



PLANEJAMENTO DE ALTA DE BEBÊS COM MALFORMAÇÃO CONGÊNITA: VIVÊNCIA DE ENFERMEIRAS

Resumo: Compreender como a enfermeira vivencia o planejamento de alta das unidades neonatais para bebês com malformações congênitas. Estudo qualitativo com seis enfermeiras de unidades neonatais de hospital estadual pediátrico, com técnica de amostragem bola de neve. Foi realizada entrevista semiestruturada e Análise de Conteúdo de Minayo para analisar os dados empíricos. Emergiram três unidades de conteúdo. O planejamento de alta ideal é reconhecido e o real concentra-se na marcação de consultas/exames e retornos, orientações superficiais no dia da alta. Assumem duas posições, quando compreendem a importância do seu papel no processo de alta hospitalar e uma outra como agente passiva nesse processo, não contemplando a singularidade desses sujeitos. Destacam-se aspectos essenciais para sistematização da alta hospitalar, com ênfase no cuidado do bebê com malformação congênita. Uma das limitações apontadas para planejamento da alta foi intensa demanda no setor e a burocracia no momento da alta.

Descritores: Alta do Paciente, Recém-nascido, Anormalidades Congênitas, Processo de Enfermagem.

Discharge planning for babies with congenital malformations: nurses' experience

Abstract: To understand how nurses experience discharge planning for babies with congenital malformations in neonatal units. Qualitative study with six nurses from neonatal units of a state pediatric hospital, using a snowball sampling technique. Semi-structured interviews and Minayo Content Analysis were conducted to analyze the empirical data. Three content units emerged. The ideal discharge planning is recognized, while the real one focuses on scheduling appointments/exams and follow-ups, and superficial guidance on the day of discharge. They assume two positions, when they understand the importance of their role in the hospital discharge process and another as a passive agent in this process, not considering the uniqueness of these subjects. Essential aspects for systematizing hospital discharge are highlighted, with an emphasis on the care of babies with congenital malformations. One of the limitations pointed out for discharge planning was the intense demand in the sector and the bureaucracy at the time of discharge.

Descriptors: Patient discharge, Newborn, Congenital Abnormalities, Nursing Process.

Planificación del alta de bebés con malformaciones congénitas: experiencia de enfermeras

Resumen: Comprender cómo las enfermeras experimentan la planificación del alta de las unidades neonatales de bebés con malformaciones congénitas. Estudio cualitativo con seis enfermeras de unidades neonatales de un hospital pediátrico estatal, utilizando la técnica de muestreo bola de nieve. Se realizaron entrevistas semiestructuradas y análisis de contenido de Minayo para analizar los datos empíricos. Surgieron tres unidades de contenido. Se reconoce la planificación ideal del alta y la verdadera se centra en la programación de citas/exámenes y seguimientos, orientación superficial el día del alta. Asumen dos posiciones, cuando comprenden la importancia de su papel en el proceso de egreso hospitalario y otra como agente pasivo en este proceso, sin considerar la singularidad de estos sujetos. Se destacan aspectos esenciales para la sistematización del egreso hospitalario, con énfasis en la atención al bebé con malformaciones congénitas. Una de las limitaciones señaladas para planificar el aumento fue la intensa demanda en el sector y la burocracia al momento del incremento.

Descriptores: Alta del Paciente, Recién Nacido, Anomalías Congénitas, Proceso de Enfermería.

Indinara Arimateia Rodrigues da Silva
Enfermeira. Graduada pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, BA, Brasil.
E-mail: indinaraarimateia@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6696-1715>

Aisiane Cedraz Morais
Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, BA, Brasil.
E-mail: acmorais@uefs.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9547-6914>

Juliana de Oliveira Freitas Miranda
Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, BA, Brasil.
E-mail: julidefreitas@hotmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7659-3103>

Ariane Cedraz Morais
Mestre em Enfermagem. Professora Assistente da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, BA, Brasil.
E-mail: acmorais1@uefs.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9445-4596>

Rebeca Pinheiro de Santana Oliveira
Mestre em Enfermagem. Professora Assistente da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, BA, Brasil.
E-mail: rebecapinhiero1@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9967-087X>

Jaciele de Souza Santos
Doutoranda em Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, BA, Brasil.
E-mail: jacidosantos@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0181-1038>

Submissão: 02/05/2025

Aprovação: 13/06/2025

Publicação: 25/06/2025



Como citar este artigo:

Silva IAR, Morais AC, Miranda JOF, Morais AC, Oliveira RPS, Santos JS. Planejamento de alta de bebês com malformação congênita: vivência de enfermeiras. São Paulo: Rev Recien. 2025; 15(43):278-288. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2025.15.43.278>

Introdução

As malformações congênitas (MFC) representam uma das principais causas de morte fetal, mortalidade e morbidade infantil e incapacidade de longo prazo, e representam um importante problema de saúde pública. Em relação à etiologia, tem-se a hipótese de que as MFC podem ser desenvolvidas durante o primeiro trimestre da gravidez como resultado de defeitos poligênicos hereditários ou de uma interação gene-ambiente, sendo predominantemente multifatorial, causada por interações complexas entre genes e ambiente, que modificam o desenvolvimento embrionário-fetal normal, especialmente durante a fase de organogênese¹.

Conforme a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a cada ano, cerca de 8 milhões de recém-nascidos no mundo nascem com um grave defeito ou anomalia congênita e na América Latina, os defeitos congênitos causam até 21% das mortes de crianças menores de 5 anos e um em cada cinco bebês morre de defeitos congênitos durante os primeiros 28 dias de vida², impondo aos serviços de assistência uma atuação multiprofissional especializada desde o nascimento incluindo a criança e sua família, associadas a políticas de prevenção^{2,3}.

O Recém-nascido (RN) com MFC apresenta uma demanda especial de recursos tecnológicos, humanos e terapêuticos especializados, por necessitarem de cuidados contínuos de alta complexidade⁴.

Nesse cenário o bebê pode ser assistido em três níveis de complexidade das unidades neonatais, a Unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal que está subdividida em Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); e Unidade de

Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa)⁵.

A mortalidade neonatal (MN) é produto da interação entre determinantes biológicos, condições sociais e da atenção prestada nas unidades de saúde. Esses fatores chamam atenção para a qualidade da assistência prestada desde a admissão até a alta hospitalar, bem como precisa-se avaliar as causas da MN e destaca-se no Brasil entre 2008 e 2013, entre as causas não evitáveis de mortalidade neonatal as malformações congênitas⁶.

A alta hospitalar nas UTINs ainda tem centralidade no médico, sendo ele quem decide quando o RN dará alta do setor e para onde ele será encaminhado e está focada no restabelecimento das condições fisiológicas da criança⁷.

Entretanto, o planejamento é uma reflexão antecipada a ação e uma forma de não se tornar vulnerável aos acontecimentos e, nessa perspectiva, no âmbito da Enfermagem, consubstancia-se a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) com a organização do trabalho e o Processo de Enfermagem (PE) como ordenador do cuidado. Conforme Resolução nº 736/2024, o profissional de enfermagem é responsável pelas cinco etapas interrelacionadas do PE, para alcançar as metas de enfermagem a partir da identificação das carências do sujeito^{8,9}.

O enfermeiro assume a preparação do plano de alta durante o PE, através da educação em saúde, com a finalidade de promover conhecimentos e o preparo para familiares e/ou cuidadores; diminuir a ansiedade dos familiares e auxiliar tanto os pais quanto a equipe na padronização da alta hospitalar dos neonatos^{10,11}.

O planejamento de alta deve ser uma preparação estratégica da atenção de enfermagem; objetivando

melhor adaptação à condição recém-chegada no domicílio e deve haver um padrão para que a assistência seja segura ao cliente, firmando uma ferramenta importante no processo do cuidar. Apesar disso, pode-se observar a escassez de protocolos ou instrumentos sistematizados comprovados cientificamente que proporcionem uma transição satisfatória entre hospital e domicílio; considerado um risco, uma vez que bebês ficam vulneráveis^{10,12}.

Entre as orientações para o pós-alta, ressaltam-se as principais que são relacionadas aos cuidados com dispositivos, administração de medicamentos e alimentação e essas práticas podem facilitar a aquisição de competências parentais para uma tomada de decisão informada¹³, além de garantir a continuidade do cuidado em casa.

Dessa forma, há uma inquietação sobre a condução dos cuidados pós- alta hospitalar. Neste sentido, o estudo tem como objetivo compreender como a enfermeira vivencia o planejamento de alta das unidades neonatais para bebês com malformações congênitas.

Material e Método

Estudo qualitativo, com vistas a contribuir para as modelagens tecnológicas e assistenciais sobre os objetos de estudo que o cuidado de enfermagem¹⁴, realizado num hospital estadual pediátrico, referência na assistência neonatal e infantil no estado da Bahia.

Os participantes foram enfermeiras das unidades neonatais do hospital que aceitaram participar voluntariamente da entrevista. Para inclusão, considerou-se os seguintes critérios: ser enfermeira, fazer parte da equipe de enfermagem de alguma das unidades neonatais, com pelo menos uma experiência do cuidado ao Recém-nascido com MFC neste setor.

Para acessar as participantes, utilizou-se a técnica de coleta de dados um modelo de amostragem por conveniência e modelo de recrutamento tipo *snowball* ou bola de neve, que tem como base a rede de referência e é adequada para pesquisas com grupos de difícil acesso¹⁵.

Esse método permitiu que os próprios indivíduos entrevistados indicassem outros que aceitaram participar da pesquisa. A partir das indicações, não houve nenhuma limitação relacionada aos critérios de inclusão.

Totalizou seis enfermeiras que atuavam na UCINco, três da UTIn e uma da UCINca. Para coleta de dados em outubro de 2021, realizou-se entrevista individual semiestruturada, as quais foram gravadas e posteriormente transcritas, de modo a manter a fidedignidade dos dados empíricos. Estes foram analisados e categorizados conforme a análise de conteúdo de Minayo.

A pesquisa respeitou em todas as suas etapas a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com parecer nº 4.655.953. A identidade e confidencialidade das entrevistadas foram preservadas mediante uso de códigos Enf01 até Enf06, sequencialmente e todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

As enfermeiras se caracterizam entre 29 e 32 anos de idade, todas do sexo feminino, maioria solteira e sem filhos. Em relação ao tempo de formação, tempo em neonatologia e tempo no setor que trabalha temos a média de 5,3 anos; 2 anos e 4 meses e 1 ano e 3 meses respectivamente. Todas possuem alguma capacitação na área, metade delas

são capacitadas para SAE.

Derivando-se da sistematização da análise e interpretação dos dados, organizou-se os resultados em categorias, com o objetivo de explorar na íntegra o conteúdo buscando relacionar a compreensão dos profissionais acerca do planejamento e a adequação da alta do RN com MFC nas Unidades Neonatais.

Assim, emergiram três categorias: Planejamento de alta nas Unidades Neonatais para bebês com MFC: ideal e real; Critérios para condições de alta do bebê com MFC e Atuação multiprofissional no planejamento de alta nas unidades Neonatais.

Planejamento de alta nas unidades neonatais para bebês com MFC: ideal e real

O resultado referente a atuação da enfermeira no planejamento de alta do RN com MFC possibilitou evidenciar os distintos papéis, que permitiram compreender que a atividade da enfermeira se divide em dois componentes: o burocrático e o assistencial.

Sobre o planejamento de alta de bebê com MFC, algumas assumem a consciência de que o planejamento de alta deve ser processual, progressivo e iniciado desde o início do internamento, devendo ser personalizado de acordo com as necessidades do RN e da sua família; no entanto, emerge que o planejamento se resume a marcação de consultas/exames e retornos, orientações generalistas realizadas no dia da alta.

Consonante às falas das entrevistadas, o planejamento de alta ideal está pautado nas orientações de Enfermagem como cuidados básicos e específicos de cada criança; aconselhamento e capacitação dos pais para tal, a continuidade dos cuidados integrados à rede de atenção à saúde nos diversos níveis de complexidade.

O processo de alta ele já se inicia na verdade desde o início da internação dessa criança, porque a gente pensa em receber essa criança, prestar assistência e manda-la para casa. Dar a alta. (...) a gente trabalha no sentido de melhorar a qualidade de vida dessa criança, a percepção dos pais, orientá-los melhor. [Enf.4]

Eu acho tão importante esse momento da alta, até porque eu fico no final do método de assistência ao [RN], que é o método canguru. Então como é que eu deixo um prematuro ir para casa, principalmente o prematuro malformado sem orientação nenhuma? Principalmente porque eu trabalho na rede pública, eu lido com um público de familiares que por muitas vezes ele tem dificuldade de compreensão das coisas. [Enf. 6]

De acordo com algumas falas, o hospital possui a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) implantada, mas não possui instrumento específicos que direcionem a alta conforme percebido nos relatos seguintes:

A preparação e o planejamento de alta são feitos por meio de orientações, a gente não tem nenhum tipo de instrumento físico de preparação, orientando como vai ser a transferência ou como será na unidade de cuidados intermediários. [Enf. 4]

Existe a SAE que fazemos com todos pacientes que estão internados na UTIN que é um impresso onde tem a descrição do quadro do paciente (os diagnósticos de enfermagem). Ex: risco de queda, e do lado desse diagnóstico nós fazemos a prescrição de cuidados. [Enf. 5]

Existem alguns impressos que são feitos já no sistema, com algumas orientações de cuidados. [Enf. 6]

Critérios para condições de alta do bebê com MFC

Em seus relatos, as profissionais manifestam que a alta hospitalar desse bebê está organizada em três etapas:

É liberado para gente todas as guias de acompanhamento para gente encaminhar para o setor de marcação de exames, testes, consultas de retorno. Depois disso, a gente

passa para parte das orientações da enfermagem". [Enf.1]

O médico, ele prepara o relatório de alta hospitalar, bem como receituário se tiver em uso de medicações, solicitações de exames e consultas. O enfermeiro faz o agendamento desses exames junto ao ambulatório do hospital, anotamos tudo em requisição que é entregue ao responsável pelo bebê. [Enf. 3]

Observou-se que o bebê com MFC percorre um longo e desafiador trajeto até a alta hospitalar guiado pela organização das unidades neonatais.

Na UTIN a gente nunca dá alta do bebê direto para casa, sempre ele vai passar para a UCINCo ou se for um bebê maior e ele tiver condições de ir para enfermaria, ele vai para a enfermaria. O planejamento da alta seria a transferência dela para outro setor (...) às vezes a gente transfere para outro setor porque passa do período de ficar com a gente às vezes vai para a UTI ped. [Enf. 2]

Um bebê com hidrocefalia né, a gente o recebe, ele faz todos os exames, é avaliado pelo neurocirurgião (...) quando estiver com tudo controlado em nutrição plena, sem sinais de infecção, está sem uso de antibiótico, aí a gente encaminha essa criança para a unidade de cuidados intermediários como a UCINCo. [Enf.4]

Dessa forma, no que se refere aos critérios de alta estabelecidos se diferem de acordo com a unidade de internamento. O critério de alta nesse estudo inclui os parâmetros de alta nos três níveis de cuidados neonatais, uma vez que a pesquisa foi realizada com profissionais de todos esses setores. Houve então algumas singularidades entre os critérios, levando em consideração o nível hierárquico do cuidado.

Prematuro, é assim, quando a criança atinge 35 semanas ou atinge 1850 kg de peso e ela tem que está em via oral, a saturação que não pode estar caindo, não pode ter apneia, não pode ter, é, pausa respiratória. [Enf. 1]

A questão do peso; não está mais

necessitando de um suporte de oxigênio, tipo o ventilador [...] não estar com drogas vasoativas. [Enf. 2]

Em condições gerais, baseado nas falas acima, os critérios para condições de alta nas unidades neonatais são a idade gestacional (IG) corrigida em 35 semanas, o peso de 1.850 kg com ascendência de peso, estabilidade clínica e dieta via oral plena. Condições essas, necessárias para assegurar a ida para a casa livre de riscos potenciais de agravamento.

Para além dos critérios físicos, o planejamento de alta ideal de bebês com MFC deve atendê-los de forma integral com ações voltadas a estratégias preventivas de redução de danos como o treinamento da família e acompanhamento após a alta hospitalar:

O importante seria preparar mesmo essa família antes dessa alta, com todas as orientações em relação a medicação, a cuidados, a acompanhamento ambulatorial, então tudo isso tem que está bem fixado na mente dessa família, todo esse processo. [Enf. 4]

A gente entende que precisa ter um outro olhar, que precisa esclarecer para essa família, tudo direitinho, pois sabemos que depois da alta a gente vai lançar aquela família para o mundo, aquele bebê para o mundo né (...) a família precisa ser treinada por hora esse bebê vier apresentar algum desconforto respiratório, cuidados em casa, tantas coisas. [Enf.6]

Visualizou-se também a compreensão das enfermeiras para com alguns dos itens preconizados; porém, a maioria não relatou aspectos que devem ser avaliados como a interação entre o binômio mãe/filho, pais e cuidadores, e se estes estão bem orientados quanto aos sinais de risco.

Contudo, uma enfermeira relatou que realizou a demonstração dos cuidados, utilizando a forma ativa de aprendizagem; mas, foi comum entre as falas que

as orientações são passadas de forma oral, rápida e generalizada.

Seria a princípio, demonstrando mesmo os cuidados com o banho, manipulação do bebê, amamentação. Orientação sobre algumas possíveis restrições a que o RN está sujeito. [Enf.5]

O planejamento de alta é, vamos dizer assim generalizado [...] o profissional, ele precisa ter uma sensibilidade de entender no momento da alta, que o bebê prematuro que não tem nenhuma MFC é diferente de eu planejar uma alta para bebês que tem um MFC. [Enf. 6]

Mesmo conscientes do processo ideal de alta, as enfermeiras não conseguem realizar o planejamento antecipadamente e realizam, na maioria das vezes, as orientações, capacitações e esclarecimentos no momento da alta sem uma organização sistematizada desta.

Os desafios apontados foram a alta demanda no setor; o fato das altas acontecerem em outras unidades, o que mascara a responsabilização da unidade precedente; a resistência de algumas famílias em receber as orientações e a sobrecarga burocrática.

Dar algumas orientações quanto a higiene, cuidados, o que ele tem que fazer quando chegar em casa, mas quando é uma alta meio que corrida, no sentido de que a gente está com uma demanda maior ou a gente está sozinha com as dezoito crianças muita das vezes a gente não consegue planejar essa alta diante mão. É geralmente no dia. [Enf. 1]

A falta de rotina que a gente não tem de dar alta desse bebê direto para casa, então a gente acaba deixando que outro setor planeje essa alta, dê as recomendações para a mãe. [Enf. 2]

São muitos bebês para você dar essa assistência, então você está envolvido com a parte de alta, mas aí você tem a assistência para dar conta, aí você tem que dar conta do gerenciamento do setor, então são muitas exigências ao mesmo tempo. [Enf. 6]

Atuação multiprofissional no planejamento de alta nas unidades neonatais

O planejamento de alta é uma ação interdisciplinar, cabendo a enfermeira a desenvolver o plano de alta de enfermagem em conjunto aos outros integrantes da equipe de saúde, como evidenciam as falas a seguir.

Geralmente o cardiologista ali, que fica acompanhando via ambulatório depois que ele recebe alta, o pediatra (Enf. 2).

Os profissionais envolvidos e a equipe de enfermagem e a equipe médica (Enf. 4).

A Enfermagem, pediatra, fonoaudióloga, fisioterapia, psicóloga, assistente social. As vezes tem outras especialidades como o neurologista por exemplo (Enf. 5).

Embora as outras falas afirmem que o planejamento de alta é desenvolvido pela equipe multidisciplinar, uma das entrevistadas declara que:

Na verdade, quando eu vou dar uma alta, o profissional que está mais envolvido é o enfermeiro, porque a gente que chega junto, sabe? É a gente que vai levar os papeis, até os papeis médicos somos nós que levamos. Se as vezes eu não falar “doutor eu preciso que você faça uma orientação”, eles não fazem (Enf. 6).

A enfermagem se caracteriza como ordenadora e articuladora do cuidado com as demais áreas e categorias profissionais e essa contradição leva à reflexão sobre qual o real significado do planejamento multiprofissional para essas profissionais; uma vez que a equipe interdisciplinar deve estar inserida no planejamento para esclarecer as dúvidas e preparar essa família para a alta e não apenas deliberar de forma mecânica os cuidados.

É a questão mesmo da equipe médica, isso influencia negativamente, porque a gente não tem o suporte deles, as vezes eu consigo ter uma assistência de outro profissional, as vezes eu percebo que ali precisa de um serviço social, precisa de uma psicologia para dar um suporte, as vezes eu chamo: ó esse bebê está

de alta e eu queria que você desse um suporte, falasse alguma coisa (Enf.6).

O atendimento a criança vai além de aspectos ligados a doença, mas também envolve fatores incluídos na rede de apoio, tendo esses como sustentação no processo de tratamento. Assim, o bebê malformado tem como prerrogativa a assistência de diferentes profissionais a fim de atendê-lo em toda sua totalidade.

Os médicos, eles as vezes não são nossos parceiros né, quando eles deveriam ser, de ir com a gente para poder orientar essa família, para explicar algumas condições clínicas né, porque a enfermagem é o cuidado e eles tem essa questão da patologia, de explicar tudo, mas infelizmente a gente não tem essa parceria (Enf.6)

Para que ocorra de fato o trabalho multiprofissional e/ou interdisciplinar, é indispensável desfazer paradigmas resistentes inseridos na sociedade fundamentado em relações de poder.

Discussão

A alta preconizada para bebês com MFC apresenta como elemento primordial assegurar a transição e reduzir o risco de morte e de outras complicações; pois não deve provocar nos cuidadores o surgimento dos sentimentos de insegurança e medo, sobretudo pela possibilidade de que algum evento inesperado ocorra no domicílio e comprometa a vida do filho¹⁶.

O enfermeiro assume a preparação do plano de alta durante esse processo através da educação em saúde, com a finalidade de promover conhecimentos e o preparo para familiares e/ou cuidadores; diminuir a ansiedade dos familiares gerada pelo desconhecimento de certos procedimentos que ele deverá realizar¹⁰.

Logo, é substancial o ato do planejamento de alta como uma preparação estratégica da atenção de enfermagem, objetivando melhor adaptação à condição recém-chegada no domicílio.

Deve então haver um padrão no planejamento de alta para que a assistência seja garantida, de forma segura sem danos ao cliente firmando uma ferramenta importante no processo do cuidar. Apesar disso, podemos observar a escassez de protocolos ou instrumentos sistematizados comprovados cientificamente proporcionem uma transição satisfatória entre hospital e domicílio, o que é considerado um risco, uma vez que bebês ficam vulneráveis¹².

Para compreender o planejamento de alta ideal de bebês com MFC, devemos integrá-lo ao contexto da alta de crianças com necessidades especiais (CRIANES) que, apesar de não se configurar ainda como uma realidade nacional nos serviços de saúde, corresponde atualmente a uma inovação dentro do campo da saúde da criança e na atenção às doenças crônicas que necessitam de suporte especializados mediante o retorno ao meio social¹⁷.

Deste modo, a alta hospitalar neonatal envolve vínculo entre a equipe multiprofissional, os RN internados na UTIN e seus pais e que sem a formação do elo entre estes e a dificuldade de comunicação e entendimento por qualquer uma das partes, todo esse processo pode ser colocado em risco, em especial no que diz respeito ao bebê/paciente¹⁸.

Logo, é essencial que essas crianças saiam da hospitalização com estratégias preventivas estabelecidas, evitando desfechos associados à MFC. Isso envolve um programa de acompanhamento após a alta estruturado e capaz de fornecer cuidado

integral para a família.

Existe⁸ uma regularidade de miscelânea entre SAE e PE, usando-os como sinônimos, e apesar disso, não são. A SAE está pautada na organização do trabalho, possuindo métodos (baseado especialmente no PE); pessoal (distribuição dos recursos humanos) e instrumentos (supervisão de enfermagem no serviço e organização das ações assistenciais como impressos, protocolo operacional padrão entre outros).

Já o PE⁹ deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todo contexto socioambiental, em que ocorre o cuidado de Enfermagem, incluindo as cinco etapas interrelacionadas: avaliação de enfermagem; diagnóstico de Enfermagem; planejamento de enfermagem; Implementação de enfermagem e Evolução de Enfermagem.

Constata-se que o processo de alta do RN transcorre a partir da determinação médica, levando em consideração os critérios de alta estabelecidos na unidade, logo após a enfermagem completa o cenário da alta com a seção burocrática e assistencial. Esta alta pode ser para o domicílio ou para outra unidade de cuidados. Entre outros aspectos, como os relacionados a interação entre o binômio mãe/filho, pais ou cuidadores e a avaliação das habilidades e conhecimentos para os cuidados básicos, se estão bem orientados quanto aos sinais de risco; endossar a incorporação dessa criança a rede de atenção e o acompanhamento de uma equipe multiprofissional ambulatorial são indispensáveis no momento da alta¹⁶.

As falas indicam a importância da continuidade do cuidado de forma articulada com a atenção básica e outros serviços especializados; entretanto, não foi possível identificar se há essa articulação e como está

sistematizada entre os níveis de atenção de saúde.

Visualizou-se também a compreensão das enfermeiras para com alguns dos itens preconizados; porém, a maioria não relatou aspectos que devem ser avaliados como a interação entre o binômio mãe/filho, pais e cuidadores, e se estes estão bem orientados quanto aos sinais de risco.

Apenas uma enfermeira relatou que realiza a demonstração dos cuidados, utilizando a forma ativa de aprendizagem; mas, foi comum entre as falas que as orientações são passadas de forma oral, rápida e generalizada.

Uma vez a alta pressuposta, a enfermeira deverá inicialmente identificar e estabelecer o tipo de cuidado que a criança necessita e, a partir daí, sistematizar um plano para a saída da família do ambiente hospitalar, com orientação, demonstração e supervisão das técnicas de cuidado, iniciando das simples e evoluir até as técnicas complexas¹⁹.

Observou-se que as enfermeiras entendem a importância de o planejamento de alta acontecer desde a admissão, com momentos de orientações juntos aos pais, que serão os protagonistas do cuidado no ambiente domiciliar, assim, minimizando eventos adversos por falta de orientação ou medos que poderiam ser solucionados durante a internação.

Uma das entrevistadas exemplificou o planejamento de alta para bebês com cardiopatia congênita e, analisando esse tipo de MFC, caracterizada como uma das principais causas de mortes por MFC, observa-se a dimensão da elaboração eficaz da alta desse neonato.

Em estudo anterior²⁰ que relata a experiência de mães relacionada à malformação dos seus filhos, destaca-se que equipe de saúde quanto sua rede de

apoio social destas foram apresentadas como motivadores para a segurança emocional e adaptação; bem como revelam expectativas para equipe de saúde, de modo que esta que tenha conhecimentos técnicos, científicos, éticos e humanísticos nos cuidados com o bebê.

Entre o planejado e o ideal, ressalta-se que o plano de alta deve ser iniciado desde a admissão até o momento da alta, de forma individualizada, garantindo aos pais a autonomia e segurança para realizar o cuidado do filho fora do contexto hospitalar. Dessa forma, reconhece-se a importância de processos de qualificação dos profissionais envolvidos na transição do cuidado dos RNs e seus cuidadores, de modo a configurar a educação permanente como uma necessidade, a fim de ter melhor atendimento a elementos de segurança na alta e fornecimento de orientações sobre os cuidados no domicílio desses indivíduos²¹.

A questão de segurança e qualidade de vida propiciada por uma alta eficiente foi evidenciada apenas na fala de duas entrevistadas; fazendo refletirmos sobre os motivos dessa prática não estar consolidada por todos os profissionais, de modo a garantir a continuidade do cuidado no contexto domiciliar.

A alta é elaborada pela equipe multiprofissional, de acordo com a demanda do paciente, como o cardiologista e neurologista. Nas unidades neonatais²², o trabalho deve ser de forma integrada e interdisciplinar tanto no processo de internação quanto na alta do RN. A equipe deve estar em conformidade quanto as orientações e condutas para não acarretar conflitos entre a equipe, e equipe-família.

Por fim, destaca-se que²³, o preparo de alta realizado pela equipe multiprofissional hospitalar; ainda que haja diversas fragilidades na sua implementação. Deste modo, é necessário que existam protocolos ou normas que balizem esse processo, a fim de sistematizar as ações e continuidade do cuidado em domicílio.

Implicações para a prática em saúde e enfermagem

Este estudo busca contribuir com a prática de enfermeiras no processo da alta hospitalar, sinalizando aspectos que são essenciais para sistematização deste durante toda internação, de modo a implementar protocolos que subsidiem esse processo, bem como se articule com a equipe multiprofissional, para que tenha ação efetiva na continuidade do cuidado domiciliar das crianças com malformação congênita.

Considerações Finais

Conclui-se que as enfermeiras assumem duas posições diante do planejamento de alta de bebês com MFC, uma quando elas compreendem a importância e empoderam-se do seu papel como agente facilitador e essencial no processo de transição desse RN e sua família do ambiente hospitalar para o domicílio e uma outra como agente passivo nesse processo, resumindo o processo do planejamento de alta a impressos e orientações generalizadas não contemplando a singularidade desses sujeitos.

O planejamento de alta é fundamental para o seguimento de recuperação do bebê com MFC. Deve ser iniciado desde o início da internação até o momento da alta de forma individualizada, garantindo aos pais a autonomia e segurança para realizar o cuidado do filho em seu domicílio.

De acordo com falas das entrevistadas o planejamento de alta ideal deve ser progressivo e personalizado, estando pautado nas orientações de Enfermagem (cuidados básicos e específicos); aconselhamento e capacitação dos pais para tal, a continuidade dos cuidados integrados a rede de atenção à saúde nos diversos níveis de complexidade. Já o real se resume a marcação de consultas/exames e retornos, orientações superficiais e realizadas no dia da alta.

Ainda que uma das limitações do estudo esteja relacionada ao retrato de um único serviço (em diferentes setores), subentende-se por outras pesquisas que essa realidade se replica em outros cenários, implicando na realização de outras investigações com diferentes metodologias com essa temática.

Ficou evidenciado que a atuação da enfermeira possui distintos papéis, que se divide em dois componentes: o burocrático e o assistencial. Salienta-se que é necessário ampliar as estratégias utilizadas para a realização do processo de alta hospitalar, para os pais e equipe de saúde, com o objetivo de melhorar o planejamento e a continuidade do cuidado no domicílio.

Referências

1. Baldacci S, Gorini F, Santoro M, Pierini A, Minichilli F, Bianchi F. Environmental and individual exposure and the risk of congenital anomalies: a review of recent epidemiological evidence. *Epidemiologia e Prevenzione*. 2018; 42:3-4.
2. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Nascidos com defeitos congênitos: histórias de crianças, pais e profissionais de saúde que prestam cuidados ao longo da vida. 2020. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/3-3-2020-nacidos-con-defectos-congenitos-historias-ninos-padre-s-profesionales-salud-que>>.
3. Mendes JLV, Cardoso SDS, Hott ARN, Souza FLS. Importância da comunicação para uma assistência de Enfermagem de qualidade: uma revisão integrativa. *Braz J Surg Clin Res*. 2020; 32(2):169-74.
4. Cardoso MVLML, Lima VRM, Fontoura FC, Rodrigues SE, Saraiva IA, Fontenele FC. Terapêuticas utilizadas em recém-nascidos com malformações congênitas internados em unidade neonatal. *Rev Eletr Enferm*. 2015; 17(1):60-68.
5. Brasil. Portaria nº 930 do Ministério da Saúde, de 10 de maio de 2012 (BR). Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html>.
6. Passos BCM, Pimenta LP, et al. Perfil das causas básicas de mortalidade neonatal no Brasil, período 2008-2013: revisão integrativa. *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)*. 2021; 10(1):41-47.
7. Nietzsche EA, Nora AD, Lima MGRD, Bottega JC, Neves ET, Sosmayer VL. Educação em saúde: planejamento e execução da alta em uma Unidade de Terapia Intensiva neonatal. *Rev Esc Anna Nery*. 2012; 16:809-16.
8. Santos GLA, Sousa ARD, Félix NDDC, Cavalcante LB, Valadares GV. Implicações da sistematização da assistência de enfermagem na prática profissional brasileira. *Rev Esc Enferm USP*. 2021; 55:e03766.
9. COFEN. Resolução N° 736 do Conselho Federal de Enfermagem, de 17 de janeiro de 2024 (BR). Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Conselho Federal de Enfermagem. 2024. Disponível em: <<https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024>>.
10. COREN-SP. Parecer N° 046 do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, 07 de abril de 2011 (BR). Dimensionamento de pessoal de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Conselho Regional de Enfermagem (SP). 2011. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/site/s/default/files/parecer_coren_sp_2011_46.pdf>.

11. Vieira LRFS, Amaral FMGS, Boeckmann LMM, Morais RCM. Atuação dos profissionais de enfermagem no processo de alta de neonatos em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Foco (Interdisciplinary Studies Journal)*. 2023; 16(8).
12. Acosta AM, Câmara CE, Weber LAF, Fontenele RM. Atividades do enfermeiro na transição do cuidado: realidades e desafios. *Rev Enferm UFPE on line*. 2018; 12(12):3190-7.
13. Rosa NRPS, Curado MAS, Henriques MAP. Percepção dos pais sobre as práticas de educação em saúde na Unidade Neonatal. *Esc Anna Nery*. 2022; 26:e20210040.
14. Silva GN, Oliveira TKM, Cid VL, Dantas LSM, Sousa NCB, Dourado TM, Silva OS. Pesquisas qualitativas: formulações discursivas no domínio da enfermagem. *Rev Enferm Digit Cuid Promoção Saúde*. 2019; 4(1):65-69.
15. Bockorni BRS, Gomes AF. A amostragem em snowball (bola de neve) em uma pesquisa qualitativa no campo da administração. *Rev Ciênc Empr UNIPAR*. 2021; 22(1):105-17.
16. Viana ACG, Alves AMPM, Lopes MEL, Lima DRA, Batista PSS, Vasconcelos MF. Mães de bebê mal formado: percepção sobre orientações de enfermeiro. *Rev Enferm UFPE on line*. 2019; 13:e239825.
17. Delmiro ARCA, Barbosa MGL, Rocha YT, Castaño AMH, Silva KL. Tecnologias utilizadas no processo de alta hospitalar de crianças dependentes de tecnologias. *Rev Enferm Atual In Derme*. 2024; 98(3):e024360.
18. Reis DBC, Rocha AD. Processo de alta hospitalar em uma unidade neonatal sob a ótica da equipe de saúde. *Rev Enferm Digit Cuid Promoção Saúde*. 2023; 8:01-09.
19. Taufer EB. Diagnóstico de malformação congênita fetal: implicações nas mães, nos pais e nos irmãos do bebê gestado. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2019. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/204263>>.
20. Zampoli ACM, Caldeira S, Santos KB, Nihei OK, Silva RMM. Experience of mothers after the diagnosis of congenital malformation and the expectations of care. *Rev Rene*. 2022; 23:e78408.
21. Pucca BG, Ribeiro MRR, Acosta AM, Costa DG, Milioni KC, Oliveira JLC. Safety elements and understanding of guidelines at discharge from Neonatal Intensive Care Units. *Rev Gaúcha Enferm*. 2022; 43:e20210262.
22. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Fundação Oswaldo Cruz. Principais Questões sobre a Alta do Recém-nascido de Risco. 2019. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-o-recem-nascido/6207/>>.
23. Delmiro ARCA, Pimenta EAG, Nóbrega VM, Fernandes LTB, Barros GC. Equipe multiprofissional no preparo para a alta hospitalar de crianças com condições crônicas. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2020; 19:e50418.