alta hospitalar.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste:Rev. Rene, Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 162-170, jul/set. 2010.

FALKENBERG, M.B.; MENDES, T.P.L.; MORAES, E.P. et al. **Health education and education in the health system: concepts and implications for public health.** Ciência Saúde Coletiva. 201, v. 19, n.3, p.847-52. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>> Acesso em: 12 jul.2021.

FUKADA, M. **Nursing competency: definition, structure and development.** Yonago Acta Med. 2018, v.61, n.1, p.1-7. Disponível em:< <https://doi.org/10.33160/yam.2018.03.001>> Acesso em: 02 ago. 2021.

GRACIA, S.R, et al. Criterios de alta hospitalaria del recién nacido a término sano tras el parto. **Anales de Pediatría**, v. 86, n. 5, p. 289.e1-289.e6, maio 2017.

HANNAN, K.E.; HWANG,S.S.; BOURQUE, S.L. **Readmissions among NICU graduates: Who, when and why?-** Seminars in Perinatology, V.44, Issue 4, 2020, 151245, ISSN 0146- 0005. Disponível em:< <https://doi.org/10.1016/j.semperi.2020.151245>> Acesso em: 15 nov.2022.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Clinical Practice Guidelines We Can Trust.** Washington (DC): National Academies Press (US), 2011, p. 300.

JAMES, L.; SWEET, L.; DONNELLAN-FERNANDEZ, R. et al. **Breastfeeding initiation and support: A literature review of what women value and the impact of**

early discharge. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, v. 30, n. 2, p.87–99, abr. 2017.

KURTH, E. et al. **Safe start at home: what parents of newborns need after early discharge from hospital - a focus group study.** *BMC health services research*, v. 16, p. 82, mar. 2016.

LANSKY, S.; LIMA F.A.A.; SILVA, A.A.M. et al. **Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido.** *Cad. Saúde Pública*, 2014, v. 30, p. S192-207.

LAWN, J.E.; BLENCOWE, H.; OZA, S.; et al. **Every newborn: progress, priorities and potential beyond survival.** *Lancet*: 2014, v. 384, n. 9938, p.189-205.

LEMOS, C.S.; POVEDA, V.B.; PENICHE, A.C.G. **Construction and validation of a nursing care protocol in anesthesia.** *Revista Latino-americana de Enfermagem*, [s.l.], v. 25, p. 2952-2957, 11 dez. 2017.

LINHARES, E.F.; MARTA, F.E.F.; DIAS, J.A. et al. **Family management influence in the birth of the newborn and prevention of omphalitis.** *Rev Enferm UFPE online [Internet]*. 2017 v. 11 (11Supl), p. 4678-86. Disponível em: <<https://doi.org/10.5205/reuol.11138-99362-1-SM.1111sup201718>> Acesso em: 16 nov. 2022.

MARTINS, M.M.; AUED, G.K.; RIBEIRO, O.M.P.L. et al. **Discharge management to ensure continuity of care: experience of Portuguese liaison nurses.** *Cogitare Enferm.* 2018; v.23, n.3, e58449. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v23i3.58449> Acesso em: 20 nov. 2022.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002.

METCALFE, A. et al. **Proportion of neonatal readmission attributed to length of stay for childbirth: a population-based cohort study.** *BMJ open*, v. 6, n. 9, 2016, p. e012007, 14.

MINAYO, M. C. S. O. **Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOURA, B.C.M; BRENELLI-VITALI, M.A.; MARBA, T.M.S. **Reinternação no período neonatal de crianças nascidas saudáveis no Hospital Maternidade de Campinas.** *Revista Paulista de Pediatria*, vol. 24, n. 4, dezembro, 2006, p. 303-309.

NUNES, E.C.D.A.; MENEZES FILHO, N.A.M. **Systemization of nursing discharge: an analysis based on Roy.** *Cogitare Enferm.* 2016; v.2, n.2, p.01-09. Disponível em: <<https://doi.org/10.5380/ce.v21i2.45875>> Acesso em: 20 nov. 2022.

PERES, C.M.; SUZUKI, K.M.F.; AZEVEDO-MARQUES, P.M. Recursos tecnológicos de apoio ao ensino na saúde. **Revista Medicina Ribeirão Preto.** 2015; v. 48, n.3, Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/104303> Acesso em: 15 dezembro 2022.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: **Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

QUEIROZ, M.V.O.; BRITO, L.M.M.C.; Pennafort, V.P.S.; Bezerra, F.S.M. **Sensitizing children with diabetes to self-care: contributions to educational practice**. Esc Anna Nery, 2016, v.2, n.2, p.337-343. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160046> Acesso em: 10 nov. 2022.

RICHTER, L.M.; DAELMANS, B.; LOMBARDI, J. et al. Investindo na base do desenvolvimento sustentável: caminhos para ampliar o desenvolvimento na primeira infância. **Lancet**; 2017; v.389, n.16, p. 103–18.

SANTOS, A.J.; FERREIRA, S.L.H.; GÓIS, R.M.O. **A cultura de segurança como prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde em neonatologia: uma revisão bibliográfica**. Revista Ciências Biológicas e de Saúde v.4,n. 3,p.27-42 – Unit: 2018. Aracaju.

SANTOS, A.L.M. et al. **Material informativo para gestantes: uma revisão narrativa**. Disciplinarum Scientia| Saúde, v. 17, n. 2, p. 331-338, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/2040/1886>. Acesso em: 11.nov.2022.

SCHMIDT, K. T. et al. **Recém-nascidos prematuros e a alta hospitalar: uma revisão integrativa sobre a atuação da enfermagem**. Revista da rede de enfermagem do nordeste-Rev. Rene, v. 12, n. 4, p 849-858, out./dez. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Pediatria do Comportamento e Desenvolvimento. **Caderneta de Saúde da Criança e do Adolescente: instrumentos de vigilância e promoção do desenvolvimento**. Guia Prático de Atualização, Rio de Janeiro, n.4, 2017. Disponível em: Acesso em: 10 mar. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Neonatologia. **Recomendações para alta hospitalar do Recém-Nascido Termo Potencialmente Saudável**. Rio de Janeiro, 2019-2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DOS ENFERMEIROS PEDIATRAS. **Cuidado integral ao recém-nascido pré-termo e à família** [livro eletrônico] / [organização Sociedade Brasileira dos Enfermeiros Pediatras]. São Paulo: Sociedade Brasileira dos Enfermeiros Pediatras, 2021.

TETREAULT, L. et al. **Development and Implementation of Clinical Practice Guidelines: An Update and Synthesis of the Literature with a Focus in Application to Spinal Conditions**. Global Spine Journal, [s.l.], v. 9, n. 1, p.53-64, maio 2019.

TOQUINHO. Música **Criança é vida – CD Criança é vida**, Eldorado: 2000, 2´40´´.

VERONEZY, M.; HIGARASHI, I.H. **Protocolo para a alta de bebê pré-termo: subsídios para a construção de uma proposta**. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2016, v. 24, n.3, e7505.

VIANA et al. Encontro educativo da enfermagem e da família de crianças com necessidades especiais de saúde. **Revista** Texto e contexto de enfermagem. 2018, v.27, n.3, Disponível em:<https://doi.org/10.1590/0104-070720180005720016>. Acesso em: 10 novembro de 2023.

WANG,H.; LIDDELL, C.A.; COATES, M.M. et al. **Global, regional, and national levelsof neonatal, infant, and under-5 mortality during 1990-2013: a systematic analysis forthe Global Burden of Disease Study** Lancet: 2013. 2 v.384, n.9947, 2013, p.957-79.

WEBER, L.A.F.; LIMA, M.A.D., ACOSTA, A.M. Et al. **Care transition from hospital tohome: integrative review.** Cogitare Enferm. 2017; v. 22, n.3:e47615. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615> Acesso em 20 nov. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage.** Geneva, Organization for Economic Co-operation and Development and The World Bank, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272465>. Acesso em: 13 jul. 2021.