

VISITAS DOMICILIARES COMO INSTRUMENTO NA ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO DE MUITO BAIXO PESO E SUA FAMÍLIA

Anelize Helena Sassá*
Thabata Cristina Silveira Rosa**
Sarah Nancy Deggau Hegeto de Souza***
Edilaine Giovanini Rossetto****

RESUMO

A visita domiciliar (VD) é uma estratégia que amplia o cuidado para o contexto extra-hospitalar. Os objetivos deste estudo foram caracterizar famílias e recém-nascidos de muito baixo peso que receberam VD e sistematizar os problemas encontrados e as intervenções realizadas. O estudo é descritivo e quantitativo e foi realizado com 86 famílias, através de instrumento próprio e prontuários. Destas famílias, 83,7% receberam VD pré-alta e 86,0%, pós-alta. A renda familiar mensal foi <1,9 salário mínimo para 66,4% das famílias, e 30,6% das mães eram adolescentes. Em sua maioria (88,4%) os bebês permaneceram internados por mais de 30 dias e 40,7% deles receberam alta com idade gestacional corrigida <37 semanas. Na pré-alta, 40,5% dos problemas relacionavam-se com as condições do domicílio e o ambiente. Nas VDs pós-alta, 25% dos problemas referiam-se à alimentação e em 65% dessas visitas foram feitas referências à Unidade Básica de Saúde (UBS). A VD possibilitou o reconhecimento do contexto familiar e uma detecção precoce dos problemas e dificuldades, e foi uma ferramenta eficaz para a assistência integral e individualizada às famílias e aos bebês.

Palavras-chave: Enfermagem Neonatal. Visita Domiciliar. Prematuro. Família.

INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos da assistência neonatal, em especial daquela prestada aos recém-nascidos de muito baixo peso (RNMBP), ou seja, àqueles com peso de nascimento inferior a 1.500g, têm possibilitado o aumento da sobrevivência de bebês cada vez menores e mais imaturos, trazendo consigo a necessidade de preparar os pais e toda a família para os cuidados com estas crianças, que muitas vezes precisarão de atenção especial em casa, sobretudo por constituírem uma população de alto risco para anormalidades neurológicas e atraso no desenvolvimento⁽¹⁾.

Considerando-se a vulnerabilidade dessas famílias e sua participação no processo de desenvolvimento da criança, um dos grandes desafios da assistência neonatal é promover ações de cuidado que atendam às suas necessidades e às dos RNMBPs⁽²⁾, de forma a garantir que recebam suporte e seguimento

adequados e possibilitar melhor prognóstico e qualidade de vida de todo o grupo familiar⁽³⁾.

Embora a integralidade do cuidado e a estratégia de busca ativa façam parte das diretrizes políticas da atenção básica à saúde da criança⁽⁴⁾, o acompanhamento do RNMBP e de sua família após a alta hospitalar tem acontecido de forma fragmentada e sem adequada articulação entre os níveis de atenção à saúde, o que limita o conhecimento sobre a evolução dessas crianças e as intervenções referentes às suas peculiaridades e às de sua família⁽⁵⁾.

Com o objetivo de atender às necessidades das famílias de RNMBPs, foi implantado no Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná – Londrina/PR (HURNP), no ano de 2006, o projeto “Uma rede de apoio à família prematura”, descrito detalhadamente em publicação anterior⁽⁶⁾, o qual foi ampliado e reformulado por duas vezes e continua ativo até o momento. O presente artigo trata de uma das etapas desse projeto, que é a visita domiciliar

* Enfermeira Neonatologista. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Docente da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Mandaguari (FAFIMAN). E-mail: anelizehs@hotmail.com

** Enfermeira. E-mail: thabata.rosa@yahoo.com.br

*** Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL). E-mail: sarahuel@sercomtel.com.br

**** Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da UEL. E-mail: ediluiz@sercomtel.com.br

(VD), utilizada pelos profissionais de saúde para o reconhecimento da realidade experimentada por cada grupo familiar em seu contexto, auxiliando no planejamento da assistência e ampliando o cuidado e o apoio extra-hospitalar à família e ao RNMBP.

Este estudo teve por objetivos caracterizar as famílias e os bebês participantes do referido projeto⁽⁶⁾ que receberam VD e sistematizar os problemas, as orientações e os encaminhamentos realizados durante as visitas. Este estudo é de interesse para o aperfeiçoamento e a apropriação da VD como ferramenta da equipe de saúde na assistência ao RNMBP, contribuindo na promoção da saúde da criança e de sua família.

METODOLOGIA

O estudo é descritivo e quantitativo e foi realizado no HURNP, órgão suplementar da Universidade Estadual de Londrina (UEL), através da coleta de dados presentes nos prontuários das crianças e nos instrumentos preenchidos durante as visitas, denominados "Prontuário da Família".

A população atendida pelo projeto supracitado são as famílias de bebês que nasceram com muito baixo peso (MBP) (<1500g) ou com idade gestacional <32 semanas e permanecem internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e/ou Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN) do HURNP.

Durante a internação a família é preparada sistematicamente para a alta, sob a orientação e supervisão de uma enfermeira residente. A mãe é inserida o mais cedo possível na assistência ao seu bebê, assumindo cuidados como troca de fralda, banho, administração de medicamentos e alimentação no seio e/ou no copinho.

Em continuidade à assistência prestada no hospital e ao seguimento dos prematuros, as visitas realizadas pelas enfermeiras residentes que cuidam dos bebês e das famílias na UTIN e UCIN têm como principal finalidade capacitar as famílias para o cuidado de seus filhos em casa, por isso são feitas em dois momentos: na pré-alta e na pós-alta.

A VD pré-alta é realizada a partir da evolução favorável do bebê com a expectativa de alta hospitalar, tendo como objetivo apoiar e

auxiliar a família no preparo do lar para a chegada do bebê, utilizando os recursos disponíveis em seu contexto domiciliar e social.

A VD pós-alta é realizada, preferencialmente, na primeira semana após a alta. Nela é discutida com a família a adaptação do bebê ao ambiente domiciliar e são identificadas as dificuldades no processo de cuidar e feitas intervenções sobre problemas novos ou remanescentes, com o objetivo de minimizar as inseguranças da mãe e da família. Após cada VD pós-alta realiza-se um contato de referência com a Unidade Básica de Saúde (UBS) da área de abrangência da família, quando é entregue à enfermeira da unidade um impresso com informações sobre a história de nascimento e internação do bebê, assim como os dados sobre a alta, a situação do aleitamento materno (AM) e a necessidade de medicamentos e/ou cuidados especiais.

Ao final de cada VD as informações são registradas em um impresso próprio, semiestruturado, que integra o chamado "Prontuário da Família", o qual é preenchido pelos enfermeiros residentes e utilizado durante todo o período em que a família participa do projeto, incluindo-se o do seguimento ambulatorial e alguns dados coletados do prontuário médico. Todos os dados constantes nesse prontuário da família são sistematicamente digitados em um banco de dados do EpiInfo 3.3.0., para fins de pesquisa do grupo.

O projeto prevê que todas as famílias inseridas recebam uma VD pré-alta e uma pós-alta, porém algumas limitações contextuais, como superlotação da UTIN/UCIN em alguns meses do ano, as famílias residirem em cidades distantes mais de 250Km de Londrina, endereços rurais de difícil acesso e a indisponibilidade do transporte em feriados nacionais e institucionais, eventualmente impossibilitam que algumas VDs sejam realizadas para todas as famílias. Nestes casos, realiza-se pelo menos uma, a pré ou a pós-alta, conforme a necessidade apresentada pela família assistida.

Foram incluídos neste estudo os bebês nascidos entre janeiro de 2007 e julho de 2008 que cumpriram os critérios de inclusão no projeto⁽⁶⁾, os que não foram a óbito antes da alta e os que receberam pelo menos uma VD pré ou pós-alta. Foram excluídas deste estudo somente as famílias que, por motivos pessoais, não

aceitaram participar do projeto ou receber as VDs. A coleta de dados ocorreu entre março e agosto de 2009, com tabulação e desenvolvimento no mesmo ano.

A amostra foi constituída de 86 famílias. As variáveis de estudo foram: idade e escolaridade materna e paterna; condições de moradia (água encanada, esgoto, luz elétrica, tipo de habitação); renda familiar; idade gestacional (IG) e peso ao nascer; IG na alta hospitalar; tempo de internação; tipo de AM na alta e na VD pós-alta; os problemas identificados; as orientações e os encaminhamentos realizados durante as VDs; e ainda a referência para a UBS.

Para facilitar a compreensão e apresentação dos problemas identificados, estes foram agrupados nos temas alimentação, cuidados com o bebê, domicílio e ambiente, condições de saúde do RN e contexto sociofamiliar.

O projeto teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UEL (Parecer CEP n.º136/07) e registro no CONEP n.º 268. Participaram da pesquisa somente as famílias cujas mães, após serem informadas quanto aos objetivos e forma de participação no projeto, assinaram o Termo de consentimento livre e esclarecido, autorizando a utilização dos dados para fins de pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas 146 VDs durante o período estudado. Das 86 famílias visitadas, a maioria (72%) recebeu as duas VDs, antes e após a alta hospitalar, 10 (11,6%) receberam somente a VD pré-alta e 12 (13,9%) a VD pós-alta. Esses dados, em valores não excludentes, correspondem a 72 (83,7%) famílias que receberam VD pré-alta e 74 (86%) que receberam VD pós-alta.

Das famílias visitadas, quase a metade (46,5%) era de outros municípios, e 15% delas moravam em cidades distantes mais de 100Km do município de Londrina - PR.

A maioria dos pais tinha entre 21 e 35 anos, apresentando uma proporção considerável (30,6%) de mães adolescentes (<20 anos). Estudo realizado com 2.196 pacientes, das quais 549 eram adolescentes, demonstrou que a gestação na adolescência é um fator de risco para o baixo peso ao nascer e a prematuridade e,

além disso, está associada ao início tardio e menor número de consultas no pré-natal, à baixa escolaridade e à ausência de companheiro⁽⁷⁾.

A renda mensal de 60,4% das famílias era inferior a 900 reais, o que no período estudado correspondeu a aproximadamente 2,4 salários mínimos nacionais e 1,9 salário mínimo regional do Estado do Paraná. A predominância de baixa renda familiar entre os pesquisados deve ser considerada, a fim de fornecer orientações e suporte para uma evolução favorável do RN. Um estudo longitudinal realizado em Pelotas em 2006, numa análise multivariada, concluiu que os bebês oriundos de famílias de baixa renda tiveram maior chance de interromper o aleitamento exclusivo antes do terceiro mês⁽⁸⁾. Esse achado é de importância singular, pois essas crianças são justamente as que estão mais expostas a outros fatores que aumentam a morbimortalidade infantil, as quais poderiam ser protegidas pelo aleitamento materno.

O nascimento prematuro e de MBP associado a condições sociais, como baixa escolaridade, baixa renda, gravidez na adolescência, uso de drogas e álcool, violência doméstica, doenças sexualmente transmissíveis, entre outras, constitui para o RN, um risco tanto biológico quanto social. Essas condições influenciam diretamente o cuidado e o desenvolvimento, sobretudo, do RNMPB, pois criam maiores dificuldades de acesso aos meios básicos de subsistência, como a compra de roupas, acessórios, produtos de higiene, medicamentos e outros, podendo contribuir para morbidades, reinternações e mortalidade dessa população. Estudo recentemente realizado nesta mesma instituição com essa população específica revelou que 30,2% dos 53 bebês nascidos em 2006 foram reinternados já nos primeiros seis meses de vida⁽⁹⁾.

Outro estudo realizado para avaliar os fatores de risco associados com a mortalidade neonatal, além de apresentar a associação esperada com o baixo peso ao nascer e o nascimento prematuro, mostrou que ela esteve associada também com a localização dos domicílios, como, por exemplo, áreas de invasão e favelas⁽¹⁰⁾.

Em relação aos RNMBPs, a grande maioria (89,5%) nasceu com IG menor que 34 semanas, e, embora a maior parte tenha nascido pesando mais que 1000g, 16,3% dos bebês apresentaram

peso inferior a este. O tempo de internação foi superior a 30 dias em 88,4% dos casos, e 40,7% dos bebês assistidos pelo projeto receberam alta antes mesmo de completar 37 semanas de IG corrigida, demonstrando assim que o conhecimento *in loco* da realidade do ambiente,

aliado a todo o preparo da família, fornece subsídios para alta em tempo mais breve.

Outras características socioeconômicas e neonatais estão descritas na tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição das variáveis socioeconômicas e neonatais das famílias e dos RNMBPs. Londrina-PR, Janeiro/2007 a Julho/2008.

Variáveis socioeconômicas	N	%	Variáveis neonatais	N	%
Idade Materna (n=85)			IG no nascimento (n=86)		
< 20 anos	26	30,6	< 30 semanas	37	43,0
21 - 35 anos	49	57,6	30s-33s6d	40	46,5
> 35 anos	10	11,8	34s-36s6d	9	10,5
Idade Paterna (n=84)			Peso ao nascer (n=86)		
< 20 anos	7	8,3	< 750g	1	1,2
21 - 35 anos	59	70,2	751 - 1000g	13	15,1
> 35 anos	18	21,4	1001 - 1250g	24	27,9
Escolaridade Materna (n=86)			1251 - 1499g	48	55,8
< 8anos	34	39,5	IG na alta hospitalar (n=86)		
≥ 8anos	52	60,5	30s-33s6d	3	3,5
Escolaridade Paterna (n=78)			34s-36s6d	32	37,2
< 8anos	28	35,9	> ou igual 37s	51	59,3
≥ 8anos	50	64,1	Tempo de internação (n=86)		
Água encanada (n = 67)			< ou igual 30 dias	10	11,6
Sim	65	97,0	31 - 60 dias	57	66,3
Não	2	3,0	> 60 dias	19	22,1
Luz Elétrica (n=69)			Aleitamento Materno**		
Sim	67	97,1	Na alta (n=86)		
Não	2	2,9	AME	59	68,6
Esgoto (n=59)			AM	17	19,8
Rede	53	89,8	Não AM	10	11,6
Fossa	6	10,2	Na Pós-alta (n=75)		
Habitação (n=72)			AME	33	44,0
Alvenaria	62	86,1	AM	34	45,3
Madeira	10	13,9	Não AM	8	10,7
Pessoas na casa (n=67)					
1 - 2 pessoas	30	44,8			
3 - 4 pessoas	27	40,3			
> 4 pessoas	10	14,9			
Renda familiar (n=58)*					
Até 600 reais	20	34,5			
600 - 900 reais	15	25,9			
> 900 reais	23	39,6			

*No período do estudo, R\$300,00 correspondiam a aproximadamente 0,8 salário mínimo nacional e/ou a 0,65 salário mínimo regional do Estado do Paraná.

**Nomenclatura baseada nas categorias preconizadas pela WHO⁽¹¹⁾: AME - aleitamento materno exclusivo, quando a criança recebe apenas leite humano; aleitamento materno; AM - aleitamento materno quando a criança recebe leite materno independentemente de receber outros tipos de leite ou alimentos; e, neste estudo foi adotado uma terceira categoria, a não AM - não aleitamento, quando a criança não era mais amamentada por sua mãe nem recebia leite humano sob qualquer forma.

Na alta hospitalar, a taxa de *aleitamento materno exclusivo* (AME) foi de 68,6%, percentual que, na VD pós-alta, após um período de aproximadamente uma semana, reduziu-se

para 44%, o que corresponde a uma queda de 35,9%.

Durante a VD a individualidade e disponibilidade de tempo são fundamentais para

verificar a real condição e o desejo da mãe de amamentar, além de possibilitarem um diagnóstico mais preciso da produção láctea e da ordenha. Se for o caso, a mãe é aconselhada a permanecer por mais tempo na unidade neonatal para intensificar a amamentação e estimular a produção láctea.

Tais condutas parecem ajudar e motivar a manutenção do AM, mesmo com um tempo de internação prolongado, como é o caso dos bebês deste estudo. O AM de bebês pré-termo, devido à imaturidade e à inabilidade natural dessas crianças, é mais difícil de ser iniciado e mantido, o que torna a manutenção da produção láctea materna durante longos períodos de internação do bebê um desafio a ser enfrentado pela equipe neonatal⁽¹²⁾.

A puérpera de prematuro vivencia situações peculiares, enfrentando uma fase de estresse por ter tido uma criança pequena. Para que esta mãe tenha sucesso na manutenção da lactação durante e após a hospitalização de seu bebê é necessário ela sentir-se segura e receber orientações pertinentes e apoio tanto de sua família quanto dos profissionais de saúde⁽¹³⁾.

Em sua maior parte (56%), as VDs pré-alta foram realizadas com até 15 dias de antecedência à alta, 32,8% delas realizaram-se entre 16 e 30 dias, e 11%, mais de 30 dias antes da alta.

Nessas VDs, 49 famílias (68%) apresentavam problemas relacionados com os fatores *domicílio* e *ambiente*. Estes se mostraram úteis na identificação das dificuldades para o cuidado do RNMBP, as quais muitas vezes não seriam identificadas no convívio hospitalar. Foram considerados os seguintes problemas: condições precárias de moradia (casas em áreas de assentamento, com falta de água tratada ou de luz elétrica, situadas em zonas de risco para marginalidade, com paredes com frestas, possibilitando a entrada de ar e chuva, cômodos conjugados, chão de terra batida, instalações elétricas precárias, várias pessoas compartilhando o mesmo quarto e condições inadequadas de higiene); recursos materiais insuficientes (poucas roupas e/ou fraldas descartáveis e produtos para higiene corporal, inexistência de banheira e/ou berço, falta de eletrodomésticos como fogão ou geladeira); local inadequado de sono e repouso (quartos sem

iluminação e/ou ventilação, utilização da cama dos pais ou irmãos para o bebê); e a presença de animais domésticos dentro do domicílio. No aspecto *contexto sociofamiliar*, presente em 38 famílias que receberam VD pré-alta (52,7%), a maior parte dos problemas estava relacionada com a mãe, abrangendo problemas de saúde, sociais, psicológicos e insuficiência de interação com o RN. Em alguns casos, outros aspectos envolvidos foram a ausência de apoio da família ou do companheiro, desemprego do pai e presença de outros filhos pequenos com necessidade de atenção e cuidado.

A *alimentação* representou 15,7% dos problemas, e estes estavam relacionados à insegurança e/ou a dúvidas quanto ao AME, baixa produção láctea, sucção ineficaz e aleitamento cruzado. Em relação aos *cuidados com o bebê* (12,3%), as dúvidas mais frequentes relacionaram-se ao banho, à higiene perineal, à utilização de produtos de higiene, ao banho de sol e à administração de medicamentos.

Em todas as VDs pré-alta foram realizadas orientações baseadas nas necessidades mais comuns apresentadas pelas famílias dos RNMBPs e, principalmente, nas dúvidas e problemas demonstrados por cada família no decorrer da internação e durante a visita. Nesse momento a família precisa estar apta para conviver com o bebê em seu lar, o que representa uma nova realidade e um desafio. Por isso é importante que as equipes das unidades neonatais incorporem em sua prática e filosofia de trabalho assistir integralmente a tríade mãe/filho/família, apoiando-a, capacitando-a e oferecendo-lhe tempo suficiente para assimilar essa nova realidade a ser vivenciada⁽¹⁴⁾. As VDs pré-alta possibilitam a realização de um diagnóstico sociocultural e familiar mais abrangente, por detectar as dificuldades e identificar as potencialidades de cada família e assim contribuir para uma maior segurança no cuidado. Dessa forma, esta visita pode aperfeiçoar o processo de comunicação entre a equipe e a família no preparo para a alta, o qual se destaca como papel importante para a melhoria do atendimento ao RN internado na UTIN. A tabela 2 apresenta a distribuição das orientações realizadas nas VDs pré-alta.

Tabela 2 - Distribuição das orientações realizadas durante as VD pré-alta, em valores não excludentes. Londrina-PR, Janeiro/2007 a Julho/2008.

Orientações	N	%
Lavagem das roupas	51	70,8
Higiene corporal	49	68,0
Ordenha e produção láctea	40	55,5
Sono e repouso do RN	39	54,2
Aleitamento materno	35	48,6
Local adequado para banho e cuidados	33	45,3
Importância do acompanhamento na UBS	29	40,3
Estímulo ao vínculo com o RN	20	27,8
Ingesta hídrica materna	13	18,0
Aumento da oferta de leite	8	11,1

Quando nos aproximamos da realidade vivenciada por cada indivíduo em seu contexto domiciliar e social, é possível reconhecermos fragilidades, potencialidades e a disponibilidade de recursos, o que subsidia um processo assistencial mais coerente, direcionado e assertivo diante das necessidades de cada família. No caso deste estudo, conhecer o ambiente familiar e perceber as debilidades e o potencial singular de cada família foram fatores que possibilitaram o planejamento da assistência após a alta hospitalar, como também justificaram os encaminhamentos realizados e reforçaram a necessidade da referência para a UBS.

Durante as VDs pré-alta, 16 famílias necessitaram de encaminhamentos, mais frequentemente para o Serviço Social (68,7%). O Serviço Social, além de atender aos encaminhamentos, diversas vezes esteve presente durante as visitas, intervindo, principalmente, nos casos que envolviam condições socioeconômicas precárias, moradia em zona rural, grau de instrução limitado, situações de conflito familiar e mães com dificuldade em estabelecer vínculo com a equipe e/ou com o bebê.

Embora a referência para a UBS seja um procedimento padrão para todas as VDs pós-alta, em dez das VDs pré-alta realizadas a referência para a UBS foi feita antecipadamente. Isto ocorreu porque em alguns casos as famílias apresentavam problemas sociais e/ou de saúde de maior magnitude, com necessidade de atenção mais complexa, diferenciada e vigilante.

Entre as VDs pós-alta, 46 (62,8%) ocorreram durante a primeira semana após a alta hospitalar e 17 (22,4%) ocorreram em até três dias.

Segundo o Ministério da Saúde, pelo menos uma VD deve ser realizada na primeira semana após a alta do bebê, e, caso o RN tenha sido classificado como de risco, esta visita deverá acontecer em um dos três primeiros dias que se seguem à alta⁽⁴⁾.

As visitas efetuadas no espaço de até sete dias após a alta hospitalar representam uma oportunidade ímpar de intervir precocemente em algumas situações, como, por exemplo, o desmame. Considerando-se toda a história pregressa e a complexidade do nascimento prematuro, o foco de cuidado a esses RNs que são mais vulneráveis e vivem em condições adversas deve ser um seguimento constante e efetivo, para que sejam detectados precocemente possíveis danos e promovidas ações específicas que permitam minimizar os agravos a que estão sujeitas estas crianças⁽¹⁵⁾.

Nas VDs pós-alta os problemas relacionados ao tema *cuidados com o bebê* representaram o percentual de 46,3%. Muitos bebês ainda não recebiam banho de sol, estavam submetidos a higiene inadequada da mamadeira e a uma administração incorreta das medicações. A *alimentação* representou 25% dos problemas (dúvidas quanto ao AM, diluição incorreta da fórmula infantil, pega e sucção ineficazes) e as *condições de saúde do RN*, 12,2%, considerando-se situações como ganho de peso inadequado, calendário vacinal atrasado, intercorrências na saúde - como constipação intestinal, cólicas, presença de monilíase oral ou perineal, e outras. Vale ressaltar que, para a visita pós-alta, o projeto dispõe de balança digital e outros materiais para auxiliar na avaliação clínica do bebê no domicílio no momento do exame físico. Os problemas de *contexto sociofamiliar* representaram 9,8%, e os de *domicílio e ambiente*, 6,7%.

O AM foi o tema principal das orientações às famílias nas VDs pós-alta, sendo abordado em aproximadamente 73% das visitas, caracterizando-se como o assunto que mais demandou atenção da equipe de saúde. Afinal, o padrão nutricional após a alta hospitalar é um fator que merece atenção especial, por ser passível de intervenção e modificação. A

otimização da nutrição dos prematuros, principalmente pelo apoio, estímulo e promoção do aleitamento materno, pode modificar a vulnerabilidade desses bebês ao adoecimento ou à morte⁽³⁾.

Não obstante, houve uma queda de 35,9% na taxa de AME na VD pós-alta, quando frequentemente as mães referiam preocupações relacionadas com o ganho de peso, choro do bebê e produção insuficiente de leite.

Estes resultados mostram a importância de seguir o recém-nascido prematuro (RNPT) após a alta hospitalar também para a manutenção do AM no domicílio. É importante que os serviços de saúde estejam preparados para promover, proteger e apoiar o AM dos prematuros, pois isto assegura sua continuidade fora do ambiente hospitalar. Com as atividades de apoio e proteção ao AM desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e a referência realizada à UBS no momento da VD pós-alta, espera-se motivar a equipe da Atenção Básica a transmitir à mãe informações consistentes sobre o aleitamento materno⁽¹⁶⁾ como meio de colaborar para o êxito desta prática nessa população especial de lactentes.

Entre as orientações prestadas na VD pós-alta estão a realização do banho de sol, a importância da puericultura na UBS, a administração de medicamentos, a importância dos retornos ambulatoriais e os demais contidos na tabela 3.

Embora as famílias tenham vivenciado uma preparação prévia para realizar os cuidados com seu bebê durante toda a internação, ao irem para casa a mãe e a família ainda apresentaram dificuldades e/ou dúvidas em relação aos cuidados com o RN depois da alta. As dificuldades mais frequentes foram a higiene incorreta da mamadeira, a diluição inadequada do leite em pó, a não realização do banho de sol, a administração incorreta das medicações, a troca de horário de sono e a falta de apoio paterno.

A referência para a UBS foi realizada em 65% das VDs pós-alta. Dos 13 encaminhamentos necessários durante as VDs pós-alta (17,6%), cinco foram de bebês remetidos a instituições de apoio e/ou abrigo, à escola especial ou ao Centro de Lactação do HURNP, e, em um caso, foi acionado o

Conselho Tutelar. Os outros oito encaminhamentos foram para o Serviço Social. O Serviço Social provia as famílias mais necessitadas de recursos básicos como berço, enxoval para o bebê, transporte para as consultas de seguimento ambulatorial e até mesmo o fornecimento de fórmula láctea, quando esta era indicada. Além disso, em muitos casos foram acionados os auxílios dos programas governamentais como o Bolsa-família.

Tabela 3 - Distribuição das orientações realizadas durante as VDs pós-alta, em valores não excludentes. Londrina-PR, Janeiro/2007 a Julho/2008.

Orientações	N	%
Aleitamento materno	54	72,9
Banho de sol	48	64,9
Puericultura	48	64,9
Medicações	39	52,7
Retornos	37	50,0
Diluição de fórmula láctea	30	40,5
Decúbito elevado e posição antirrefluxo	29	39,2
Higiene e produtos corporais	26	35,1
Vacinação	26	35,1
Medidas de conforto	21	28,3
Medidas de alívio para cólica	20	27,0
Administração de leite no copinho	16	21,6
Banho	15	20,2
Ordenha e produção láctea	14	18,9
Cuidados com dermatite	13	17,6
Higiene oral	13	17,6
Frequência da oferta de leite	9	12,2
Sinais de perigo	9	12,2
Ciclo circadiano	6	8,1
Local adequado para sono e repouso do RN	5	6,7

Por ocasião das VDs pós-alta, a maioria dos casos foram referenciados para as UBSSs, sendo entregue à enfermeira da ESF um impresso contendo informações sobre o bebê e sua família, desde o nascimento até a alta hospitalar e a VD pós-alta.

Vale salientar a importância dessa transferência sistemática e formalizada para a ESF, no sentido de que ela também se sinta responsável e envolvida com o seguimento do prematuro e sua família na Atenção Básica, independentemente do acompanhamento dos ambulatórios específicos.

Os profissionais de saúde que prestam assistência aos RNMBPs e suas famílias devem conhecer e compreender a sua estrutura e sua

dinâmica, assim como sua história em seu processo de saúde e doença, pois assim poderão identificar as reais necessidades e prestar um cuidado integral a todos os seus membros⁽¹⁷⁾. Dessa maneira, a referência e contrarreferência possibilitam a integração entre os serviços de saúde, da Atenção Básica à atenção especializada, garantindo uma continuidade da atenção e resolutividade em todos os níveis de assistência⁽⁴⁾.

A menor frequência dos problemas relacionados com o domicílio e o ambiente nas VDs pós-alta pode sugerir certa efetividade das orientações e intervenções realizadas durante a internação e as VDs pré-alta.

Outro aspecto que merece destaque é que as famílias visitadas conheciam a equipe de saúde, por ser a mesma que as atendeu no hospital. Este diferencial, caracterizado pelo vínculo iniciado desde o nascimento do bebê, garantiu uma relação segura e de confiança entre as famílias e a equipe, facilitando a atuação do profissional e a implementação de intervenções mais coerentes. Essa possibilidade pode ser considerada um privilégio, em virtude do processo de trabalho estabelecido com a presença das enfermeiras residentes e do desenvolvimento do projeto referido.

A percepção da vulnerabilidade da população estudada, da necessidade de uma maior atenção na transição entre o cuidado hospitalar prolongado e a inserção do RN na família, além da deficiência na capacitação para o acolhimento

do prematuro no domicílio, a necessidade de realizar estudos prospectivos que avaliem a eficácia da VD enquanto prática para a redução da morbimortalidade, especificamente dos prematuros nascidos com MBP.

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu concluir que a VD é uma forma de cuidado que possibilita conhecer o contexto da família no domicílio, com vista a direcionar as intervenções de maneira específica para o momento vivenciado por cada família, especialmente do prematuro.

O período que circunda a alta hospitalar é um momento crítico tanto para o bebê quanto para a família. A VD realizada neste período vulnerável, antes e após a alta hospitalar, possibilita a atuação precoce do profissional de saúde na otimização dos recursos e potencialidades para a capacitação da família existentes tanto no ambiente familiar quanto no social.

As VDs realizadas pela equipe de saúde do hospital mostraram ser uma ferramenta capaz de promover a integração dos diferentes níveis de atenção e de diferentes categorias profissionais, através dos encaminhamentos e da referência realizada para as UBSs na assistência às crianças prematuras e de MBP, colaborando para o atendimento integral de suas necessidades.

HOME VISITS IN THE HEALTH CARE TO THE VERY-LOW-BIRTH-WEIGHT INFANTS AND THEIR FAMILIES

ABSTRACT

Home visit (HV) is a strategy that expands the patient care. The objectives of this study were to characterize the families and the very-low-birth-weight infants that received HV, and systematize problems that were found as well as interventions carried out. Descriptive quantitative study undertaken with 86 families, of whom 83.7% received HV before being discharged from hospital and 86% post-discharge. The monthly family income was lower than 1.9 minimum wages in 66.4% of families and 30.6% of the mothers were adolescents. Most of the babies (88.4%) remained in hospital for more than 30 days and 40.7% were discharged from hospital before turning 37 weeks of corrected gestational age. At pre-discharge visits, 40.5% of the identified problems were related to house and environment conditions. At post-discharge visits, 25% of the problems were related to feeding and in 65% of these visits were made references to the Basic Health Unit. The HV allowed the recognition of the family context and an early detection of problems and difficulties, being an effective tool in the comprehensive and individualized assistance to families and babies.

Keywords: Neonatal nursing. Home visit. Premature Infant. Family.

VISITAS A DOMICILIO EN LA ASISTENCIA A LOS RECIÉN NACIDOS DE MUY BAJO PESO Y SU FAMILIA

RESUMEN

La visita domiciliaria (VD) es una estrategia que amplía la atención extrahospitalaria. Los objetivos de este estudio fue caracterizar las familias y los niños de muy bajo peso al nacer que recibieron VD y sistematizar los

problemas y intervenciones. Estudio descriptivo, cuantitativo realizado con 86 familias, de los cuales el 83,7% recibió VD antes del alta y 86% VD después del alta. El ingreso familiar mensual fue <1,9 veces el salario mínimo em el 66,4% de los hogares y 30,6% de las madres eran adolescentes. La mayoría de los bebés (88,4%) permanecieron internados por más de 30 días y el 40,7% fueron dados de alta con edad gestacional corregida <37 semanas. En la VD pre-alta, el 40,5% de los problemas estaba relacionado con las condiciones de la vivienda y el medio ambiente. En la VD post-alta, el 25% de los problemas estaban relacionados con los alimentos, y el 65% de estas visitas se hizo referencia a Unidad Básica de Salud (UBS). La VD ha hecho el reconocimiento de la familia y la detección temprana de problemas y dificultades, con una herramienta eficaz en la atención integral e individualizada a las familias y los bebés.

Palavras-clave: Enfermería Neonatal. Visita Domiciliaria. Prematuro. Familia.

REFERÊNCIAS

1. Houtzager BA, Overdiek BG, Sonderen L, Tamminga P, Wassenaar AG. Improvement of developmental outcome between 24 and 36 months corrected age in very preterm infants. *Acta Pædiatr.* 2010;99:1801-6.
2. Gaíva MAM, Neves AQ, Silveira AO, Siqueira FMG. A alta em unidade de cuidados intensivos neonatais: perspectiva da equipe de saúde de familiares. *REME: rev min enferm.* 2006;10(4):387-92.
3. Rugolo LMSS. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. *J pediatr.* 2005;81(1Suppl):S101-10.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2004.
5. Vieira CS, Mello DF. O seguimento da saúde da criança prematura e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. *Texto & contexto enferm.* 2009;18(1):74-82.
6. Bengozi TM, Souza SNDH, Rossetto EG, Radigonda B, Haykawa LM, Ramalho DP. Uma rede de apoio à família do prematuro. *Cienc Cuid. Saude.* 2010;9(1):155-60.
7. Santos GHN, Martins GM, Sousa MS, Batalha SCB. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. *Rev bras ginecol obstet.* 2009;31(7):326-34.
8. Mascarenhas MLW, Albernaz EP, Silva MB, Silveira RB. Prevalência de aleitamento materno exclusivo nos 3 primeiros meses de vida e seus determinantes no Sul do Brasil. *J pediatr.* 2006;82(4):289-94.
9. Hayakawa LM, Kayna TS, Rossetto EG, Souza SNDH, Bengozi TL. Reinternação de prematuros com muito baixo peso nascidos em um hospital universitário. *Esc Anna Nery.* 2010;14(2):324-9.
10. Shoeps D, Ameida MF, Alencar GP, França Junior I, Novaes HMD, Siqueira AAF, et al. Fatores de Risco para mortalidade neonatal precoce. *Rev saude publica.* 2007;41(6):1013-22.
11. World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding: conclusions and recommendations. Geneva: WHO; 2003.
12. Gomes JLGC, Rossetto EG, Souza SNDH, Scocchi C. The prevalence of breastfeeding in prematures with very low birth weight – a systematic review. *Online braz j nurs.* [Internet]. 2009 [cited 2009 dec 28];8(2). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2159>
13. Serra SOA, Scochi CGS. Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI Neonatal. *Rev latino-am enfermagem.* 2004;12(4):597-605.
14. Vasconcelos MGL, Leite AM, Scochi CGS. Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. *Rev bras saude mater infant.* 2006;6(1):47-57.
15. Vieira CS, Mello DF. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. *Texto & contexto enferm.* 2009;18(1):74-82.
16. Nascimento MBR, Issler H. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. *J pediatr.* 2004;80(5 Suppl):S163-72.
17. Vieira CS, Mello DF, Oliveira BRG, Furtado MCC. Rede e apoio social familiar no seguimento do recém-nascido pré-termo e baixo peso ao nascer. *Rev Eletr.Enf.* [Internet]. 2010 [cited 2010 mar 25];12(1):11-9. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/pdf/v12n1a02.pdf>

Endereço para correspondência: Sarah Nancy Deggau Hegeto de Souza. Avenida Robert Koch, nº 1000, quadra 04, lote 26, CEP 86038-350, Londrina, Paraná.

Data de recebimento: 18/04/2011

Data de aprovação: 05/12/2011