



Assistência a recém-nascidos de alto risco: do hospital ao domicílio

Assistance to high-risk newborns: from the hospital to their homes

Elaine Trevezanuto Correia¹, Dandara Novakowski Spigolon¹, Edilaine Maran¹, Maria Antonia Ramos Costa¹, Sonia Silva Marcon², Elen Ferraz Teston³

Objetivo: apreender percepções de cuidadoras de recém-nascidos de alto risco sobre assistência prestada por profissionais de saúde. **Métodos:** estudo qualitativo, com 11 cuidadoras principais de recém-nascidos. Dados coletados por meio de entrevista semiestruturada, audiogravada, e submetidas à análise de conteúdo. **Resultados:** as cuidadoras dos recém-nascidos de alto risco destacaram o acolhimento por ocasião do nascimento e as informações sobre as condições de saúde e evolução do bebê durante a internação e no momento da alta, como fatores que fizeram a diferença no âmbito hospitalar. No contexto da Atenção Primária, os que refletiram na segurança/confiança e satisfação com a assistência prestada foram: atenção multiprofissional, acompanhamento com o pediatra no centro de referência, visita domiciliar e consulta de enfermagem. **Conclusão:** as cuidadoras dos recém-nascidos de alto risco perceberam positivamente a assistência prestada pelos profissionais da saúde, tanto no ambiente hospitalar quanto no domicílio.

Descritores: Recém-Nascido; Atenção Primária à Saúde; Cuidado da Criança; Enfermagem; Cuidadores.

Objective: to apprehend the perceptions of caregivers of high-risk newborns about care provided by health professionals. **Methods:** a qualitative study with 11 main caregivers of newborns. Data were collected through semi-structured interview, audio recorded, and submitted to content analysis. **Results:** caregivers of high-risk newborns emphasized the reception at birth and information on the health and evolution of the baby during hospitalization and at discharge, as factors that made the difference in the hospital setting. In the context of Primary Care, those that reflected on the safety/trust and satisfaction with the assistance provided were: multi professional care, follow up with the pediatrician in the reference center; home visit and nursing consultation. **Conclusion:** caregivers of high-risk newborns perceived positively the care provided by health professionals, both in the hospital environment and at home.

Descriptors: Infant, Newborn; Primary Health Care; Child Care; Nursing; Caregivers.

¹Universidade Estadual do Paraná. Paranavaí, PR, Brasil.

²Universidade Estadual de Maringá. Maringá, PR, Brasil.

³Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, MS, Brasil.

Autor correspondente: Elen Ferraz Teston
Avenida Costa e Silva, s/n. CEP: 79070-900. Campo Grande, MS, Brasil. E-mail: elen-1208@hotmail.com

Introdução

As Redes de Atenção à Saúde foram criadas no Brasil com a finalidade de organizar os serviços de saúde, devido à complexidade do processo saúde-doença, ocorrência dos múltiplos fatores determinantes e incoerência entre as causas de morbimortalidade atuais⁽¹⁾.

Dentre as Redes de Atenção à Saúde prioritárias, destaca-se a Rede Cegonha, cujo objetivo é a implementação de rede de cuidados para planejamento reprodutivo, acompanhamento pré-natal, parto e puerpério, a fim de garantir atendimento humanizado e qualificado a mulheres e bebês. Um dos componentes dessa rede é a estratificação de risco da criança ao nascer, que tem propósito de contribuir com crescimento e desenvolvimento seguro. Deste modo, a organização dos pontos da rede e a frequência do atendimento podem assegurar atenção às reais necessidades e prevenir precocemente riscos e agravos⁽¹⁻²⁾.

Nesse sentido, os riscos são estratificados em três categorias: habitual, intermediário e alto risco. Este último é considerado na presença de fatores, como prematuridade, asfixia grave (Apgar menor que 7, no quinto minuto de vida), baixo peso ao nascer, desnutrição grave, crescimento e/ou desenvolvimento inadequados intrauterino, presença de doenças de transmissão vertical e triagem neonatal positiva⁽²⁾.

Destaca-se que a gestação constitui um dos períodos marcantes que compõe o ciclo de vida da mulher, caracterizado, na maioria das vezes, por sentimentos positivos e, também, de incertezas. A mãe se prepara positivamente para receber o bebê na data provável de parto que lhe é referida no primeiro dia de pré-natal, faz planos a espera de um neonato a termo e sem intercorrências⁽³⁻⁴⁾. Deste modo, quando o bebê possui algum fator de risco, gera-se desconforto à família diante do desconhecido, que, na maioria das vezes, sentem-se despreparados e vulneráveis a erros⁽⁴⁾. O medo e a dificuldade em lidar com situação diferente da esperada refletem na segurança emocional da mãe e de outros familiares, o que resulta na

necessidade de acolhimento e amparo pelos profissionais de saúde^(2,4).

Atinente a isso, a família, em especial o cuidador principal do recém-nascido de alto risco, pode apresentar fragilidade decorrente do despreparo em relação aos cuidados básicos com o bebê. A situação é agravada pela falta de entendimento quanto à evolução do prognóstico e aos cuidados necessários ao longo do crescimento e desenvolvimento da criança⁽³⁾.

Nesse contexto, estratégia importante é o conjunto de orientações oferecidas aos familiares, em especial ao cuidador principal da criança quanto aos cuidados e as necessidades de acompanhamento domiciliar pela equipe da Estratégia Saúde da Família⁽⁵⁾. Por sua vez, durante o processo de alta hospitalar do recém-nascido de risco, a enfermagem tem papel fundamental na educação em saúde, ao informar, dirimir dúvidas dos pais⁽⁴⁾ e contrarreferenciar o neonato à Atenção Primária, a fim de facilitar o retorno ao lar.

Contudo, observa-se na literatura, escassez de abordagem sobre a assistência multiprofissional continuada, entre a Atenção Primária e terciária, ao recém-nascido de alto risco, em especial no que concerne à contrarreferência e interação da equipe de saúde na organização e no planejamento desta assistência. Assim, torna-se imprescindível ao setor saúde propor ações multidisciplinares que promovam medidas e estratégias que facilitem a interação entre os diferentes pontos da rede de atenção e assegurem o bem-estar destes recém-nascidos⁽⁶⁾.

Ademais, ao considerar a implantação recente da rede mãe paranaense e a relevância do propósito desta, acredita-se ser necessário conhecer as percepções de usuários com relação à operacionalização, pois isto poderá contribuir para melhoria da assistência prestada aos bebês de alto risco, nos diferentes pontos de atenção previstos nesta rede, bem como fornecer subsídios para implementação de serviços semelhantes em outros cenários. Diante do exposto, objetivou apreender percepções de cuidadoras de recém-nascidos de alto risco sobre a assistência prestada por profissionais de saúde.

Métodos

Estudo qualitativo, realizado em município de médio porte, localizado na região noroeste do Paraná, Brasil, o qual possui aproximadamente 81.590 habitantes e é sede de uma das 22 Regionais de Saúde do Paraná, que agrega 20 municípios.

Na área da saúde infantil, por ocasião do estudo, possuía 17 Unidades Básicas de Saúde, todas com equipes da Estratégia Saúde da Família (total 24 equipes), Pronto Atendimento Municipal, um hospital privado conveniado ao Sistema Único de Saúde, Centro Regional de Especialidades, Sistema Integrado de Atenção à Saúde, Unidade de Atendimento Móvel, Centro de Atenção Psicossocial Infantil, Unidade de Atendimento Médico.

A escolha das Unidades Básicas de Saúde foi intencional, considerando as duas com maior número de registros de recém-nascidos estratificados como alto risco. Para coleta de dados, foi solicitada aos enfermeiros das respectivas unidades autorização para, sem interferir na programação do serviço, acompanhar os Agentes Comunitários de Saúde em visitas domiciliares às puérperas, de modo que o convite para participação no estudo e explicação sobre o tipo de participação desejada fosse feito pessoalmente. A inclusão das participantes foi por conveniência, considerando a ordem de realização das visitas domiciliares pelos Agentes Comunitários de Saúde. Quarenta e dois recém-nascidos atendiam aos critérios de elegibilidade do estudo, quatro cuidadoras não foram localizadas em três visitas realizadas em dias e horários diversos e 11 foram convidadas a participarem do estudo, as quais aceitaram. Informa-se que novas inclusões ocorreram até que informações adicionais deixaram de surgir e os dados tornaram-se repetitivos, além do objetivo do estudo ter sido alcançado.

Para seleção das participantes, foram adotados os critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos, ser a cuidadora principal de criança nascida no período de janeiro a março de 2018, estratificada ao nascimento como sendo de alto risco e a criança

não estar hospitalizada por ocasião da coleta de dados. Por sua vez, foram definidos como critérios de exclusão: cuidadoras migrantes que residissem no Brasil há menos de um ano, em decorrência da dificuldade de comunicação e interpretação de linguagem. Apon-ta-se que não houve exclusão.

Os dados foram coletados de agosto a setembro de 2018, por meio de entrevista individual audiogravada, com duração média de 25 minutos, em que se utilizou de roteiro elaborado pelas pesquisadoras, constituído de duas partes, a primeira relativa às informações de identificação da cuidadora principal (grau de parentesco, idade) e de caracterização das crianças (idade atual, necessidade de hospitalização ao nascer e duração desta, motivo definidor do risco, número de consultas de puericultura até o momento atual, avaliação do estado vacinal da criança a partir de consulta à carteirinha de vacinação e preenchimento do gráfico de crescimento e desenvolvimento). A segunda parte foi composta pelas seguintes questões: fale sobre a assistência prestada pelos profissionais de saúde ao bebê, do nascimento até o momento. Como você qualifica esta assistência? Por quê?

As entrevistas foram transcritas na íntegra, pela pesquisadora principal, preferencialmente no mesmo dia em que foram realizadas, e submetidas à análise de conteúdo, modalidade temática, seguindo as etapas de pré-análise, exploração do material, levantamento dos resultados e interpretação⁽⁷⁾. Na pré-análise, realizou-se a leitura das falas e o levantamento dos pontos-chaves, de acordo com objetivo proposto, sendo estes: orientações recebidas, assistência multiprofissional, diferentes estratégias utilizadas no acompanhamento. Posteriormente, procedeu-se à codificação dos dados, originando o seguinte núcleo central: fatores que influenciam a satisfação e a confiança no atendimento de crianças de alto risco; e, finalmente, a categorização, por meio da junção entre os elementos que se assemelham, originando duas categorias temáticas: A assistência intra-hospitalar: do nascimento até a alta e Assistência à saúde na Atenção Primária.

Os preceitos éticos de pesquisa com seres hu-

manos foram respeitados e o projeto foi aprovado por Comitê de Ética, conforme parecer nº 2.798.410. Os depoentes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para garantir-lhes o anonimato, na apresentação dos resultados, os estratos das narrativas estão identificados pela letra C, indicativo de cuidador, seguida por número arábico referente à ordem de realização da entrevista e ao fator de risco do recém-nascido. Exemplo: (C1, prematuridade).

Resultados

No período em estudo, foram estratificados como alto risco 42 recém-nascidos. Participaram do estudo 11 cuidadoras principais, com idades entre 20 e 52 anos, sendo que apenas uma não era a mãe da criança, e sim a avó materna.

Os 11 recém-nascidos tinham menos de seis meses de vida e oito eram do sexo masculino, com peso médio ao nascer de 2,198 g (mínimo de 0,750 g e máximo de 3,490 g). Os fatores de risco predominantes foram o baixo peso ao nascer (em oito deles) e a prematuridade (em sete deles). Oito deles necessitaram de hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva ao nascer, com média de 24 dias (mínimo de dois e máximo de 73 dias) de internamento.

Nos três primeiros meses de vida, os bebês passaram em média por quatro consultas de puericultura, porém a carteirinha de saúde de sete crianças não tinha o gráfico de crescimento e desenvolvimento preenchido e cinco crianças estavam com atraso no esquema vacinal.

As cuidadoras principais dos recém-nascidos de alto risco aprenderam a enfrentar a perda do filho idealizado e a cuidar no dia a dia de um ser muito mais frágil do que o esperado. Em meio a isso, constatou-se que algumas situações específicas e uma atenção diferenciada para com a criança ou mesmo para com o cuidador influenciavam sobremaneira o modo como estes percebiam a assistência dirigida aos (às) filhos (as), proporcionando ao mesmo tempo satisfação e confiança.

A assistência intra-hospitalar: do nascimento até a alta

Observou-se que a assistência oferecida pelos profissionais no ambiente hospitalar, por meio do acolhimento, contribuiu para satisfação e confiança da maioria das cuidadoras: *Ela estava na unidade de terapia intensiva, a enfermeira me deu um livro sobre prematuros porque ela me via muito desesperada quando eu ia visitar a nenê, um livro que falava tudo que vai acontecer, tudo que eles vão passar; eles têm um livro e deram para eu ler; ajudou bastante porque aí a gente fica mais preparada se sente segura* (C11, Prematuridade/Baixo peso). *Cansei de chegar lá na unidade de terapia intensiva e ver eles (diferentes profissionais) balançando neném, o dia que meu filho foi desentubado, a enfermeira chorava junto comigo...essas coisas vão fazendo a gente pegar confiança...essas coisas foram me tranquilizando* (C3, Prematuridade).

A comunicação efetiva entre os profissionais e o cuidador, com oferta de orientações quanto aos detalhes da evolução do bebê, também foi referida como fonte de segurança: *Eu era o tempo todo orientada sobre o que estava acontecendo com ele... Era tudo muito bem explicado, tudo sobre o que estava acontecendo, o que poderia acontecer* (C6, Prematuridade/Fenda palatina/Síndrome Pierre Robin).

Apontaram também que as orientações oferecidas no momento da alta hospitalar emergem como egi de alicerce para continuidade do cuidado pelos familiares e acompanhamento do bebê no domicílio: *Me disseram que ele iria ter consulta com a pediatra, por ser de alto risco e também todo mês no postinho com a equipe de lá... e vacinação também me orientaram a ir no postinho... explicaram tudo certinho* (C2, Prematuridade/Baixo peso). *A médica na hora de ir embora do hospital passou várias orientações sobre o cuidado... ela disse que a minha bebê era prematura e mesmo indo para casa, continuava sendo prematura. Os primeiros 30 dias principalmente eu tinha que ficar com ela em casa, não deveria ficar saindo, recebendo muitas visitas, porque ela poderia pegar alguma coisa... gripe* (C4, Prematuridade). *Na hora da alta do hospital, recebi orientações de que era para levar ele para vacinar e também nas consultas do postinho que isso iria me ajudar a ver se ele estava crescendo do jeito certo* (C9, Sífilis congênita). *Todos os profissionais são muito atenciosos, vieram me orientar onde eu tinha que ir, o porquê eu tinha que ir, porque eu estava indo, que esse acompanhamento era muito importante para observar se ele estaria perdendo peso... fui bem orientada... não tenho o que reclamar desde o nascimento deles até eu sair do hospital* (C8, Baixo peso).

Diante das dificuldades vivenciadas no processo de amamentação, as cuidadoras destacaram a assistência prestada pela equipe no âmbito hospitalar como importante fonte de apoio: *As instruções que tive lá no hospital, tirou muitas dúvidas minhas. Meu outro filho eu amamentei só até três meses e já comecei a dar mamadeira porque eu achava que meu leite não estava sustentando-o, porque, no peito ele mamava toda hora e eu não entendia isso e as pessoas falam demais. Aí, dessa vez, com o atendimento de vocês, as orientações e ajuda foi tudo diferente (C7, Prematuridade/Baixo peso/Pé congênito). Como eles foram cuidadosos lá no hospital! Eles ficavam em cima toda hora perguntando porque ele baixou de peso, eles iam no quarto toda hora perguntar se ele estava mamando, porque ele queria pegar só em um peito no outro não, porque estava sem bico, daí ele chorava de fome porque, às vezes, ele não queria mamar e aí eles iam lá ajudavam (C5, Baixo peso).*

Assistência à saúde na Atenção Primária

A atenção, o suporte e acompanhamento realizado por diferentes profissionais da atenção primária também foram destacados pelas cuidadoras como aspecto positivo neste âmbito assistencial: *O atendimento que meu bebê recebeu, fez e faz muita diferença porque têm muitos lugares que não têm o atendimento que ele teve...ele já teve bastante consultinhas nesses três meses, foi olhado por médicos gerais, pediatra, enfermeiros (C1, Prematuridade). ...caso eu e meu bebê não tivesse recebido o atendimento como foi, estava perdida, não saberia o que fazer... eles ajudam, falam o que tem que fazer e como fazer, orienta certinho, acompanha e isso faz a diferença (C2, Prematuridade/Baixo peso). Precisei de atendimento fora do município para o meu bebê, eles cuidaram de tudo, foi de imediato, a gente conversou na regional de saúde, e, no outro dia, tinha consulta se a gente quisesse ir para Curitiba... foi tudo rápido e tivemos atendimento excelente (C6, Prematuridade/Fenda palatina/Síndrome Pierre Robin).*

Muitas cuidadoras fizeram referência à consulta de enfermagem realizada na Atenção Primária, destacando detalhes que, segundo elas, conferiram qualidade ao atendimento: *O atendimento no postinho foi muito bom. Antigamente, não era igual agora, nunca tinha visto tirar toda a roupa do bebê para pesar e examinar se não fosse o pediatra. Dessa vez, a enfermeira fez tudo, tirou toda a roupinha do bebê para pesar, fez uns testes no pé dele, na mão até a pele do pipi, ela me disse como mexer para limpar (C5, Baixo peso). As enfermeiras lá do posto estão sempre atentas, e quando a gente tem alta, na mesma semana, ou até no mesmo dia, vem em casa, examina o bebê, ajuda a limpar de forma correta o umbigo e já traz a consulta com a médica agendada. A*

enfermeira viu que ele estava amarelo também e foi assim que levei a tempo para médica que me mandou para o hospital fazer o banho de luz (C11, Prematuridade/Baixo peso). A enfermeira na consulta de acompanhamento percebeu que quando coloca ele em pé, o pezinho é para um lado e o outro para outro lado, eu já tinha percebido isso antes, mas me disseram que era normal porque ele era muito novinho. Mas, agora com três meses, quando passou de novo com a enfermeira, ela percebeu, deu encaminhamento para passar para o doutor de novo, daí já levei o papel para regional (C1, Prematuridade).

A visita domiciliar pela equipe multidisciplinar também foi ressaltada como ferramenta que facilita a assistência: *Recebi a visita da equipe do postinho, eles me orientaram, veio o dentista também que me falou sobre limpar a gengiva do bebê após as mamadas e conforme eles forem crescendo, sempre acompanhar com dentista para os dentes nascerem e crescerem fortes. Explicaram-me várias coisas (C3, Prematuridade). Ela era muito magrinha e quase não mamava no peito e a equipe do postinho me ajudou bastante nesta parte, vieram aqui, me ensinaram direito como deveria fazer. Agora, ela só quer o peito, deixou a mamadeira e mesmo não tendo muito leite, ainda prefere o peito à mamadeira (C10, Baixo peso).*

O acompanhamento do bebê pela pediatra no centro de referência para os bebês de alto risco, após a alta hospitalar, foi referido pelas cuidadoras como cuidado decisivo para crescimento e desenvolvimento saudável das crianças: *Ele ter essa consulta com pediatra de novo depois que saiu de alta é muito importante, porque é um especialista e se ele é de risco tem que ter...A pediatra logo percebeu que ele estava amarelinho, já consegui fazer o exame no outro dia mesmo e levei de volta para ela (C2, Prematuridade/Baixo peso). A pediatra que atendeu ele logo depois que nasceu foi a mesma que atendeu depois que saiu do hospital...então ela já conhecia o neném e isso é muito importante. Ela me orientou a respeito do peso, o que acontecia se ele perdesse mais (C3, Prematuridade). Ele ser atendido pela pediatra me deixou mais tranquila, já conhece a história dele...ela disse que ele estava pegando pouco peso, fez vários cálculos, gramas por dia, e pediu para eu voltar na próxima semana para ela acompanhar até ele ganhar mais peso... Aí, depois ela liberou para ir a cada trinta dias (C8, Baixo peso).*

Discussão

Como limitação desta pesquisa, aponta-se o fato de ter sido realizada em duas Unidades Básicas de Saúde pertencentes a uma mesma área programática e, portanto, com grande possibilidade de abranger

peças com mesmo perfil e características socioeconômicas, o que pode ter limitado a percepção de lacunas na assistência prestada nos diferentes pontos da rede de atenção à saúde.

De qualquer modo, os resultados obtidos permitiram identificar as ações/atividades assistenciais mais valorizadas pelas cuidadoras, por despertar-lhes confiança na assistência prestada e segurança para continuidade dos cuidados no domicílio.

A primeira categoria denotou o sentimento de acolhida pela equipe de saúde, ao fornecer apoio e informações relacionadas à condição do bebê e evolução futura deste. Por ocasião da alta, destacaram-se as orientações recebidas em relação aos cuidados necessários no cotidiano e ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento por profissionais de saúde. Estas ações, realizadas no âmbito hospitalar, proporcionaram satisfação e segurança às cuidadoras, o que corrobora com resultados de estudo realizado no Hospital Universitário de Minas Gerais, Brasil, em que os pais de recém-nascidos relataram sentir-se motivados ao cuidado, pelo apoio que receberam da equipe de enfermagem durante a hospitalização⁽⁸⁾. Estudo realizado na Colômbia também evidenciou a atuação positiva da equipe de enfermagem envolvendo os familiares no processo de cuidado ao recém-nascido, o que favoreceu atenção integral, humanizada e segura⁽⁹⁾.

A sensibilização sobre a real condição de saúde do recém-nascido e o envolvimento precoce dos cuidadores nos cuidados possibilitam o fortalecimento do vínculo. Estudo realizado nos Estados Unidos da América investigou alguns atributos do bebê e da família durante a permanência na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e constatou que, ao melhorar as interações precoces entre a família e o bebê e a oferta de informações, aumentou-se sensibilidade da criança ou da família durante a primeira infância, o que, por sua vez, favoreceu o desenvolvimento de apego seguro, melhora das habilidades cognitivas, de autorregulação e desenvolvimento emocional e social da criança⁽¹⁰⁾.

Algumas dificuldades vivenciadas no cotidiano, a exemplo da amamentação, foram contornadas com o auxílio da equipe de saúde. Estudo desenvolvido com oito enfermeiras, em município na Bahia, constatou que na perspectiva destas, uma estratégia importante para o crescimento e desenvolvimento saudável do bebê é o incentivo ao aleitamento materno exclusivo, nos diferentes pontos de atenção e em diferentes momentos: pré-natal, pós-parto imediato e na visita domiciliar, uma vez que as mães podem ter muitas dúvidas e dificuldades devido ao período de adaptação à lactação⁽¹¹⁾.

Por sua vez, estudo realizado no Chile concluiu que o período de maior vulnerabilidade relacionada à amamentação é nas primeiras semanas pós-parto. Neste sentido, destacou-se a importância de prevenir o insucesso da amamentação com suporte precoce, antes da alta da maternidade. Apontou-se como fatores primordiais para o suporte o atendimento individualizado e acolhedor, com tempo para escuta ativa e desenvolvimento de comunicação efetiva⁽¹²⁾.

O sentimento de segurança da cuidadora principal do recém-nascido de risco é potencializado ao ser acolhida pela rede durante o processo de transição do hospital para o domicílio/atenção primária. Destarte, estudo realizado em hospital de Curitiba, Brasil, mostrou a importância da referência e contrarreferência na continuação dos cuidados prestados aos pacientes e sinalizou a necessidade de sistematizar o plano de alta. O mesmo estudo apontou a relevância do seguimento do cuidado favorecido pela comunicação direta entre atenção hospitalar e atenção primária, e o impacto positivo na prevenção de internações recorrentes⁽¹³⁾. Neste sentido, a organização dos serviços em rede favorece a operacionalização de assistência sistematizada e que atenda às demandas de saúde/cuidado, de acordo com o estrato de risco identificado.

Enfatiza-se que a gestão da assistência, em especial às crianças estratificadas como de alto risco, deve ser organizada, no sentido de garantir rede de serviços que propicie abordagem integral sobre o pro-

cesso saúde-doença, visando promoção da saúde e início precoce do acompanhamento⁽¹⁴⁾. Assim, contribui-se para assistência oferecida pela Atenção Primária à Saúde que se procura manter vigilantes às diferentes necessidades que surgem no período após a alta, a fim de auxiliar as cuidadoras a contorná-las, uma vez que estas mudam constantemente.

Nesse contexto, a visita domiciliar, nos primeiros dias após a alta hospitalar, é muito importante para o acolhimento do novo membro familiar, pois, muitas vezes, a família se sente despreparada e repleta de dúvidas no retorno ao lar. Durante a visita, podem ser realizadas orientações, demonstrações e acompanhamento de cuidados e sanadas dúvidas referentes aos cuidados básicos com a criança. Além disso, oportuniza-se o reconhecimento de condições sociodemográficas e fatores que influenciam diretamente no processo saúde-doença da criança e adequação das orientações de cuidado à realidade vivenciada⁽¹⁵⁾.

Conforme preconiza a Rede Cegonha, a visita domiciliar é imprescindível nos primeiros dias de vida do recém-nascido, pois a orientação voltada ao aleitamento materno, aos cuidados com o bebê, às condições emocionais da puérpera, dificuldades em relação aos cuidados, à moradia, condições sociais são identificadas nesse momento, o que possibilita à equipe intervir da melhor forma possível, promovendo a qualidade de vida dos usuários⁽²⁾.

Nesse ínterim, estudo realizado no Irã apontou a assistência domiciliar puerperal como ferramenta de grande importância na prevenção de complicações, em especial pela identificação precoce de necessidades, dúvidas, além de oportunidade para promoção da saúde da mãe e do conceito⁽¹⁶⁾. Do mesmo modo, estudo realizado no Maranhão, Brasil, conclui que a visita domiciliar foi efetiva na identificação precoce das complicações pós-parto e alterações no recém-nascido, como a icterícia⁽¹⁵⁾. Salienta-se que a condição de alto risco, muitas vezes, torna a puérpera fragilizada nos primeiros dias no domicílio, necessitando de auxílio da equipe de enfermagem para realizar os cuidados

com o bebê, além de constituir oportunidade de orientação quanto à importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento ao longo da infância.

Por sua vez, destaque especial foi conferido pelas cuidadoras à consulta de enfermagem, tanto na Unidade quanto no domicílio. Observa-se na literatura a importância desta para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, em especial para realização de intervenções precoces diante de necessidades elencadas⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Entretanto, foram identificadas lacunas no acompanhamento destas crianças, uma vez que foi observado preenchimento incompleto do gráfico de crescimento e desenvolvimento na carteirinha de algumas crianças e atraso no esquema vacinal. Reitera-se que a consulta de enfermagem constitui oportunidade para educação em saúde, com enfoque na promoção da saúde e prevenção de doenças, além de possibilitar o fortalecimento do vínculo e acolhimento ao binômio mãe-filho⁽¹⁹⁾.

Estudo realizado em Gana ressaltou a importância de estratégias que favoreçam a adesão dos cuidadores à puericultura, de modo que estes possam acompanhar as mudanças no crescimento e desenvolvimento da criança e associar evolução de peso e estatura ao estado geral de saúde. Colocou, ainda, que esta adesão possibilita aos profissionais a identificação precoce de problemas no crescimento e desenvolvimento da criança, aumento da cobertura vacinal, além de constituir oportunidades para educação em saúde⁽²⁰⁾.

Conclusão

A assistência prestada pelos profissionais de saúde aos recém-nascidos de alto risco, no ambiente hospitalar e após a alta, foi percebida positivamente pelas cuidadoras. Interferiram nesta percepção o acolhimento e a comunicação com a equipe durante a internação e a assistência multiprofissional; o vínculo com a equipe, a consulta de enfermagem e a visita domiciliar, no contexto da Atenção Primária à Saúde.

Agradecimentos

À Secretaria Municipal de Saúde que autorizou a realização da pesquisa.

Colaborações

Correia ET e Teston EF colaboraram na concepção e projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada. Spigolon DN, Maran E, Costa MAR e Marcon SS contribuíram com revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Lapão LV, Arcêncio RA, Popolin MP, Rodrigues LBB. The role of Primary Healthcare in the coordination of Health Care Networks in Rio de Janeiro, Brazil, and Lisbon region, Portugal. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017; 22(3):713-23. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33532016>
2. Ministério da saúde (BR). Informações de saúde. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
3. Mohammadi E, Nourizadeh R, Simbar M, Rohana N. Iranian women's experiences of dealing with the complexities of an unplanned pregnancy: a qualitative study. *Midwifery*. 2018; 62:81-85. doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.023>
4. Van der Waerden J, Galéra C, Saurel-Cubizolles MJ, Sutter-Dallay AL, Melchior M. Predictors of persistent maternal depression trajectories in early childhood: results from the EDEN mother-child cohort study in France. *Psychol Med*. 2015; 45(9):1999-2012. doi: [dx.doi.org/10.1017/S003329171500015X](https://doi.org/10.1017/S003329171500015X)
5. Wenjuan W, Rathavuth H. Levels and determinants of continuum of care for maternal and newborn health in Cambodia-evidence from a population-based survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015; 15:62. doi: [10.1186/s12884-015-0497-0](https://doi.org/10.1186/s12884-015-0497-0)
6. Araújo MAN, Lunardi Filho WD, Silveira RS, Souza JC, Barlem ELD, Teixeira NS. Segurança do paciente na visão de enfermeiros: uma questão multiprofissional. *Enferm Foco*. 2017; 8(1):52-6. doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n1.984>
7. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2016.
8. Silva PLN, Barbosa SL, Rocha RG, Nunes T. Experience and needs of parents from premature neonates hospitalized in a neonatal intensive care unit. *Rev Enferm UFPI [Internet]*. 2018 [citado 2019 Jan. 13]; 7(1):15-9. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/6667>
9. Jaramillo L, Osorio S, Salazar D. Quality of nursing care: perception of parents of newborns hospitalized in neonatal units. *Invest Educ Enferm*. 2018; 36(10):e08. doi: [dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v36n1e08](https://doi.org/10.17533/udea.iee.v36n1e08)
10. Gerstein ED, Poehlmann-Tynan J, Clark R. Mother-child interactions in the NICU: relevance and implications for later parenting. *J Pediatr Psychol*. 2015; 40(1):33-44. doi: [dx.doi.org/10.1093/jpepsy/jsu064](https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu064)
11. Dias RB, Boery RNSO, Vilela ABA. Knowledge of nurses and incentive strategies for family participation in breastfeeding. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016; 21(8):2527-36. doi: [http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015218.08942015](https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.08942015)
12. Lucchini RC, Márquez DF, Rivera MMS. I want to breastfeed my baby: Unveiling the experiences of women who lived process difficulties in their breastfeeding. *Rev Chil Pediatr*. 2017; 88(5):622-8. doi: [dx.doi.org/10.4067/S0370-41062017000500008](https://doi.org/10.4067/S0370-41062017000500008)
13. Ribas EN, Bernadinho E, Larrocca LM, Poli Neto P, Aued GK, Silva CPC. Nurse liaison: a strategy for counter-referral. *Rev Bras Enferm*. 2018; 71(suppl.1):546-53. doi: [http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0490](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0490)
14. Lucena DBA, Guedes ATA, Cruz TMAV, Santos NCCB, Collet N, Reichert APS. First week of integral health for the newborn: nursing actions of the Family Health Strategy. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018; 39:e2017-0068. doi: [http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0068](https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0068)

15. Medeiros LS, Costa ACM. Postpartum period: the importance of home visits given by the nurse in Primary Health Care. *Rev Rene*. 2016; 17(1):112-9. doi:<http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2016000100015>
16. Milani HS, Amiri P, Mohseny M, Abadi A, Vaziri SM, Vejdani M. Postpartum home care and its effects on mothers' health: A clinical trial. *J Res Med Sci*. 2017; 16(22):96. doi: dx.doi.org/10.4103/jrms.JRMS_319_17
17. Rocha GM, Cordeiro RC. Assistência domiciliar puerperal de enfermagem na estratégia saúde da família: intervenção precoce para promoção da saúde. *Rev Universidade Vale Rio Verde*. 2015; 13(2):483-93. doi: <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v13i1.2345>
18. Furtado MCC, Mello DF, Pina JC, Vicente JB, Lima PR, Rezende VD. Nurses' actions and articulations in child care in primary health care. *Texto Contexto Enferm*. 2017; 27(1):e0930016. doi: dx.doi.org/10.1590/0104-07072018000930016
18. Reichert APS, Rodrigues PF, Albuquerque TM, Collet N, Minayo MCS. Bond between nurses and mothers of children younger than two years: perception of nurses. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016; 21(8):2375-82. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.07662016>
20. Agbozo F, Colecraft E, Albrecht J, Timothy G. Understanding why child welfare clinic attendance and growth of children in the nutrition surveillance programme is below target: lessons learnt from a mixed methods study in Ghana. *BMC Nurs*. 2018; 17:25. doi: <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0294-y>