

## Health Education for discharge from Pediatric and Neonatal Intensive Care Units

Tatiana Souza de Castro Silva, Daniela Garcia Damaceno, Maria José Sanches Marin, Magali Aparecida Alves de Moraes, Paulo Roberto Rocha Junior

### Resumo:

Com os avanços na Medicina Intensiva houve um aumento na sobrevivência das crianças com alguma necessidade especial. Os princípios do Sistema Único de Saúde e as Políticas Nacionais de Humanização propõem estratégias que objetivam a melhoria da assistência, como a Educação em Saúde com os pais e familiares. O presente trabalho objetivou analisar as principais estratégias utilizadas no processo de Educação em saúde visando à alta hospitalar nos ambientes da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e suas contribuições. Foi utilizada, para tanto, a Revisão Integrativa da Literatura composta de seis etapas: 1) elaboração da pergunta da pesquisa: Quais as principais estratégias utilizadas no processo de Educação em saúde visando à alta hospitalar nos ambientes da UTIP e UTIN e suas contribuições?; 2) definição das bases de dados: LILACS, MEDLINE, CINAHL, Web of Science, Scopus and SciELO. Vinte e dois artigos compuseram a amostra final, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão; 3) coletadas as informações para responder ao objetivo; 4) avaliação dos artigos; 5) interpretação dos resultados: prevalência dos estudos realizados nos Estados Unidos; os participantes foram os pais e profissionais de saúde. Houve uma lacuna de 15 anos entre o primeiro e o segundo estudo, o local de maior pesquisa foi a UTIN e a maioria dos estudos pertenceu ao grau de evidência IV e, 6) conclusão: há escassez de estudos de níveis de evidências mais altos na área da saúde; outras categorias da equipe multidisciplinar devem realizar mais pesquisas com esta abordagem e, há necessidade de sensibilizar outros países e as equipes da UTIP a utilizarem esta prática e publicarem seus resultados.

Palavras-chave: Educação em saúde; Alta do paciente; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica.

### Abstract:

With these advances in Intensive Care Medicine, there has been an increase in the survival of these children with some special need due to the hospitalization or their own pathology. The principles of the Health Unic System and the national humanization policy aim to propose strategies to improve care for these patients, such as health education with parents and family. Therefore, this paper aimed to analyze the main strategies used in the Health Education process Aiming at Hospital Discharge in PICU and NICU environments and their contributions. The Integrative Review was composed of six steps: 1) elaboration of the research question: What are the main strategies used in the Health Education Process Aiming at Hospital Discharge in the PICU and NICU Environments and their contributions? 2) definition of databases (LILACS, MEDLINE, CINAHL, Web of Science, Scopus and SciELO), using the descriptors "Health Education," "Patient Discharge," "Neonatal Intensive Care Units" and "Therapy Units". Pediatric Intensive Care". Of the 22 comprised the final sample after applying the inclusion and exclusion criteria 3) collected the information to answer the objective; 4) evaluation of selected articles; 5) Interpretation of results as evidence: The prevalence of studies was conducted in the USA and participants were parents and health professionals, there was a gap of 15 years between the first study and the second, the place of greatest research was in the NICU and most studies belonged to the evidence's level IV. and 6) presentation of the synthesis of the knowledge that had as conclusion: the lack of higher levels of evidence' studies in the health area in relation to this theme, that the other categories that compose the multidisciplinary team should carry out more research with this approach and in relation to the research field, it is necessary to sensitize other countries and PICU teams to use this practice and publish their results.

Keywords: Health education. Patient discharge. Intensive Care Units, Neonatal. Intensive Care Units, Pediatric.

Como citar este artigo:  
SILVA, T. S. C.; DAMACENO, D. G.; MARIN, M. J. S.; MORAES, M. A. A. ROCHA JUNIOR, P. R. Educação em saúde para alta nas Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal. Revista Saúde (Sta. Maria). 2023; 49.

Autor correspondente:  
Nome: Tatiana Souza de Castro Silva  
E-mail: tatiana\_souzacastro@yahoo.com.br  
Formação: Formada em Fisioterapia pela Universidade de Marília  
Filiação: Fisioterapeuta no Hospital das Clínicas da Fama

Endereço: Rua: Setembrino Cardoso Maciel nº: 109  
Bairro: Fragata Cidade:  
Marília Estado: São Paulo  
CEP: 17501310

Data de Submissão:  
26/11/2019  
Data de aceite:  
21/09/2023

Conflito de Interesse: Não há conflito de interesse

DOI: 10.5902/2236583441350



## INTRODUÇÃO

O início da história da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) teve como referência, a epidemia de poliomielite em 1952<sup>(1)</sup>, em Copenhague, já no Brasil, a UTI apareceu na década de 70 com a finalidade de centralizar recursos materiais e humanos<sup>(2)</sup>.

O Ministério da Saúde (MS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) conceituam UTI como sendo um local onde são observados os pacientes em estado crítico de Saúde, ininterruptamente<sup>(3)</sup> e, assistidos por uma equipe interdisciplinar especializada com recursos materiais e tecnológicos para a manutenção e recuperação da saúde destes<sup>(4,5)</sup>.

Os recém-nascidos (RN) prematuros ou com alguma doença foram alocados em berçários especiais pela primeira vez em Paris, na França, em 1893<sup>(6)</sup>, e no Brasil, a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) surgiu por uma determinação político-assistencial em 1980<sup>(7)</sup>. Esta UTIN é destinada a crianças com idade de zero a 28 dias de vida, prematuro abaixo de 1000g ao nascer ou nascido com idade gestacional menor que 30 semanas, para os RN prematuros ou não, que possuem alguma doença, ou para recuperação pós-cirúrgica<sup>(8)</sup>.

Já a unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), surgiu por volta de 1959, na Escandinávia, também após a epidemia de poliomielite e, no Brasil, seu marco foi em 1971 e 1974 no Rio de Janeiro e em São Paulo, respectivamente<sup>(9)</sup>. A internação de crianças na UTIP acontece a partir de 29 dias de vida até os 14 ou 18 anos ou conforme a rotina da instituição. São elegíveis as crianças que necessitam de ventilação mecânica invasiva ou não invasiva, com alguma doença que comprometa os sistemas do corpo humano e também é destinada para recuperação e monitorização em pós-operatórios<sup>(4,5)</sup>.

O ambiente de uma UTI, é um local que provoca muitas mudanças na rotina dos pais e familiares das crianças hospitalizadas<sup>(10,11)</sup>, gerando angústias, medos e insegurança<sup>(12-15)</sup>, que muitas vezes, não termina com a alta da UTIN ou UTIP, pois significa que deverão dar continuidade nos cuidados, levando-os a assumir grande responsabilidade, para a qual, na maioria das vezes não estão adequadamente preparados. É comum, portanto, a presença de grande estresse emocional chamado de Transtorno de Estresse pós traumático (TEPT)<sup>(13)</sup>.

O TEPT, pode ser atenuado com estratégias de Educação em Saúde objetivando uma alta com qualidade contendo uma comunicação eficaz, estabelecendo um bom vínculo entre a equipe de saúde e as famílias<sup>(16,17)</sup>, realizando o Cuidado Centrado na Fa-

---

mília (CCF)<sup>(18)</sup> e efetuando a tarefa de referenciar estas famílias aos cuidados pertinentes a cada uma, antes da alta hospitalar<sup>(18)</sup>.

As famílias devem ser inseridas no cuidado com seus filhos para ganharem experiência e confiança nas tarefas realizadas, antes de irem para casa<sup>(19)</sup> por meio de estratégias educativas<sup>(18)</sup>. Recomenda-se que tais estratégias envolvam a sessões de prática e materiais para a construção do conhecimento e de suas habilidades e que as mesmas sejam repetidas quantas vezes forem necessárias<sup>(20)</sup>.

A alta, geralmente é centrada no médico, e considerada pelos profissionais de saúde como um acontecimento simples, o que causa um aprendizado ineficiente, muita angústia e estresse<sup>(21)</sup>. Para se ter uma alta menos estressante, necessita-se de ofertar informações claras e precisas às famílias<sup>(22)</sup> e, de inseri-las nos cuidados desde o momento da internação, realizando assim o modelo do cuidado centrado no paciente e sua família<sup>(23)</sup>. Esta prática leva a uma maior adesão ao tratamento devido à construção do vínculo com respeito, empatia e confiança entre eles<sup>(16)</sup>.

O preparo das famílias para alta com humanização possibilita maior autoconfiança e segurança para realizarem os cuidados com seus filhos e de alcançar o direito de seguimento até o próximo nível de assistência, diminuindo readmissões dessas crianças e melhorando a qualidade de vida deles.

Neste sentido, o objetivo dessa pesquisa foi analisar as principais estratégias utilizadas no processo de Educação em saúde visando à alta hospitalar nos ambientes da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e suas contribuições.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de Revisão Integrativa da Literatura (RIL). Este tipo de pesquisa proporciona um resumo detalhado sobre o tema abordado<sup>(24)</sup> e, pode apontar possíveis lacunas do conhecimento para novos estudos<sup>(25,26)</sup>. Devido a seu rigor metodológico, contribui para a prática clínica baseada em evidências<sup>(24)</sup>.

A RIL recomenda que se estabeleça critérios bem delineados sobre a coleta de dados, análise e apresentação dos resultados<sup>(27)</sup>. Portanto, foram empregadas seis etapas indicadas na sua elaboração; seleção da hipótese ou a pergunta da revisão; a amos-

tra (estabelecem-se os critérios de inclusão/exclusão); definição das características da pesquisa (categoriza-se os estudos e constrói-se o quadro síntese); análise dos estudos incluídos na revisão; interpretação e discussão dos dados; e apresentação do conhecimento, que estão detalhadamente descritas a seguir<sup>(24)</sup>.

A questão norteadora ficou definida como: Quais as principais estratégias utilizadas no processo de Educação em Saúde Visando à Alta Hospitalar nos Ambientes da UTIP e da UTIN e suas contribuições? Foram usados os descritores, após consulta ao Sistema de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), *Medical Subject Headings* (MeSH) e *List of Headings CINAHL Information Systems*, utilizou-se a combinação booleana: “*Intensive Care Units, Pediatric [Mesh] OR Intensive Care Units, Neonatal [Mesh] AND Health Education[-Mesh] AND Patient Discharge [Mesh]*” e, como filtros: *English, Portuguese e Spanish*.

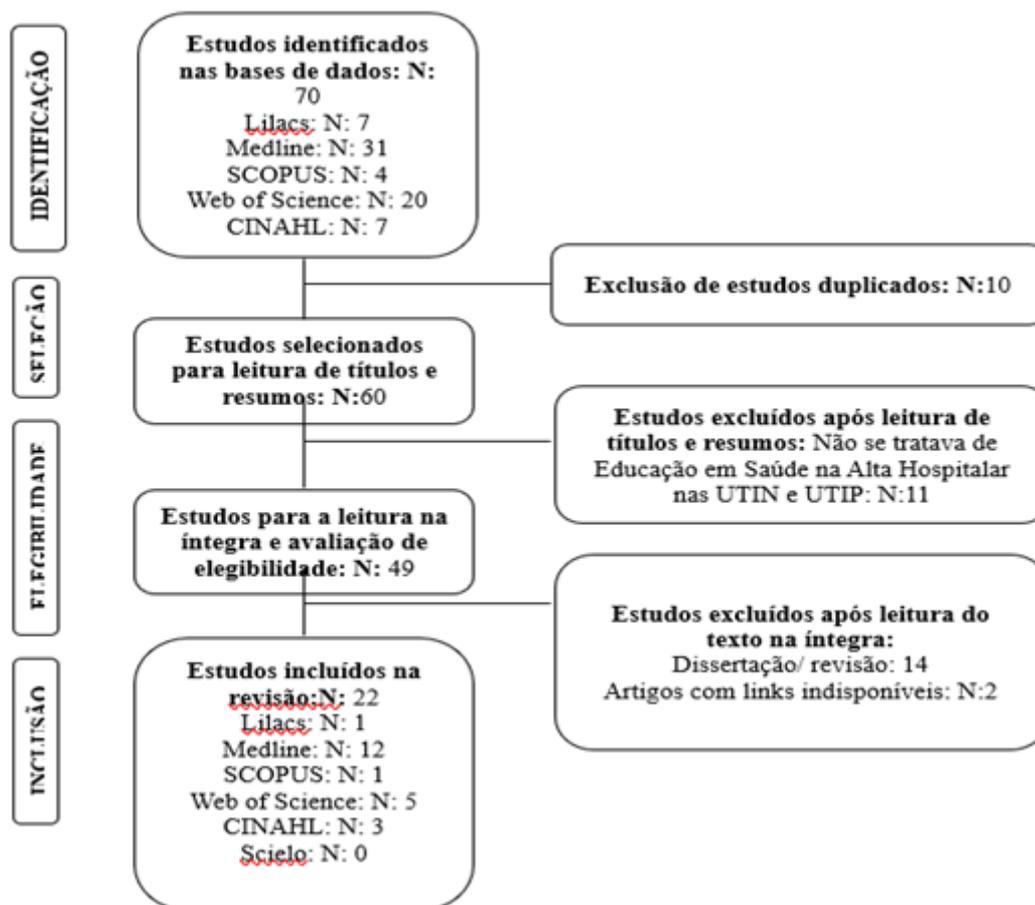
O levantamento bibliográfico desta pesquisa foi realizado entre os meses de maio e julho de 2019 nas bases eletrônicas de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *US National Library of Medicine- MEDLINE* (PubMed), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL-Ebsco), *Web of Science*, *Scopus* e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

Os critérios de inclusão utilizados foram artigos originais indexados nas bases de dados descritas, sem demarcação de tempo, nos idiomas inglês, português e espanhol e com texto completo disponível. Os critérios de exclusão estabelecidos foram: estudos de revisão de literatura e de reflexão teórica, além de dissertações, teses e os que não respondiam à pergunta do trabalho.

A busca, a seleção dos artigos e a análise dos critérios de inclusão foram realizadas aos pares, de forma independente, no período de julho a novembro de 2019. Assim, 22 artigos compuseram a amostra final.

A Figura 2 indica o fluxo de construção amostral dos artigos selecionados na presente investigação<sup>(28)</sup>.

**Figura 1** – Fluxograma das informações com as diferentes fases de uma revisão integrativa da literatura.



Fonte: Material elaborado pelos autores, 2019.

Os textos selecionados contendo estratégias de Educação em saúde visando à alta hospitalar de crianças internadas na UTIN e UTIP foram analisados e extraídos deles a referência do periódico, país de realização do estudo, o tipo de método e seu nível de evidência, o principal objetivo de cada estudo, a descrição da estratégia utilizada e as principais contribuições que as intervenções podem trazer para uma alta planejada utilizando a Educação em saúde. Para a classificação do grau de evidência foi utilizado o critério de classificação da Oxford Centre Evidence Based Medicine<sup>(29)</sup>.

## RESULTADOS

Os estudos que abordam as estratégias e de principais contribuições sobre Educação em saúde visando à alta hospitalar nas UTIN e UTIP são apresentados na Tabela 1. Estes estudos foram realizados em diferentes países e continentes, com prevalência daqueles

realizados nos Estados Unidos. A totalidade dos estudos teve, como participantes, pais e profissionais de saúde. Quanto ao ano de publicação, houve uma lacuna de quinze anos entre o primeiro estudo e o segundo, mas nos demais houve um equilíbrio entre os intervalos definidos. A maioria dos estudos pertenceu ao Nível IV.

<b>Tabela 1 – Distribuição percentual dos artigos, de acordo com país de realização do estudo, tipo de estudo/grau de evidência, participantes do estudo, ano de publicação e as Unidades de terapia intensivas. Marília/SP, 2019</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>País de realização do estudo</b>		
Estados Unidos	18	81,81
Brasil	2	9,09
Dinamarca	1	4,54
Reino Unido	1	4,54
<b>Tipo de estudo/grau de evidência</b>		
Qualitativo/IV	5	22,72
Quantitativo e descritivo/IV	12	54,54
Quase experimental/III	4	18,18
Experimental/II	4	18,18
Método misto/IV	2	9,09
<b>Participantes do estudo</b>		
Pais	12	54,54
Pais e Profissionais da saúde	8	36,36
Profissionais de saúde	2	9,09
<b>Ano de publicação</b>		
1990 a 2005	2	9,09
2006 a 2008	6	27,27
2009 a 2012	4	18,18
2013 a 2015	4	18,18
2016 a 2018	6	27,27
<b>Unidades</b>		
UTIN	20	90,09
UTIP	2	9,09

Fonte: elaborada pelos autores, 2019.

**Quadro 1 – Síntese das estratégias de Educação em Saúde Visando a Alta Hospitalar e suas principais contribuições, segundo os artigos da Revisão Integrativa da Literatura.**

N	Estratégia	Principais Contribuições
1 <sup>(28)</sup>	Simulação de cuidados e possíveis imprevistos no ambiente doméstico.	Os pais avaliaram como viável e bem-sucedido o programa.
2 <sup>(30)</sup>	Os pais receberam o manual de preparo para alta hospitalar que abordou: a recuperação emocional, a recuperação comportamental e os cuidados com o desenvolvimento normal da criança. Além disso, foram realizados aconselhamentos sobre o gerenciamento dos problemas comportamentais em crianças após alta hospitalar. Por meio de contatos telefônicos após alta, foram reforçadas as orientações e os pais acompanhados por um período de três a seis meses.	Os resultados confirmam a viabilidade de muitos aspectos da intervenção como a leitura do manual por parte de todos os familiares, a participação da maioria até o final da intervenção, da avaliação positiva destas famílias sobre a utilidade e a realização da intervenção no momento adequado e o acompanhamento por um período de três a seis meses após a alta dessas crianças. Indicaram algumas modificações que poderiam ser feitas para melhorar ainda mais essa intervenção.
3 <sup>(31)</sup>	Foi desenvolvido um DVD ( <i>digital compact disc</i> ) com as seguintes temáticas: segurança com o recém-nascido; higiene; sinais e sintomas de doenças; desenvolvimento motor, social e emocional; sugestões para lidar com estresse.	Os pais foram ganhando mais confiança nos cuidados com seus filhos, aumentando a interação com a criança.
4 <sup>(32)</sup>	Programa de intervenção educacional comportamental para os pais de crianças internadas UTIN <sup>***</sup> . Consiste em informar sobre a aparência e o comportamento dos bebês prematuros e na identificação do início de estresse. As informações foram dadas, através de fitas gravadas e um guia reproduzido e distribuído aos pais.	Os pais que receberam o programa de intervenção relataram significativamente menos estresse, depressão e sintomas de ansiedade. Durante a hospitalização, os pais mostraram maior interação com seus filhos.
5 <sup>(33)</sup>	Trata-se de uma abordagem centrada na família com apoio da equipe multidisciplinar, que utilizam princípios baseados em evidência para trabalharem em um grupo de apoio e educação, além de desempenharem visitas domiciliares.	Este programa preencheu a lacuna existente entre a consulta e a realização de acompanhamento do desenvolvimento da criança, que acontece aos seis meses de idade. Levou também à detecção precoce de depressão pós-parto e a encaminhamentos para médicos e para aconselhamentos psicológicos.
6 <sup>(34)</sup>	Programa de consultorias em amamentação na beira leito com instruções e apoio às mães que tiveram seus filhos internados na UTIN <sup>***</sup> . Os familiares e os pais das crianças tiveram também acesso a uma estratégia pública de saúde, como a Campanha de Conscientização.	A maioria relatou que os médicos as encorajaram a amamentar, que a equipe sanou as dúvidas, que receberam assistência dos enfermeiros e consultores de amamentação. A rede de apoio da avó materna e do pai da criança também se mostrou fundamental.

**Quadro 1 – Síntese das estratégias de Educação em Saúde Visando a Alta Hospitalar e suas principais contribuições, segundo os artigos da Revisão Integrativa da Literatura.**

N	Estratégia	Principais Contribuições
7 <sup>(35)</sup>	Programa baseado na Web foi composto um programa com sete fases: construção de uma relação de confiança entre a família e a equipe de saúde; trabalho para alcançar um envolvimento familiar na tomada de decisões; aprimoramento da transferência de informação entre equipe de saúde e família; fornecimento de apoio emocional à família; oferecimento de um ambiente seguros aos bebês e aos familiares; preparação da família para vida fora do hospital; facilitação do vínculo entre família e o bebê. Criado um protocolo: composto de informações sobre os componentes do leite materno, diretrizes que descrevem o manuseio deste leite, os benefícios do método Canguru e do grupo (clube do leite materno), facilitado por consultores de lactação.	Os benefícios foram evidentes. A equipe notou que a linguagem médica usada foi um pouco difícil de entendimento. Diminuiu o número de dias de internação dos bebês;
8 <sup>(19)</sup>	Programas educacionais para os pais de bebês prematuros internados na UTIN***; realizados por meio de Visitas, orientações sobre a UTIN*** e conferências de alta pela equipe multidisciplinar para a família; Publicações de folhetos relevantes para pais e prestadores de cuidados de saúde.	Os pais relataram que a maioria das intervenções contribuíram para a confiança no cuidado de seu bebê prematuro e, com isso, gerou a sensação de bem-estar após a alta. O estudo contribuiu para um conhecimento significativo sobre as consequências da separação mãe e o bebê no início da vida e a conscientização desta ligação.

**Quadro 1 – Síntese das estratégias de Educação em Saúde Visando a Alta Hospitalar e suas principais contribuições, segundo os artigos da Revisão Integrativa da Literatura.**

N	Estratégia	Principais Contribuições
g <sup>(36)</sup>	<p>A intervenção foi composta por dois grupos.</p> <p>1-Grupo com o modelo de alta tradicional adotada pelo hospital: Realizadas avaliações pré alta de cada bebê pela equipe hospitalar, com seus devidos encaminhamentos. Os encaminhamentos foram destinados para a equipe de cuidados primários pertinentes, como a equipe de saúde pública, a equipe de enfermagem, para programas de intervenção precoce multidisciplinar, para fisioterapia. As famílias são referenciadas por enfermeiros da equipe da UTIN***, para enfermeiros e terapeutas de desenvolvimento da saúde pública.</p> <p>2-Modelo de alta gerenciada: A equipe de transição forneceu educação para as famílias sobre os benefícios da intervenção precoce, realizados pela equipe multidisciplinar, para o desenvolvimento dos bebês.</p> <p>A intervenção foi seguida por indicações de serviços necessários a cada família A equipe de transição facilitou a parceria dos pais com os profissionais da atenção primária. Foram agendadas, semanalmente, visitas domiciliares dos membros da equipe para os participantes. Os dois grupos foram acompanhados após a alta aos 6, 12,18 e 24 meses de idade corrigida dos bebês em relação a sua evolução clínica e, ao estado neurológico.</p>	<p>Esses resultados indicam que o modelo da equipe de transição forneceu mais acesso das famílias a serviços de saúde e os atendimentos recebidos mostraram-se mais consistentes em relação ao desenvolvimento da criança devido a maior rede de apoio para as mães.</p>

**Quadro 1 – Síntese das estratégias de Educação em Saúde Visando a Alta Hospitalar e suas principais contribuições, segundo os artigos da Revisão Integrativa da Literatura.**

N	Estratégia	Principais Contribuições
10 <sup>(37)</sup>	<p>A estratégia foi composta por um protocolo e de ferramentas educacionais divididos em dois grupos, sendo um, o grupo controle e o segundo, o grupo experimental.</p> <p>Os pais do grupo controle receberam atendimento padrão da UTIN*** que incluía contato com assistente social, terapeuta ocupacional e treinamentos de cuidados dos bebês. Os pais do grupo intervenção receberam o atendimento padrão e uma sessão educacional individual que lhes ensinou técnicas de atenção embasadas em treinamento do neurodesenvolvimento. Técnicas de atenção foram constituídas em: concentração da respiração, consciência pessoal e o não julgamento pessoal e de seus filhos. O treinamento de cuidados do desenvolvimento neurológico centrado na observação e reconhecimento dos sinais infantis (sinais fisiológicos, motores, comportamentais e de autorregulação infantil).</p> <p>Os pais foram incentivados a interagir e intervir de acordo com as respostas dos bebê. Após essa sessão de educação, os pais do grupo intervenção tiveram contato verbal (via ligação telefônica ou pessoalmente), com um membro da equipe de pesquisa pelo menos a cada duas semanas, durante a hospitalização do bebê.</p>	<p>Houve uma diminuição do estresse dos pais ao longo da participação no estudo. Em conclusão, a participação no cuidado do desenvolvimento neurológico, baseado em atenção, teve impactos positivos sobre o estresse parental, tempo de permanência hospitalar e também pode ter impactado o vínculo entre pais e filhos.</p>

**Quadro 1 – Síntese das estratégias de Educação em Saúde Visando a Alta Hospitalar e suas principais contribuições, segundo os artigos da Revisão Integrativa da Literatura.**

N	Estratégia	Principais Contribuições
11 <sup>(38)</sup>	<p>Foi formada uma equipe Interdisciplinar composta por 3 enfermeiros, 1 médico, 1 terapeuta ocupacional e 1 terapeuta respiratório.</p> <p>A intervenção consistiu na compra de um saco de dormir, da criação de uma diretriz de promoção de práticas seguras de sono, da criação de educação para padronização de alta, pela equipe da UTIN*** e de educação para cuidadores e familiares na comunidade durante as consultas pré-natais.</p> <p>As famílias assistiram a um vídeo educativo de dez minutos sobre sono seguro, produzido pela campanha do Instituto Nacional de Saúde e Segurança, para o cuidado e desenvolvimento humano. Foram criadas aulas para os pais, com material construído pelo grupo com membros da equipe.</p> <p>A equipe da UTIN*** recebeu orientações da equipe interdisciplinar, que criou um programa de educação, em que visaram à disseminação de informações e mudanças na prática clínica.</p> <p>Os médicos receberam orientação do médico da equipe interdisciplinar, por meio de sessões no serviço e por e-mail.</p> <p>Após 2 meses da alta das crianças da UTIN***, as enfermeiras fizeram contato via ligação telefônica para acompanhar a prática de sono seguro.</p>	<p>A padronização de práticas seguras de sono com diretrizes claras e educação reforçada tiveram um forte impacto nas práticas seguras de sono.</p> <p>Essa intervenção foi sustentada por mais de 18 meses. Continuaram a fornecer a reeducação conforme a necessidade.</p>
12 <sup>(39)</sup>	<p>Os farmacêuticos e a equipe da UTIN*** desenvolveram um programa para aumentar os seus conhecimentos em cuidados maternos infantis.</p> <p>O programa apoiou o processo de alta centrada na prática de farmácia e foi realizado em forma de palestras.</p> <p>Para as palestras, os farmacêuticos deveriam ler de três a cinco artigos por tópico anteriormente. Todas as leituras necessárias e trabalhos de casa foram distribuídos para os farmacêuticos via e-mail.</p> <p>O estágio final do treinamento envolveu um módulo que permitiu aos funcionários oportunidades para praticar sua função sozinho. E um segundo módulo prático, que envolvia convívio com pacientes. Uma farmácia satélite foi implementada dentro da UTIN*** para preparação de medicação e para os farmacêuticos abordarem e praticarem o aconselhamento de alta desde a admissão até a alta.</p>	<p>A implementação de um treinamento para educar farmacêuticos, que não possuíam residência nas áreas materno-infantil ajudou a viabilizar os serviços de farmácia a incluírem o aconselhamento às famílias desde da admissão até a alta.</p>

**Quadro 1 – Síntese das estratégias de Educação em Saúde Visando a Alta Hospitalar e suas principais contribuições, segundo os artigos da Revisão Integrativa da Literatura.**

N	Estratégia	Principais Contribuições
13 <sup>(40)</sup>	<p>O programa foi projetado para oferecer suporte educacional e apoio às mães durante a hospitalização dos seus filhos e uma preparação para continuarem o aleitamento materno após a alta. Foi realizado em três períodos:</p> <p>No primeiro período foram analisados prontuários retrospectivos anteriormente à contratação de uma consultora de amamentação. No segundo tempo, foram analisados os três primeiros meses que o consultor fez a implantação do programa. No terceiro tempo, foi uma continuação ao tempo dois, analisado o efeito da contratação deste profissional.</p> <p>O programa conteve orientações de amamentação realizadas presencialmente e também por uma ligação telefônica. As mães foram abordadas após 24 horas da admissão de seus filhos na UTIN.</p>	<p>Incluir um consultor de amamentação como membro da equipe da UTIN*** proporcionou que os bebês se beneficiassem com o aleitamento materno e as mães recebessem o apoio e suporte, para que iniciassem a amamentação.</p>

**Quadro 1 – Síntese das estratégias de Educação em Saúde Visando a Alta Hospitalar e suas principais contribuições, segundo os artigos da Revisão Integrativa da Literatura.**

N	Estratégia	Principais Contribuições
14 <sup>(41)</sup>	<p>Programa visando à melhoria em relação ao aleitamento materno. Consistiu em uma capacitação dos enfermeiros da UTIN***. As práticas-padrão são baseadas nos dez passos para promover a proteção da amamentação em bebês vulneráveis.</p> <p>Todos os enfermeiros, que se habilitavam a participar, realizaram dois cursos sobre o aleitamento materno. Durante a formação, foram apresentados todos os aspectos do leite humano, amamentação e outros como: composição biológica do leite materno, anatomia e fisiologia da mãe-bebê em relação ao aleitamento, avaliação de uma sessão de amamentação para solução de problemas, resultados do papel cultural de apoio à amamentação.</p> <p>Um conteúdo sobre especificidade materno-infantil e a transição para a mama foi introduzido separadamente em dez etapas: fornecer informações necessárias aos pais para tomarem a decisão em amamentar, de auxiliar a mãe no fornecimento e manutenção da amamentação, de assegurar a amamentação correta, técnicas de gestão e desenvolvimento de procedimentos para alimentar os bebês com leite humano. Sendo elas: os cuidados bucais, contato pele a pele e oportunidade para nutrição não nutritiva na mama, gerenciar para a mama, medir a expressão do leite, preparar o bebê e a família para alta, fornecendo cuidados e acompanhamento adequado.</p> <p>O projeto foi composto por quatro equipes de enfermeiros e seguiu oito etapas: coleta de dados, designação do líder da equipe, criação da equipe multidisciplinar, criação da documentação eletrônica, educação inicial da equipe, reunião mensal da equipe, reeducação da equipe durante todo o projeto, educação com a família do paciente. Os líderes da equipe foram primeiramente treinados pelo líder do projeto sobre a implementação da capacitação. Criou-se um cartaz com os principais conceitos da implementação e de como documentá-las</p>	<p>O projeto demonstra que as práticas de implementação podem ser aplicadas com sucesso a todos os bebês no período neonatal e cuidados intensivos, independentemente do diagnóstico e idade gestacional.</p>

**Quadro 1 – Síntese das estratégias de Educação em Saúde Visando a Alta Hospitalar e suas principais contribuições, segundo os artigos da Revisão Integrativa da Literatura.**

N	Estratégia	Principais Contribuições
15 <sup>(42)</sup>	<p>A estratégia visou, no primeiro encontro, a conhecer o contexto familiar, realizou um levantamento do histórico obstétrico e investigou sobre o recebimento de alguma orientação após o nascimento do bebê. As mães foram inseridas nos cuidados gradativamente de modo sistematizado, e adaptados às demandas e necessidades individuais, sempre com observação do ritmo de aprendizagem de cada participante. A implementação das orientações foi pautada em um roteiro elaborado que contemplou os conteúdos considerados importantes ao preparo das mães para o cuidado com o recém-nascido, em forma de <i>check-list</i>. O Roteiro foi elaborado, por meio de oito agrupamentos temáticos: cuidados de higiene e conforto, acompanhamento ponderal, higiene das mãos, cuidados específicos relacionados ao diagnóstico ou quadro clínico do recém-nascido, rotinas assistenciais da UTIN***; cuidados gerais no domicílio e de Informações sobre o quadro clínico do bebê.</p> <p>No caso do ensino de cuidados, inicialmente as mães realizavam os cuidados juntamente e com supervisão e com o passar dos dias, sozinhas.</p> <p>No caso da abordagem de temas relacionados à condição da criança, ou esclarecimentos sobre as rotinas do serviço, o processo foi dado de forma individual. Temas relativos aos cuidados gerais eram tratados, coletivamente, em um horário de maior conveniência e em um local específico.</p>	<p>Foi elaborado um roteiro para inserção das mães nos cuidados, através de oito agrupamentos temáticos.</p>

**Quadro 1 – Síntese das estratégias de Educação em Saúde Visando a Alta Hospitalar e suas principais contribuições, segundo os artigos da Revisão Integrativa da Literatura.**

N	Estratégia	Principais Contribuições
16 <sup>(43)</sup>	<p>O programa educacional que utilizou materiais escritos e em audiovisuais sobre o padrão de choro normal em bebês. Abordou os perigos de sacudirem os bebês e as estratégias para lidarem com o choro. Este material foi disponibilizado para assistirem no hospital ou em casa. A intervenção pode ter ocorrido durante a internação ou no momento da alta. Se a intervenção foi realizada durante a alta, a pesquisa foi realizada neste momento. Se a equipe da pesquisa não conseguiu aplicar no momento, foram realizadas ligações telefônicas, uma ou duas semanas após a alta, para a implementação da pesquisa. Depois de quatro a cinco meses após a alta, membros da equipe de pesquisa aplicaram a pesquisa, através de ligação telefônica para o acompanhamento.</p>	<p>A pesquisa mostrou que as mães relataram ter recebido mais informações que as relatadas pelas enfermeiras. As mães, que receberam orientações verbais durante a internação, mostraram maior confiança no enfrentamento do choro. De maneira geral, a implementação da educação melhorou significativamente a capacidade das mães lidarem com o choro do bebê.</p>

**Quadro 1 – Síntese das estratégias de Educação em Saúde Visando a Alta Hospitalar e suas principais contribuições, segundo os artigos da Revisão Integrativa da Literatura.**

N	Estratégia	Principais Contribuições
17 <sup>(44)</sup>	<p>O projeto realizou uma revisão da literatura sobre as melhores práticas para um planejamento de alta. Para cada prática foi usada uma ferramenta visando à melhoria do processo de alta.</p> <p>1) Criação de um plano de alta com ferramentas de fácil acesso e simples de usar. Foi criado para cada bebê, uma lista de verificação em que os profissionais de saúde anotam as datas e as tarefas realizadas.</p> <p>2) Reestruturação da comunicação verbal e escrita da equipe interdisciplinar. Rondas de equipe interdisciplinar que concentrou em criação de um plano de cuidado durante toda a estada. Reuniões interdisciplinares mais demoradas devem ser realizadas semanalmente ou conforme a necessidade do bebê para a alta. Maximizar o uso de ferramentas para educação dos cuidadores.</p> <p>Desenvolvimento de um manual, contendo uma lista de tópicos de ensino para a alta.</p> <p>3) Utilização de ferramentas que visou a contínua melhoria da qualidade do processo que garantiu a satisfação dos pais e da equipe. Foi construído um questionário para avaliação do processo.</p> <p>4) Aprimoramento e análise de interação da alta com a comunidade. Uma variedade de práticas pode ajudar na conexão hospitalar para comunidade, como incluir uma consulta médica antes da alta, programar uma visita domiciliar de vários profissionais de saúde anteriormente à alta, implementar um modelo de enfermagem para seguimento domiciliar de 18 meses após a alta.</p>	<p>Foram criadas recomendações (melhores práticas) para integrar os processos organizacionais com otimização do planejamento de alta desde a admissão até o acompanhamento na comunidade. As contribuições das cinco melhores práticas foram: A ferramenta (lista) auxilia no compartilhamento das responsabilidades do cuidado entre os pais e a equipe, as rondas de equipe interdisciplinar estruturada incluem coordenação de atendimento e, uma família bem preparada para alta, maior satisfação da equipe e quando um plano colaborativo é seguido, O manual com a lista de tópicos para a alta ajudou a cumprir o objetivo de educar os pais para a alta durante a hospitalização, o projeto focou em cima dos dois objetivos que foram: a visita médica anteriormente à alta e a programação também anteriormente à alta de visita domiciliar de vários profissionais de saúde.</p>

**Quadro 1 – Síntese das estratégias de Educação em Saúde Visando a Alta Hospitalar e suas principais contribuições, segundo os artigos da Revisão Integrativa da Literatura.**

N	Estratégia	Principais Contribuições
18 <sup>(45)</sup>	<p>O protocolo permitiu aos cuidadores assumirem os cuidados 24 a 48 horas antes da alta da UTIN***.</p> <p>Duas semanas após alta, na consulta de acompanhamento com o cardiologista, foi solicitado aos cuidadores que completassem uma pesquisa anteriormente a implementação do protocolo.</p> <p>Estes resultados foram utilizados na construção do protocolo e após a implementação, foi realizada uma pesquisa de satisfação com a experiência.</p> <p>Foram separados os pacientes em dois grupos. O primeiro chamado de “<i>Bluebird</i>” e o segundo de “<i>Redbird</i>”, em que um necessitava de 48 horas de implementação, e o outro, de 24 horas respectivamente.</p> <p>A equipe discutiu sobre parâmetros de monitoramento dos pacientes escalados para simular o ambiente doméstico.</p> <p>Foram criadas diretrizes para a equipe em caso de dúvidas. Um manual explicativo para os cuidadores foi desenvolvido com esclarecimentos sobre os horários, expectativas e suas atribuições.</p> <p>Na porta dos quartos das crianças foi colocado um sinalizador para todos respeitarem os horários e a autonomia dos cuidados pelos cuidadores.</p> <p>A equipe necessitou de uma capacitação para implementação. Esta capacitação foi realizada de forma interativa e on-line explicando o protocolo e receberam cenários de pacientes para testarem os conhecimentos. A lista de verificação de alta que controla a conclusão do ensino, solicitação de medicamentos, suprimentos, bem como a prontidão para o início do protocolo.</p>	<p>Os cuidadores relataram um aumento na satisfação e compreensão do processo de alta pós-intervenção. Dados pré-intervenção revelaram deficiências na compreensão sobre os cuidados, controle de infecção e nutrição, que se correlacionaram com as causas mais frequentes de readmissão entre esta população.</p>

**Quadro 1 – Síntese das estratégias de Educação em Saúde Visando a Alta Hospitalar e suas principais contribuições, segundo os artigos da Revisão Integrativa da Literatura.**

N	Estratégia	Principais Contribuições
19 <sup>(46)</sup>	<p>As famílias foram recrutadas pessoalmente na UTIN*** ou por telefone após a alta. Os participantes receberam uma visita inicial, para obtenção do consentimento e para coleta de dados pessoais e sobre a exposição ao fumo passivo. Coletada amostra de saliva das crianças para quantificar a nicotina. Uma breve sessão de ensino sobre a asma com o foco no mecanismo e sintomas, identificação de gatilhos, formas de reduzi-los incluindo a exposição passiva ao fumo. Todos os participantes receberam materiais educacionais impressos e um tempo para discussões e perguntas. O grupo intervenção, além dessa orientação, teve acesso a sessões motivacionais. As sessões foram realizadas por uma das duas enfermeiras pesquisadoras que anteriormente foram treinadas em entrevista motivacional e ficaram sob supervisão de um especialista da área durante a aplicação. Essas sessões motivacionais foram de aconselhamento sobre a cessação do tabagismo. Os cuidadores que relataram não expor as crianças ao fumo passivo, receberam somente uma ligação para reforçar as práticas de controle. Cuidadores fumantes receberam aconselhamento motivacional uma semana após a alta seguido por duas sessões realizadas via ligação telefônica. Os conselheiros que ministraram as sessões foram capacitados por meio de materiais didáticos como a dramatização e demonstração de vídeos. A aquisição das habilidades foram avaliadas por meio de simulação de jogos e práticas supervisionadas. Após cinco a oito meses da alta, as famílias foram contatadas por uma ligação telefônica para completar a pesquisa de acompanhamento. Uma breve visita final para coleta de saliva das crianças para a análise da quantidade de nicotina.</p>	<p>O aconselhamento motivacional juntamente com as orientações sobre a asma na alta mostrou ter resultados positivos na diminuição da exposição ao fumo passivo.</p>

**Quadro 1 – Síntese das estratégias de Educação em Saúde Visando a Alta Hospitalar e suas principais contribuições, segundo os artigos da Revisão Integrativa da Literatura.**

N	Estratégia	Principais Contribuições
20 <sup>(47)</sup>	<p>Logo após admissão iniciam-se as orientações padrões de alta sobre os cuidados básicos infantis como banho, alimentação e controle de temperatura. As famílias foram instruídas a perceberem os sinais e sintomas de doença e a procurarem o médico pediatra. Foram incentivadas a fazerem consulta de acompanhamento antes da alta. Receberam orientações sobre ressuscitação cardiopulmonar. As famílias de crianças com doenças complexas receberam procedimento de alta padrão e orientações pertinentes a seus casos.</p> <p>A enfermeira forneceu uma lista de verificação no dia da alta para as famílias classificarem sua preparação focadas no ensino, e nesse dia foi avaliado o estado emocional das famílias sobre a preparação para alta, pela enfermeira.</p>	<p>As orientações mostraram-se eficazes, e a maioria das famílias estavam preparadas para receberem a alta. Sugere que a primeira consulta do pediatra aconteça na UTIN*** anteriormente à alta.</p>
21 <sup>(18)</sup>	<p>Os participantes convidados foram contatados em suas casas. As informações foram colhidas através de entrevistas semiestruturadas gravadas e transcritas. Buscou-se abordar as orientações realizadas pela equipe de saúde às famílias para cuidarem das crianças com paralisia cerebral.</p>	<p>Houve uma incongruência entre as orientações da equipe de saúde e as necessidades apresentadas pelas famílias em relação ao cuidado à criança com necessidades especiais.</p> <p>A relevância de uma equipe de saúde capacitada para o cuidado integral, focada nas necessidades dessas crianças e suas famílias, incluindo diálogo, são necessárias.</p> <p>As famílias dessas crianças sentem a necessidade de serem referenciadas a um serviço especializado</p>

**Quadro 1 – Síntese das estratégias de Educação em Saúde Visando a Alta Hospitalar e suas principais contribuições, segundo os artigos da Revisão Integrativa da Literatura.**

N	Estratégia	Principais Contribuições
22 <sup>(48)</sup>	<p>Foram desenvolvidas e implementadas pelo grupo cinco práticas potencialmente melhores para alta.</p> <p>Alguns desses projetos ocorreram em todos os centros participantes, e alguns projetos foram específicos.</p> <p>As seguintes práticas foram focadas no planejamento da alta.</p> <p>1) Criação de um plano de alta com ferramentas de fácil acesso e simples de usar:</p> <p>O objetivo foi distribuir tarefas durante a hospitalização.</p> <p>2) Reestruturação da comunicação verbal e escrita da equipe interdisciplinar.</p> <p>3) Maximizar o uso de ferramentas para educação dos cuidadores</p> <p>Desenvolvimento de um manual contendo uma lista de tópicos de ensino para a alta.</p> <p>4) Utilização de ferramentas que visou à continua melhoria da qualidade do processo.</p> <p>5) Aprimoramento de plano de assistência e análise de interação da alta com a comunidade.</p> <p>A maioria focou na comunicação entre os provedores e <i>feedback</i> das famílias, outros usaram o acompanhamento das famílias por ligações telefônicas após a alta hospitalar.</p> <p>A ferramenta foi realizada anteriormente à alta e pode ser incorporada ao fluxo de trabalho da equipe para alta.</p>	<p>Todos os centros, que participaram, fizeram grandes avanços no processo de planejamento da alta. Os pais, no geral, ficaram satisfeitos com o processo e com a disponibilidade dos materiais.</p> <p>A comunicação verbal e escrita entre os membros da equipe e com os pais foi fundamental para facilitar a alta. Foram disponibilizados apostilas e uma lista de sites para auxiliar na educação aos pais.</p>

\*\*\*UTIN-Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. \*\*\*\*UTIP-Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

## DISCUSSÃO

Os artigos selecionados, encontrados nos EUA, tiveram a preocupação com a opinião das famílias e das equipes para aprimorar a qualidade da assistência no âmbito primário, quanto no secundário e terciário. Visaram à otimização dos cuidados com retorno das pesquisas, à diminuição de custos ao sistema de saúde e à população. Esta preocupação originou-se da filosofia do sistema de saúde implantado nos EUA<sup>(49)</sup>. Este sistema tem, como principal prestador de saúde, o sistema privado com diversas empresas de seguros de saúde liderados pelo Estado. Possui um rigoroso controle de gastos e de qualidade à assistência.

O nível de evidência classifica os estudos de acordo com seu rigor metodológico, para direcionar a prática clínica baseada em evidências<sup>(29)</sup>. Ele é descrito de maneira

---

inversamente proporcional, de forma que, quando aumenta a numeração, seu grau de credibilidade diminui<sup>(50)</sup>. Neste estudo, nota-se uma prevalência do nível IV de evidência científica, apresentando estudos qualitativos com uma porcentagem de 22,72% e 54,54% de estudos quantitativos descritivos.

Houve uma maior preocupação com a Educação em saúde visando à alta hospitalar após 2005, devido ao aumento de crianças sobreviventes, que saem com alguma deficiência decorrentes a sua internação na UTIN ou UTIP, referentes à patologia que as levaram à hospitalização, ou por decorrência de efeitos adversos, principalmente aqueles derivados da UTIN, por conta do avanço tecnológico e dos estudos sobre técnicas avançadas de cuidados<sup>(28)</sup>.

As estratégias usadas para Educação em saúde, encontradas visando à alta hospitalar dos pacientes das UTIP e UTIN, tiveram como participantes 54,54 de pais, de 36,36% pais/familiares e profissionais de saúde e 9,09% profissionais de saúde. Utilizaram-se de simulações<sup>(28,30,31)</sup> sobre situações de cuidados gerais com as crianças e/ou sobre alguma intercorrência, atividades práticas com os pais e familiares<sup>(38,39,46)</sup>, atividades através de grupos de apoio<sup>(19,33,35,38)</sup>, de palestras<sup>(34)</sup>, de aulas<sup>(38)</sup>, de sessões de orientações individuais aos pais<sup>(37,40,47)</sup>, utilização de protocolos<sup>(35,37)</sup>, de visitas domiciliares<sup>(19,33,35,36,44,46)</sup>, orientações verbais<sup>(18,43,48)</sup>, de inserção dos pais nas rondas de discussão com a equipe multidisciplinar<sup>(35,44)</sup>, capacitação da equipe para realizarem a Educação em Saúde com as famílias<sup>(38,41,45,46)</sup>. Utilizaram-se também de tecnologias como uso de DVD<sup>(31)</sup>, CD (*compact disc*)<sup>(35)</sup>, sites da internet<sup>(35,40,41)</sup>, material em audiovisual<sup>(32,38,41,43,46)</sup>, de ligações telefônicas<sup>(30,33,34,37,38,40,43,46,48)</sup> e de materiais impressos como manual<sup>(30,44-46,48)</sup>, guia<sup>(32)</sup>, cartaz<sup>(41)</sup>, lista de verificação de itens<sup>(42,44,45,47)</sup>, folha<sup>(41)</sup>, material didático como livros<sup>(38,39)</sup>, lembretes<sup>(41)</sup>, folhetos<sup>(19)</sup>, diário<sup>(35)</sup>, apostila<sup>(48)</sup>, cartão<sup>(35)</sup>.

Nos resultados das intervenções dos artigos a de maior relevância que foi a participação das famílias nos grupos de apoio<sup>(19,33,35,38)</sup>, que puderam compartilhar as mesmas situações com outros pais, tirar dúvidas, aprender técnicas de cuidados, construíram amizades que transcenderam o período da internação.

A utilização de tecnologias<sup>(30-35,37,38,40,41,43,46,48)</sup> também mostrou-se superior às aulas, pois podem ser acessadas em diferentes horários e em diferentes locais, até mesmo em casa utilizando um computador. Abrange uma maior população, leva à maior adesão da ferramenta, além de dispensar menos tempo da equipe em relação à tarefa de ensinar esses pais. Uma

barreira para a implementação dessa estratégia, em alguns centros, foi as restrições institucionais que limitavam o acesso à internet<sup>(44)</sup>. No uso do DVD<sup>(31)</sup>, houve um grande envolvimento da equipe para viabilizá-la, mas apresenta um alto custo para sua construção sendo, portanto, uma desvantagem. A utilização de ligações telefônicas<sup>(30,33,34,37,38,40,43,46,48)</sup> permitiram que as equipes conseguissem dar assistência e coletar dados do pais e das famílias na suas residências, até mesmo daquelas que moram em locais distantes dos hospitais.

O conceito de verificação de uma lista de tarefas<sup>(42,44,45,47)</sup> desenvolvidas pela equipe juntamente com os pais, mostrou-se benéfico no preparo da alta<sup>(44)</sup>.

As visitas interdisciplinares, também conhecidas como rondas<sup>(35,44)</sup>, foram uma ferramenta que objetivou o cuidado centrado na família<sup>(42)</sup> e o aprimoramento da comunicação entre a equipe com os familiares para a continuidade no planejamento da alta, tornando uma excelente estratégia para alta<sup>(44)</sup>.

As atividades práticas<sup>(38,39,46)</sup> e as de simulação<sup>(28,30,31)</sup> segundo estes estudos, permitem aos pais vivenciarem a prática com as possíveis intercorrências, tornando-os mais habilitados para desempenharem os cuidados prestados aos seus filhos.

A transmissão das informações individuais na forma de orientações<sup>(18,43,48)</sup> pode ter resultados positivos, mas mostrou também que as informações fornecidas pelos profissionais de saúde, muitas vezes, acontecem por um processo de comunicação ineficaz, o que gera o não entendimento das orientações realizadas, causando atrasos no tratamento dessas crianças e seus familiares<sup>(18)</sup>.

Para a melhoria do cuidado há necessidade de se ter uma equipe capacitada e de ofertar ensinamento aos pais, devido a isso se faz necessária a realização de capacitações à equipe<sup>(38,41,45,46)</sup>.

A união, entre a equipe do hospital com a equipe de cuidados primários<sup>(19,33,36,48)</sup> firmada ainda na UTI, também mostrou-se presente e promoveu a continuidade dos cuidados de acordo com as necessidades de cada criança. A construção de diretrizes de práticas potencialmente melhores para alta foi um processo que se iniciou na admissão e foi até aos cuidados na comunidade. Apontou ser uma técnica eficaz em relação à satisfação da equipe, familiares, diminuição da mortalidade e morbidade dessas crianças com repercussões positivas na diminuição do tempo de internação, diminuição de readmissão hospitalar e a consultas a serviços de emergências<sup>(44)</sup>.

---

Os temas específicos encontrados para melhorar a estratégia de alta foram sobre, os cuidados gerais com as crianças<sup>(28,31,35)</sup>, aleitamento materno<sup>(34,38,40-42)</sup>, posição de sono seguro para os RN<sup>(38)</sup>, cuidados a crianças com doenças crônicas<sup>(36)</sup>, importância do vínculo mãe-bebê<sup>(19, 31, 32, 37)</sup>, cuidado centrado na família<sup>(42)</sup>, consequências como depressão, estresse devido à internação<sup>(30,32,33,47)</sup> e síndrome do bebê sacudido<sup>(38,43)</sup>. Somente um estudo foi direcionado ao aperfeiçoamento da prática específica do farmacêutico<sup>(39)</sup> incluindo seu trabalho na educação dos pais, nos demais encontram-se a inserção de membros da equipe multidisciplinar<sup>(31,33,36,41)</sup>, mas a coordenação das estratégias está firmada na figura do enfermeiro.

Schlittenhart, no seu estudo, mostrou que existe uma dificuldade na inserção dessas práticas de educação durante a rotina de trabalho da equipe devido aos custos para sua implantação<sup>(31)</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A maioria dos estudos se localizou nos EUA e na UTIN, visando ao aleitamento materno, à detecção e a tratamentos de estresse e depressão, incluindo a depressão pós-parto e a preocupação da criação e manutenção do vínculo entre pais / bebê, entre mãe / bebê. Mesmo que os RN têm a necessidade de passarem nas Unidades de Cuidados Intermediários e/ou berçários, estes estudos enfatizaram a prática de Educação em saúde visando à alta hospitalar nesta UTIN, por possivelmente julgarem ser o local de grande importância para a construção desta prática.

Os custos e o déficit de funcionários mostrou ser uma dificuldade na implantação de estratégias de Educação em Saúde.

Necessita-se de mais estudos e, de maiores níveis de evidência para alicerçar a prática clínica e também de instigar as outras categorias da equipe multidisciplinar em relação à necessidade de pesquisas para práticas baseadas em evidências e, assim, gerar uma maior segurança em relação às técnicas aplicadas.

## **REFERÊNCIAS**

1. Berthelsen PG, Cronqvist M. The first intensive care unit in the world: Copenhagen 1953. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2003;47:1190-5.

2. Faquinello P, Dióz M. A UTI na ótica de pacientes. *REME Rev Min Enf.* 2007; 11(1):41-7.
3. Vasilevskis EE, Ely EW, Speroff T, Pun BT, Boehm L, Dittus RS. Reducing iatrogenic risks: ICU-acquired delirium and weakness-crossing the quality chasm. *Chest.* 2010;138(5):1224-33.
4. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº. 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília (DF); 25 fev 2010; Seção 1:48.*
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Consulta Pública n. 7, de 29 de abril de 2014. Institui o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave com os critérios de elegibilidade para admissão e alta, de classificação e de habilitação de leitos de Terapia Intensiva adulto, pediátrico e queimados e Cuidados Intermediários adulto, pediátrico no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. *Diário Oficial da União, Brasília (DF); 30 abr 2014; Seção 1:75.*
6. Ungerer RLS, ATC M. História de alojamento conjunto. *J Pediatr.* 1999; 71(1):5-10.
7. Costa R, Padilha MI. Saberes e práticas no cuidado ao recém-nascido em terapia intensiva em Florianópolis (década de 1980). *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2012;16:247-54.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria N. 930, de 10 de maio de 2012. 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). *Diário Oficial da União, Brasília (DF); 11 mai 2012; Seção 1:138.*
9. Souza DC, Troster EJ, Carvalho WB, Shin SH, Cordeiro AMG. Disponibilidade de unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal no município de São Paulo. *J Pediatr.* 2004;80(6):453-60.

- 
10. Molina RCM, Fonseca EL, Waidman MAP, Marcon SS. A percepção da família sobre sua presença em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43:630-8.
  11. Moreno RLR, Jorge MSB. Sentimentos e emoções da mãe acompanhante no mundo da UTI: descrição fenomenológica de mudanças existenciais. *Rev Enferm UERJ*. 2005;13(2):175-80.
  12. Oxley R. Parents' experiences of their child's admission to paediatric intensive care. *Nurs Child Young People*. 2015;27(4):16-21.
  13. Terp K, Sjostrom-Strand A. Parents' experiences and the effect on the family two years after their child was admitted to a PICU-An interview study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2017;43:143-8.
  14. Rodriguez-Rey R, Alonso-Tapia J. Development of a screening measure of stress for parents of children hospitalised in a Paediatric Intensive Care Unit. *Aust Crit Care*. 2016;29(3):151-7.
  15. Foster M, Whitehead L, Maybee P. The Parents', Hospitalized Child's, and Health Care Providers' Perceptions and Experiences of Family-Centered Care Within a Pediatric Critical Care Setting: A Synthesis of Quantitative Research. *J Fam Nurs*. 2016;22(1):6-73.
  16. Goodson CM, Tipping C, Manthey EC, Nikayin S, Seltzer J, Outten C, et al. Physical rehabilitation in the ICU: understanding the evidence. *ICU Manag Pract*. 2017;17(3):152-4.
  17. October TW, Dizon ZB, Roter DL. Is it my turn to speak? An analysis of the dialogue in the family-physician intensive care unit conference. *Patient Educ Couns*. 2018;101(4):647-652.
  18. Milbrath VM, Siqueira HCHd, Motta MdGCd, Amestoy SC. Família da criança com paralisia cerebral: percepção sobre as orientações da equipe de saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2012;21:921-8.

19. Broedsgaard A, Wagner L. How to facilitate parents and their premature infant for the transition home. *Int Nurs Rev.* 2005;52(3):196-203.
20. Nieves JA, Uzark K, Rudd NA, Strawn J, Schmelzer A, Dobrolet N. Interstage Home Monitoring After Newborn First-Stage Palliation for Hypoplastic Left Heart Syndrome: Family Education Strategies. *Crit Care Nurse.* 2017;37(2):72-88.
21. Nietsche EA, Nora AD, Lima MGR, Bottega JC, Neves ET, Sosmayer VL. Educação em saúde: planejamento e execução da alta em uma Unidade de Terapia Intensiva neonatal. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2012;16:809-16.
22. Latour JM, Goudoever JB, Schuurman BE, Albers MJIJ, Dam NAM, Dullaart E, et al. A qualitative study exploring the experiences of parents of children admitted to seven Dutch pediatric intensive care units. *Intensive Care Med.* 2011;37(2): 319-325.
23. Balbino FS, Balieiro MM, Mandetta MA. Measurement of Family-centered care perception and parental stress in a neonatal unit. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2016;8(24):2753.
24. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão, CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(4):758-64.
25. Whittemore R, Knafk K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs.* 2005;52(5):546-53.
26. Broome ME. Integrative literature reviews for the development of concepts. *Concept development in nursing: foundations, techniques and applications Philadelphia: WB Saunders Company.* 2000:231-50

- 
27. Lanzoni GMdM, Meirelles BHS. Leadership of the nurse: an integrative literature review. *Rev Latino-Am Enferm*. 2011;19:651-8.
28. Raines DA. Simulation as Part of Discharge Teaching for Parents of Infants in the Neonatal Intensive Care Unit. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2017;42(2):95-100.
29. Howick J, Chalmers I, Glasziou P, Greenhalgh T, Heneghan C, Liberati A, et al. Explicação dos níveis de evidência de 2011 do Centro de Medicina Baseada em Evidências (OCE-BM) de Oxford (documento de referência): Centro de Oxford para Medicina Baseada em Evidências; 2019cp.
30. Als LC, Nadel S, Cooper M, Vickers B, Garralda ME. A supported psychoeducational intervention to improve family mental health following discharge from paediatric intensive care: feasibility and pilot randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2015;5(12).
31. Schlittenhart JM, Smart D, Miller K, Severtson B. Preparing parents for NICU discharge: an evidence-based teaching tool. *Nurs Womens Health*. 2011;15(6):484-94.
32. Melnyk BM, Crean HF, Feinstein NF, Fairbanks E. Maternal anxiety and depression after a premature infant's discharge from the neonatal intensive care unit: explanatory effects of the creating opportunities for parent empowerment program. *Nurs Res*. 2008;57(6):383-94.
33. Willis V. Parenting preemies: a unique program for family support and education after NICU discharge. *Adv Neonatal Care*. 2008;8(4):221-30.
34. Lessen R, Crivelli-Kovach A. Prediction of initiation and duration of breast-feeding for neonates admitted to the neonatal intensive care unit. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2007;21(3):256-66.

35. Johnston AM, Bullock CE, Graham JE, Reilly MC, Rocha C, Hoopes RD Jr, et al. Implementation and case-study results of potentially better practices for family-centered care: the family-centered care map. *Pediatrics*. 2006;118(2):S108-14.
36. Gillette Y, Hansen NB, Robinson JL, Kirkpatrick K, Grywalski R. Hospital-based case management for medically fragile infants: results of a randomized trial. *Patient Educ Couns*. 1991;17(1):59-70.
37. Petteys AR, Adoumie D. Mindfulness-based neurodevelopmental care: impact on NICU Parent Stress and Infant Length of Stay; a randomized controlled pilot study. *Adv Neonatal Care*. 2018(18):12-22.
38. Zachritz W, Fulmer M, Chaney N. An Evidence-Based Infant Safe Sleep Program to Reduce Sudden Unexplained Infant Deaths. *AJN, Am J Nurs*. 2016;116(11):48-55.
39. Temple ME, Jakubecz MA, Link NA. Implementation of a training program to improve pharmacy services for high-risk neonatal and maternal populations. *Am J Health Syst Pharm*. 2013;70(2):144-9.
40. Dweck N, Augustine M, Pandya D, Valdes-Greene R, Visintainer P, Brumberg HL. NICU lactation consultant increases percentage of outborn versus inborn babies receiving human milk. *J Perinatol*. 2008;28(2):136-40.
41. Chrupcala KA, Edwards TM, Spatz DL. A Continuous Quality Improvement Project to Implement Infant-Driven Feeding as a Standard of Practice in the Newborn/Infant Intensive Care Unit. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2015;44(5):654-64.
42. Veronez M, Higarashi IH. Protocolo para a alta de bebê pré-termo: subsídios para a construção de uma proposta. *Rev Enferm UERJ*. 2016;24(3):1-6.

- 
43. Rabbitt AL, Bretl D, Parker M, Yan K, Zhang L. Assessment of Maternal Knowledge and Confidence About Abusive Head Trauma and Coping With Infant Crying Before and After Infant Safety Education in the Neonatal Intensive Care Unit. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2018;32(4):373-81.
44. Sims DC, Jacob J, Mills MM, Fett PA, Novak G. Evaluation and development of potentially better practices to improve the discharge process in the neonatal intensive care unit. *Pediatrics.* 2006;118 Suppl 2:S115-23.
45. Wright TE. A Novel Nesting Protocol to Decrease Readmission and Increase Patient Satisfaction Following Congenital Heart Surgery. *J Pediatr Nurs.* 2018;43:1-8.
46. Blaakman SW, Borrelli B, Wiesenthal EN, Fagnano M, Tremblay PJ, Stevens TP, et al. Secondhand Smoke Exposure Reduction After NICU Discharge: Results of a Randomized Trial. *Acad Pediatr.* 2015;15(6):605-12.
47. Smith VC, Young S, Pursley DM, McCormick MC, Zupancic JA. Are families prepared for discharge from the NICU? *J Perinatol.* 2009;29(9):623-9.
48. Mills MM, Sims DC, Jacob J. Implementation and case-study results of potentially better practices to improve the discharge process in the neonatal intensive care unit. *Pediatrics.* 2006;118(2):124-33.
49. Buss PM, Labra ME, orgs. *Sistemas de saúde: continuidades e mudanças.* Rio de Janeiro (RJ): Editora FIOCRUZ; 1995.
50. Stillwell SB, Fineout-Overholt E, Melnyk BM, Williamson KM, Williamson KM. Evidence-based practice, step by step: searching for the evidence. *Am J Nurs.* 2010 May;110(5):41-7