



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

MÁRCIA GABRIELA COSTA RIBEIRO

**SEGUIMENTO DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO POR ENFERMEIROS DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

TERESINA-PI

2018

MÁRCIA GABRIELA COSTA RIBEIRO

SEGUIMENTO DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO POR ENFERMEIROS DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Nível Mestrado Acadêmico – da Universidade Federal do Piauí, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem no Contexto Social Brasileiro

Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof.^a Dra. Silvana Santiago da Rocha

TERESINA-PI

2018

FICHA CATALOGRÁFICA

Universidade Federal do Piauí

Biblioteca Setorial do CCS

Serviço de Processamento Técnico

Ribeiro, Márcia Gabriela Costa.

R484s Seguimento do recém-nascido prematuro por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família / Márcia Gabriela Costa Ribeiro. – 2018.

98 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2018.

Orientação: Prof.^a Dra. Silvana Santiago da Rocha.

Bibliografia

1. Recém-nascido Prematuro. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Cuidados de Enfermagem. 4. Saúde da Criança I. Título.

CDD 610.736 2

Elaborada por Fabíola Nunes Brasilino CRB 3/ 1014

MÁRCIA GABRIELA COSTA RIBEIRO

SEGUIMENTO DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO POR ENFERMEIROS DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Nível Mestrado Acadêmico – da Universidade Federal do Piauí, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: ____ de _____ de 2018.

Prof^a. Dra. Silvana Santiago da Rocha (Orientadora)
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Prof^a. Dra. Marialda Moreira Christoffel
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Prof^a. Dra. Márcia Teles de Oliveira Gouveia
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Prof^a.Dra. Andreia Rodrigues Moura da Costa Valle
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

A Deus, por ser a providência da minha vida.

Aos bebês prematuros pela força de superar os obstáculos e dificuldades da prematuridade.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo seu amor e cuidado e por ter me mostrado, nesses últimos dois anos, que nada posso fazer se não colocá-Lo como centro da minha vida.

À professora Dra. Silvana Santiago da Rocha por compartilhar não só seus saberes acadêmicos, mas também os de vida. E por ter me apresentado ao mundo dos recém-nascidos.

Às professoras que compõem a banca por todas as contribuições para a construção desta dissertação.

Aos meus pais, Ribamar e Lúcia, e a minha irmã, Nayra, pelo suporte emocional e a torcida durante este percurso.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, na pessoa das professoras Dra. Maria do Livramento Fortes Figueiredo e Dra. Maria Eliete Batista Moura pela oportunidade, que me foi oferecida, de dar mais um passo na minha profissão.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí pelos conselhos em sala de aula que tanto enriqueceram minha pesquisa.

Às enfermeiras participantes do estudo pela disponibilidade de me ajudar na construção deste trabalho.

Aos colegas de turma pelas contribuições mútuas, por dividirem os medos e inseguranças, pelos conselhos e incentivos nesta reta final.

Aos amigos e colegas do grupo de pesquisa Atenção à Saúde do Recém-Nascido, Criança e Adolescente pelos conhecimentos e trabalhos compartilhados.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí pelo suporte e disponibilidade em ajudar os discentes.

A todos os meus familiares, amigos e colegas que rezaram e torceram para que este dia chegasse.

RESUMO

Introdução: Os recém-nascidos prematuros apresentam dificuldades no seu desenvolvimento desde o nascimento até os primeiros anos de vida. As vulnerabilidades e riscos aos quais estão expostos exigem cuidados específicos mesmo após a alta hospitalar. Serão os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, juntamente com os demais membros da equipe, que darão continuidade ao seu atendimento em domicílio. Desse modo, objetivou-se: analisar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros da atenção básica para assistirem o recém-nascido prematuro na sua área de abrangência; descrever as ações que caracterizam a dinâmica assistencial de enfermagem realizada com recém-nascidos prematuros no domicílio; discutir quais dificuldades e facilidades enfrentadas pelos enfermeiros no cuidado domiciliar ao RNPT na atenção básica e elaborar um folder de orientações para o atendimento de prematuros em domicílio para enfermeiros da atenção básica.

Metodologia: Trata-se de uma pesquisa qualitativa, baseado no referencial metodológico da pesquisa convergente assistencial. Participaram da pesquisa treze enfermeiros que trabalham na atenção básica do município de Teresina-Piauí. A produção de dados ocorreu de fevereiro a outubro de 2018, em duas etapas: entrevistas individuais e execução de grupos focais. Os discursos foram analisados pela técnica de conteúdo de Bardin. **Resultados:** Os resultados encontrados evidenciaram que a participação de agentes comunitários de saúde e a comunicação direta com a família auxilia na promoção no cuidado domiciliar ao prematuro. Porém, a falta de contrarreferência e de embasamentos teóricos para assistir as demandas específicas desse público foram apontadas como dificuldades. No tocante as visitas domiciliares, não há um planejamento específico para o prematuro, porém o exame físico, assistência ao aleitamento materno e higiene do lar e da criança se receberam um olhar diferenciado por parte dos enfermeiros. Apesar de citado pelas enfermeiras, a avaliação do crescimento e desenvolvimento do recém-nascido prematuro ainda requer mais atenção, principalmente quanto às escalas específicas utilizadas para esse público. **Conclusão:** Para que o atendimento integral ao prematuro seja efetivado é preciso que os enfermeiros estejam seguros para realizar assistência. Isso é possível através de qualificações na área, além disso, a rede de atenção à saúde precisa melhorar seus fluxos de contrarreferência e a gestão municipal garantir melhores condições de trabalho para as equipes.

Palavras-chave: Recém-nascido Prematuro. Atenção Primária à Saúde. Cuidados de Enfermagem. Saúde da Criança.

ABSTRACT

Introduction: Premature newborns present difficulties in their development from birth to the first years of life. The vulnerabilities and risks to which they are exposed require specific care even after hospital discharge. They will be the nurses of the family health strategy, along with the other members of the team, who will give continuity to their care at home. Thus, the objective was to: analyze the strategies used by primary care nurses to assist the premature newborn in its area of coverage; to describe the actions that characterize nursing care dynamics performed with preterm newborns at home; to discuss the difficulties and facilities faced by nurses in the home care of the newborn in basic care and to prepare a folder of guidelines for the care of preterm infants at home for primary care nurses. **Methodology:** This is a qualitative research, based on the methodological framework of convergent care research. Thirteen nurses working in the basic care of the municipality of Teresina-Piauí participated in the study. Data production occurred from February to October 2018, in two stages: individual interviews running focus groups. The discourses were analyzed by Bardin's technique of content. **Results:** The results showed that the participation of community health agents and direct communication with the family helps in the promotion of home care to the premature. However, the lack of counterreference and theoretical underpinnings to attend the specific demands of this public were pointed out as difficulties. Regarding home visits, there is no specific planning for the preterm, but the physical examination, breastfeeding assistance and hygiene of the home and the child received a different look on the part of the nurses. Although cited by nurses, the evaluation of the growth and development of the preterm newborn still requires more attention, especially regarding the specific scales used for this public. **Conclusion:** In order to the integral care of the PTNB to be effective, nurses must be sure to provide care. This is possible through qualifications in the area, in addition the health care network needs to improve its counter-referral flows and municipal management ensure better working conditions for the teams.

Keywords: Infant, Premature. Primary Health Care. Nursing Care. Child Health.

RESUMEN

Introducción: Los recién nacidos prematuros presentan dificultades en su desarrollo desde el nacimiento hasta los primeros años de vida. Las vulnerabilidades y riesgos a los que están expuestos requieren cuidados específicos incluso después del alta hospitalaria. Serán los enfermeros de la Estrategia de Salud de la Familia, junto con los demás miembros del equipo, que darán continuidad a su atención en domicilio. De este modo, se objetivó: analizar las estrategias utilizadas por los enfermeros de la atención primaria para asistir al recién nacido prematuro en su área de cobertura; describir las acciones que caracterizan la dinámica asistencial de enfermería realizada con recién nacidos prematuros en el domicilio; discutir qué dificultades y comodidades enfrentadas por los enfermeros en el cuidado domiciliar al RNPT en la atención primaria y elaborar un folleto de orientaciones para la atención de prematuros en domicilio para enfermeros de la atención primaria. **Metodología:** Se trata de una investigación cualitativa, basada en el referencial metodológico de la Investigación Convergente Asistencial. Participaron de la investigación trece enfermeros que trabajan en la atención básica del municipio de Teresina-Piauí. La producción de datos ocurrió de febrero a octubre de 2018, en dos etapas: entrevistas individuales y ejecución de grupos focales. Los discursos fueron analizados por la técnica de contenido de Bardin. **Resultados:** Los resultados encontrados evidenciaron que la participación de agentes comunitarios de salud y la comunicación directa con la familia auxilia en la promoción en el cuidado domiciliar al prematuro. Sin embargo, la falta de contrarreferencia y de fundamentos teóricos para asistir a las demandas específicas de ese público fueron apuntadas como dificultades. En cuanto a las visitas domiciliarias, no hay una planificación específica para el prematuro, pero el examen físico, asistencia a la lactancia materna e higiene del hogar y del niño se recibieron una mirada diferenciada por parte de los enfermeros. A pesar de citado por las enfermeras, la evaluación del crecimiento y desarrollo del recién nacido prematuro aún requiere más atención, principalmente en cuanto a las escalas específicas utilizadas para ese público. **Conclusión:** Para que la atención integral al prematuro sea efectiva es necesario que los enfermeros estén seguros para realizar asistencia. Esto es posible a través de cualificaciones en el área, además la red de atención a la salud necesita mejorar sus flujos de contrarreferencia y la gestión municipal garantizar mejores condiciones de trabajo para los equipos.

Palabras-clave: Recién Nacido Prematuro. Atención Primaria de Salud. Atención de Enfermería. Salud del Niño.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Organograma de planejamento do grupo focal.....	29
Quadro 1 -	Produções científicas com a metodologia Convergente Assistencial na área de saúde da criança.....	25
Quadro 2 -	Momentos das sessões dos grupos focais sobre o seguimento de recém-nascidos prematuros por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família.....	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária a Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEP	Comitê em Ética e Pesquisa
EP	Educação Permanente
ESF	Estratégia Saúde da Família
FMS	Fundação Municipal de Saúde
MDER	Maternidade Dona Evangelina Rosa
MMC	Método Mãe Canguru
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Estratégia Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PC	Perímetro Cefálico
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RNBP	Recém-Nascido de Baixo Peso
RNPT	Recém-Nascido Prematuro
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SMSL	Síndrome da Morte Súbita em Lactente
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPI	Universidade Federal do Piauí
UNICEF	United Nations Children's Fund
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	12
1.1 Delimitação do problema e objeto de estudo	12
1.2 Objetivos	15
1.3 Justificativa e relevância do estudo	15
2 REFERENCIAL TEMÁTICO	17
2.2 A Política Nacional de Atenção Básica e a assistência necessária ao recém-nascido prematuro	17
2.2 A chegada do recém-nascido prematuro e suas demandas de cuidado	20
3 METODOLOGIA	24
3.1 Tipo de pesquisa	24
3.1.1 Fases da Pesquisa Convergente Assistencial.....	26
3.2 Cenário da pesquisa	26
3.3 Participantes.....	27
3.4 Instrumentos de pesquisa e a coleta de dados	27
3.4.1 Entrevista semiestruturada.....	28
3.4.2 Grupo Focal.....	28
3.5 Análise de dados.....	30
3.6 Aspectos éticos	31
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
4.1 Caracterização dos participantes	32
4.2 Estratégia para assistir os RNPT na atenção básica	33
4.3 Facilidades e dificuldades dos enfermeiros com relação à visita domiciliar	39
4.4 Promovendo o cuidado domiciliar do RNPT.....	49
4.5 Folder para orientar o atendimento de prematuros em domicílio para enfermeiros da atenção básica	66
5 CONCLUSÃO	69
REFERÊNCIAS.....	71
APÊNDICES	81
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	82
APÊNDICE B - ROTEIRO DO GRUPO FOCAL	83
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	86

APÊNDICE D - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	89
APÊNDICE E – DECLARAÇÃO DOS PESQUISADORES	90
ANEXOS	92
ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO CEP/UFPI	93

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Delimitação do problema e objeto de estudo

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como Recém-Nascido Prematuro (RNPT) crianças que nascem antes das 37 semanas de gestação (OMS, 2015). Os prematuros podem, também, ser classificados conforme seu grau de prematuridade em: extremo, aqueles que nascem com menos de 30 semanas de gestação; moderado, que nascem entre a 31^a e 34^a semana de gestação; e limítrofe, aqueles que nascem entre a 35^a e 36^a de gestação (BRUSCO; DELGADO, 2014).

De acordo com Blencowe *et al.* (2012), em 2010 havia, aproximadamente, 15 milhões de RNPT, representando 11,1% de todos os nascidos vivos no mundo. Em países como a Alemanha e os Estados Unidos, a taxa de prematuridade, em 2010, foi de 9,2% e 12%, respectivamente (OMS, 2012). Nesse mesmo ano, o Brasil estava entre os 10 países com elevado número de parto prematuro, com aproximadamente 279 mil nascimentos antes da 37^a semana de gestação por ano (BRASIL, 2013).

Ainda em 2010, a taxa nacional de parto prematuro foi de 11,5%, sem diferenças significativas entre as regiões do país. As regiões Sul e Sudeste foram as que apresentaram maiores percentuais de prematuridade, com 12% e 12,5%, respectivamente, seguidas pelas demais regiões: Centro-Oeste (11,5%), Nordeste (10,9%) e Norte (10,8%) (UNICEF BRASIL, 2013). Ademais, entre os prematuros, aqueles que nasceram entre a 32^a e 37^a semana de gestação foram os que tiveram maior porcentagem, representando 8,4% do total de partos (LEAL *et al.*, 2016). No Piauí, no ano de 2016, houve 5.303 partos prematuros, deste total, 1.703 aconteceram na capital Teresina (BRASIL, 2017).

A tendência de crescimento da prematuridade observada nos últimos anos também influencia no coeficiente de mortalidade neonatal, uma vez que a prematuridade tardia contribuiu com 17,1% das mortes neonatais, cerca de nove vezes maior que a relacionada aos recém-nascidos a termo (LANSKY *et al.*, 2014). Ademais, estudo realizado em um município do norte do Paraná, que investigou o componente pós-neonatal, evidenciou que os óbitos de crianças prematuras representaram 28,8% do total de óbitos nesse período. As causas principais foram por más formações congênitas/anomalias cromossômicas, por causas externas, doenças infecciosas e parasitárias e por doenças do aparelho respiratório (SANTOS *et al.*,

2016).

No Piauí, entre os anos de 2010 a 2015, a prematuridade, além do peso ao nascer, foi um fator prevalente nas características de óbitos infantis. A maioria dos óbitos ocorreu no período neonatal precoce, seguido pelo período neonatal tardio (ARAÚJO FILHO *et al.*, 2017). Vale ressaltar, que mesmo que a prematuridade não seja causa direta de um óbito neonatal, há complicações que provavelmente podem estar relacionadas a esse problema, como infecção e anóxia, e que também contribuem com a mortalidade no período neonatal (DEMITTO *et al.*, 2017).

Além das taxas de mortalidade diferenciada, crianças que nascem prematuramente podem apresentar alterações sensoriais, motoras, respiratórias, nos reflexos de sucção e deglutição, além de tendência à hipotermia e hipoglicemia. Tais características dificultam o início do aleitamento materno e contribuem para intercorrências, que podem prolongar o período de internação desses recém-nascidos ou ainda serem causas de futuras rehospitalizações (SILVA; ALMEIDA, 2015). Além disso, há evidências que RNPT apresentam riscos adicionais, se comparados a crianças a termo, relacionados à nutrição no primeiro ano de vida (BRASIL, 2012a).

Acrescenta-se ainda que o crescimento e desenvolvimento dessas crianças também são afetados, principalmente, devido a alterações cognitivas causadas pela imaturidade de seus órgãos (GESTEIRA *et al.*, 2016). A idade gestacional, portanto, associada ao baixo peso ao nascer é considerada um importante fator de risco para atrasos no desenvolvimento motor no primeiro ano de vida (SACCNI; MARTINS; PINTO, 2017). No entanto, os RNPT têm um padrão próprio de recuperação do crescimento, os valores de normalidade para as medidas antropométricas serão alcançados a partir dos seis meses e a expectativa de estabilização acontecerá entre os dois ou três anos de idade (VARGAS; BENEDETTI; WEINMANN, 2017).

Devido às demandas diferenciadas referentes aos cuidados do RNPT e da importância de um acompanhamento integral do seu desenvolvimento, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Política Pública de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (RNBP) (Método Mãe -Canguru- MMC), mediante a Portaria nº 693 de 5/7/2000 (BRASIL, 2011; KLOSSOSWSKI *et al.*, 2016).

O MMC implica no contato precoce pele a pele entre a mãe e o bebê, incentivando o início ao aleitamento materno e o vínculo entre os dois, além de ter repercussão na diminuição dos dias de internação hospitalar (BRASIL, 2011). Ele é

dividido em três etapas. As duas primeiras etapas ocorrem no ambiente hospitalar. Na última fase, a criança será acompanhada de forma ambulatorial e estará apta a receber a alta do MMC quando atingir a meta de ganho de peso de 2.500 g. Posteriormente, passará a ser atendida apenas pela Atenção Básica (AB), e caso necessite de acompanhamento especial deverá, também, ser encaminhada para ambulatórios de especialidades (BRASIL, 2015a).

Apesar da importância da continuidade da assistência no atendimento do prematuro pela AB, essa articulação ainda não acontece da forma adequada. O prematuro gera ansiedade e preocupações entre os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), uma vez que muitos ainda o comparam com um neonato a termo e não sabem que cuidados especiais eles demandam. Esse desconhecimento se deve principalmente a falta de capacitações e treinamentos, além da dificuldade de receberem a contrarreferência dessas crianças (AIRES *et al.*, 2015).

Entre os pais, os sentimentos são parecidos uma vez que a ocorrência de um parto prematuro pode dar lugar à ansiedade, angústia, insegurança e dúvidas em relação ao cuidado com um recém-nascido frágil, para o qual não foram preparados (OLIVEIRA *et al.*, 2013; MARCHETTI; MOREIRA, 2015).

Para que a AB acompanhe os RNPT de forma adequada deverá reconhecer as características dessas crianças, identificando suas principais demandas, vulnerabilidades e riscos. É importante que os profissionais reconheçam que o RNPT demanda cuidados especiais e tem um risco maior para complicações clínicas. Ademais, eles terão como responsabilidade informar e suprir as dúvidas que possam surgir entre os pais sobre os cuidados para com esta criança (BRASIL, 2015a).

Desse modo, diante das características especiais do prematuro e da necessidade de um atendimento diferenciado, surge como objeto de estudo o seguimento do RNPT realizado pelos enfermeiros da ESF. Para orientar o estudo, surgiram as seguintes questões norteadoras: Que estratégias os enfermeiros utilizam para melhor assistir o RNPT de sua área de atenção? Qual a dinâmica de assistência de enfermagem desenvolvida pelos enfermeiros da ESF junto ao recém-nascido prematuro? Que dificuldades e facilidades os enfermeiros enfrentam no cuidado domiciliar do RNPT?

1.2 Objetivos

- Analisar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros da atenção básica para assistirem o RNPT na sua área de abrangência.
- Descrever as ações que caracterizam a dinâmica assistencial de enfermagem realizada com recém-nascidos prematuros no domicílio.
- Discutir quais dificuldades e facilidades enfrentadas pelos enfermeiros no cuidado domiciliar ao RNPT na atenção básica.
- Elaborar um folder com orientações para o atendimento de prematuros em domicílio para enfermeiros da atenção básica.

1.3 Justificativa e relevância do estudo

A escolha do tema surgiu durante atividades práticas realizadas no curso de pós-graduação, modalidade residência multiprofissional, em unidades de terapia intensiva neonatal. O contato com RNPT, principalmente, extremos despertou na pesquisadora o interesse em compreender como acontece o acompanhamento e cuidado dessas crianças após a alta, no ambiente domiciliar.

Sabe-se que os RNPT representam uma população de risco, com taxas de mortalidade e morbidade significativas, principalmente no primeiro ano de vida. Diante da vulnerabilidade gerada pelo seu nascimento prematuro, surgiram questionamentos relacionados ao atendimento dessa criança pela AB, na perspectiva da ESF, uma vez que a qualidade ou não dessa continuidade da assistência terá impacto significativo no seu desenvolvimento e crescimento saudável.

Deste modo, para que o atendimento seja eficiente é preciso que o enfermeiro da atenção primária saiba identificar as situações de risco e vulnerabilidades, e os cuidados especiais e diferenciados que essa população necessita. Ademais, o ambiente domiciliar influenciará de modo considerável o desenvolvimento saudável desta criança, o que evidencia a necessidade de enfermeiros capacitados para promover o cuidado além das estruturas físicas de uma UBS, visando não somente o prematuro mas também todo o ambiente no qual este está inserido. Diante do que foi exposto, espera-se que esse estudo possa contribuir para um atendimento e assistência que atenda as reais necessidades desse público, principalmente para prematuros extremos e com baixo peso ao nascer, contribuindo

para diminuição de reinternações e complicações dessas crianças.

2 REFERENCIAL TEMÁTICO

2.2 A Política Nacional de Atenção Básica e a assistência necessária ao recém-nascido prematuro

O modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) foi formulado pela primeira vez no Reino Unido, em 1920, no Relatório Dawson. No entanto, foi na Conferência Internacional de Alma-Ata, ocorrida na Rússia, em 1978, que emergiram elementos essenciais da APS, como a educação em saúde; o saneamento básico; o programa materno-infantil, incluindo imunização e planejamento familiar (MENDES, 2015). Posteriormente, a APS foi incorporada pela OMS como estratégia para atingir a meta de saúde para todos, reconhecendo-a como um modelo de atenção resolutivo que pode atender de forma integral as necessidades da população (FERTONANI *et al.*, 2015).

No Brasil, o processo de implantação da APS coincidiu com o movimento de redemocratização do país na década de 80 que, além de mudanças políticas, também influenciou na efetivação da saúde como direito de todos e dever do estado (FERTONANI *et al.*, 2015). Porém, foi a partir da criação do Programa de Saúde da Família (PSF), depois denominado de ESF, que a APS pôde se consolidar no país como um novo modelo assistencial, pautado num conceito ampliado de saúde e contemplando ações importantes de vigilância e promoção da saúde (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Após a criação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela portaria Nº 2488, de 21 de outubro de 2011, a ESF foi incorporada à AB. A PNAB tem como objetivo desenvolver uma atenção integral à saúde da população, mediante ações de promoção e proteção, prevenção de agravos, tratamentos, reabilitação, além da redução de danos. Essas ações devem ser desenvolvidas pelo exercício de práticas de cuidado e gestão, utilizando tecnologias complexas e variadas para atender as demandas da população (BRASIL, 2012d).

A qualificação e consolidação da AB no território nacional ampliaram a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividade. As equipes de ESF são compostas por no mínimo: um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Todos os profissionais têm como função a prestação de cuidados de saúde à

população adscrita, realizados na própria unidade básica de saúde (UBS), e quando necessários no domicílio e em outros espaços da comunidade (BRASIL, 2012d).

Cabe ao enfermeiro a realização de consultas e procedimentos de enfermagem, além da solicitação de exames e prescrição de medicamentos estabelecidos pelos protocolos ou normativas técnicas da gestão. Essas atividades devem atender a todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade (BRASIL, 2012d). Com relação à infância, este profissional tem papel fundamental para a promoção de um crescimento e desenvolvimento saudável das crianças atendidas em sua área (BRASIL, 2012a).

Desse modo, o acompanhamento da criança, pela enfermagem, deve ser realizado mediante consultas de puericultura, que incluem desde o exame físico e anamnese às orientações realizadas aos pais com o intuito de fomentar a educação em saúde (MOREIRA; SILVA; ANDRADE, 2018). Recomenda-se que seja realizado um mínimo de sete consultas no primeiro ano de vida da criança, com o objetivo de avaliar situação geral de saúde, peso, estatura e perímetro cefálico (PC) (MOLINI-AVEJONAS *et al.*, 2018).

No caso de RNPT, além das consultas na própria UBS, é importante o acompanhamento domiciliar, uma vez que essa modalidade de assistência propicia um ambiente de discussão das dificuldades vivenciadas pelos pais, identificação dos riscos e vulnerabilidades e fortalecimento a rede de apoio à família (MOLINI-AVEJONAS *et al.*, 2018). Além disso, para o prematuro, o contato frequente entre a família e o enfermeiro, no domicílio, permite que o planejamento assistencial seja condizente com as reais necessidades da criança, além de desenvolver entre os pais os cuidados específicos que os RNPT demandam (SASSÁ *et al.*, 2014).

Além da PNAB, outras políticas brasileiras foram criadas com intuito de promover e proteger a saúde da criança, como, por exemplo, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS). Ela se estrutura em eixos estratégicos que tem como finalidade orientar e qualificar as ações e serviços de saúde voltadas para a infância, visando a efetivação de medidas que permitam um nascimento e desenvolvimento de forma saudável, com redução de risco e vulnerabilidades (BRASIL, 2015b).

Um dos eixos dessa política é a atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido. Dentre as várias ações deste eixo, uma delas faz referência à alta do bebê, que deve ser qualificada, com vinculação da mãe e do filho à AB, além de deixar claro que o seguimento do recém-nascido de risco, após alta da maternidade, deve ser compartilhado pelo nível primário e secundário de atenção (BRASIL, 2015b).

No tocante ao recém-nascido de risco, há também a Política Pública de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso. O Método Mãe Canguru (MMC), como também é conhecido, é dividido em três etapas. Na primeira fase, o recém-nascido, geralmente, está internado em uma unidade de cuidados intensivos ou intermediários, onde o contato com a mãe começa a ser incentivado (BRASIL, 2011). A equipe deve estar disponível para tirar dúvidas e estimular o vínculo entre os pais e o bebê (BRASIL, 2013).

No segundo momento, mãe e filho encontram-se no alojamento conjunto. Nessa fase as mães praticam a posição canguru enquanto for confortável para ambos e as crianças são acompanhadas quanto ao peso e possíveis alterações clínicas. A terceira fase do MMC inicia-se após a alta hospitalar, os RNPT passam a ser acompanhados, de forma periódica, por ambulatórios de referência e também são assistidos por equipes de ESF. O recomendado é que a primeira consulta aconteça após 48 horas da alta hospitalar, as demais consultas serão agendadas de acordo com as necessidades clínicas da criança. Após atingir o peso de 2.500g, ela será acompanhada apenas pela APS (BRASIL, 2011).

Apesar da existência da política, observam-se práticas insuficientes para assistir o RNPT e sua família devido a vários componentes, como a burocracia do sistema, a formação dos profissionais e a gestão (KLOSSOSWSKI, 2016). Desse modo, a comunicação entre a terceira etapa do método canguru e a atenção primária é fundamental para garantir a continuidade do cuidado (BRASIL, 2015a).

Visando uma melhor atuação dos profissionais, o MS criou o Manual do Método Canguru: seguimento compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica. A equipe da atenção primária deverá conhecer o método canguru, assim como as demandas dos RNPT e sua família (BRASIL, 2015a). Além disso, o MS vem buscando capacitar os profissionais para que eles possam se sentir seguros a atender os prematuros e, assim, garantir a continuidade do atendimento (BRASIL, 2013).

Em países como a Espanha, o atendimento compartilhado entre a atenção

secundária e a atenção primária já acontece de forma mais articulada. É indicado que os prematuros, principalmente extremos, sejam acompanhados por programas de seguimento até sua idade escolar. Além das atividades relacionadas à promoção da saúde da criança, é recomendado que o pediatra da APS tenha acesso a todas as informações da criança antes da alta hospitalar, além do desenvolvimento de estratégias que diminuam o abandono dos programas de seguimento (ALONSO *et al.*, 2018).

2.2 A chegada do recém-nascido prematuro e suas demandas de cuidado

A palavra cuidado possui uma amplitude de significados. Waldow (2008) afirma que o cuidado é motivado pelo interesse e preocupação em algo ou alguém e, para estabelecê-lo, é preciso que as duas partes envolvidas, cuidador e ser cuidado, desenvolvam uma relação de responsabilidade e compromisso. Neste sentido, a diferença entre cuidado e um procedimento técnico, como um curativo, está na motivação em fazer algo, em querer ajudar. Ou seja, um procedimento só será visto como cuidado se houver interação, responsabilidade, gentileza e atenção, promovendo bem-estar e conforto ao outro.

No campo da enfermagem, o processo de cuidar compreende as atividades desenvolvidas entre o cuidador e o ser cuidado com base em conhecimentos científicos que podem ser expressados como habilidades, destreza manual, pensamento crítico, capacidade de tomar decisões. Porém, é necessário que esse processo também venha acompanhado de comportamentos e atitudes que possam recuperar a dignidade humana, como por exemplo: responsabilidade, disponibilidade, segurança, apoio, conforto e consideração (WALDOW, 2015).

O cuidado direcionado ao RNPT e sua família permeia a amplitude de significados apresentados acima, uma vez que exige dos profissionais não somente o conhecimento científico como também o apoio e disponibilidade, principalmente devido as circunstâncias de um parto não esperado. O nascimento prematuro de um filho desperta nos pais sentimentos de angústia, ansiedade e preocupação.

Inicialmente, há um choque de reações relacionadas ao parto inesperado e à fragilidade do filho (VERONEZ *et al.*, 2017). Posteriormente surgem dúvidas e medos sobre as chances de sobrevivência do RNPT, somado ao sentimento de impotência, por não poder cuidar integralmente do filho. Nesse momento, os pais

vivenciam o luto pelo bebê imaginário, o filho saudável que levariam para a casa, e têm que se adaptar ao bebê que acaba de chegar, frágil e pequeno que necessitará de cuidados especiais (VERONEZ *et al.*, 2017; MARCHETTI; MOREIRA, 2015).

É comum que as crianças prematuras fiquem hospitalizadas nas primeiras semanas de vida, pela necessidade de suportes clínicos. No seu início de vida, seus cuidados são compartilhados entre a equipe de saúde e os pais, principalmente, a figura materna. No primeiro momento, as mães são incentivadas a tocar no filho para que estabeleçam um primeiro vínculo. Mesmo que estejam em um ambiente cuja dinâmica seja diferente da qual estão acostumadas, como no caso de unidades de cuidados críticos, as mães devem ser incentivadas pela equipe, para que possam se emponderar dos cuidados com seus filhos. Desse modo, mesmo que a equipe tenha como objeto o cuidar do RNPT, suas atividades também são voltadas para os pais, com o intuito de diminuir os temores e medos e aumentar a autoconfiança dos mesmos (SANTOS *et al.*, 2014).

Mesmo após a alta hospitalar, momento ansiado pelos pais, ainda há entre eles alguns sentimentos de temores e preocupações, principalmente relacionados ao cuidado com o filho no domicílio e ao crescimento e desenvolvimento da criança. Desse modo é importante que a família e o RNPT tenham uma rede familiar de apoio, além de profissionais de saúde que possam atendê-los de forma integral e humanizada, tanto no ambiente hospitalar quanto em casa (NASCIMENTO *et al.*, 2016).

Enfatiza-se que uma alta planejada, na qual os pais são orientados e ensinados, torna a transição para o domicílio mais segura e eficaz. Para tanto é necessário que a família esteja envolvida desde a admissão do filho na unidade hospitalar. Além disso, avaliar o ambiente físico e psicossocial no qual o RNPT passará a viver também deve ser considerado no processo de alta (STOKOWSKI, 2014).

Para que a família e o RNPT possam ir para casa, é importante que as equipes transmitam algumas orientações, tais como: cuidados ao receber visita; estimular a sucção do bebê; promover o controle da temperatura; evitar locais com aglomerados de pessoas. Além disso, também é importante que a família saiba reconhecer os sinais de perigo para a saúde do filho, como o risco de broncoaspiração (ALCANTARA *et al.*, 2017).

De todos os cuidados, aqueles que mais preocupam os pais e por isso

dispensam uma maior dedicação, são os relacionados ao ganho de peso da criança, como o controle da temperatura e o aleitamento materno. O prematuro apresenta mais dificuldades em manter o equilíbrio da temperatura corporal quando comparado ao neonato a termo. Além da influência direta no peso, a hipotermia pode levar a alterações graves de sinais vitais e aumento do consumo de oxigênio, que predispõe o RNPT à hipóxia (COSTA *et al.*, 2017).

Com relação ao aleitamento materno, observa-se que ele representa uma fonte de preocupação entre as mães, pelas dificuldades que vivenciam ainda no ambiente hospitalar. O primeiro obstáculo a ser superado é a própria prematuridade, já que a coordenação dos reflexos de sucção, respiração, deglutição ocorre após a 34ª semana de gestação, desse modo é recomendado que o aleitamento materno direto no seio ou por via oral só se inicie após esse período (SILVA; ALMEIDA, 2015).

O segundo obstáculo é evitar o desmame precoce do RNPT, para isso é importante que, tão logo a criança atinja as condições clínicas necessárias, ela seja estimulada ao seio materno, ainda que não seja de forma exclusiva. Porém, mesmo com o incentivo e estímulos, o processo de amamentação desse público após a alta hospitalar ainda é dificultoso, a maioria ainda não consegue manter o aleitamento de forma exclusiva no domicílio (GOMES *et al.*, 2017).

Enfatiza-se que quanto mais frequente for o contato entre equipe e família, seja por visitas domiciliares ou consultas subsequentes, menor a prevalência do desmame precoce. Uma das estratégias indicadas para que a equipe de enfermagem possa intervir e retardar o desmame precoce é realização de orientações contínuas, tais como: a pega correta, o posicionamento, a ordenha das mamas, a administração do leite materno por via oral e o uso de chupetas (ALVES; OLIVEIRA; RITO, 2018).

Além dos cuidados relacionados ao equilíbrio da temperatura e manutenção do aleitamento materno, recomenda-se que os pais dos prematuros deem continuidade a prática da posição canguru. O método quando realizado em casa pode diminuir os transtornos emocionais e melhorar a resposta ao estresse, efeitos que podem se prolongar até a idade escolar (ALONSO *et al.*, 2018). Além disso, essa prática tem efeito protetor na mortalidade infantil e traz benefícios nas relações entre os pais e filho (CHARPAK *et al.*, 2017).

É válido ressaltar que além do método canguru, os pais também devem ser incentivados e orientados quanto ao toque terapêutico. Este é responsável pelas melhorias no padrão de sono e repouso da criança, na interação do bebê com o

ambiente e com os pais, contribuindo para o desenvolvimento sensorial do RNPT (RAMOS; FRIAS; RISSO, 2016).

Percebe-se, portanto, que as demandas exigidas pela condição da prematuridade requerem dos pais e cuidadores preparo e conhecimento, principalmente diante dos riscos e vulnerabilidade aos quais os prematuros podem estar expostos. Desse modo, é imprescindível que esse público seja acompanhado como mais frequência pelas equipes de ESF para que os profissionais possam acompanhar a evolução da amamentação, do crescimento e desenvolvimento, além de corrigir precocemente dificuldades que possam surgir (ALVES; OLIVEIRA; RITO, 2018).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, baseado no referencial teórico da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). Segundo Minayo (2010), a abordagem qualitativa permite conhecer processos sociais referentes a grupos e segmentos delimitados, o que possibilita a construção de novos saberes ou mesmo a revisão de antigos conceitos. Ademais, esse tipo de pesquisa utiliza como matéria-prima a experiência e vivência dos participantes, além do senso comum presente nos seus discursos, o que possibilitará a compreensão e interpretação do fenômeno analisado (MINAYO, 2012).

A PCA se configura como uma abordagem qualitativa que relaciona teoria e prática. Seu método surgiu no ambiente da pós-graduação em enfermagem a partir da necessidade de provocar mudanças que pudessem contribuir com a qualificação da assistência. Propõe a integração constante entre as etapas da pesquisa e as atividades profissionais, ou seja, a ação concomitante da prática assistencial e do processo investigativo (ALVIM, 2017).

Entre os anos de 2005 e 2010 foram publicados 19 artigos científicos que traziam como método a PCA, dentre os quais, as áreas de maior destaque foram saúde do adulto e idoso e enfermagem do trabalho (PIVOTO *et al.*, 2013). No campo da saúde da criança, essa metodologia tem se destacado nos últimos três anos, principalmente no tocante aos produtos que são desenvolvidos mediante sua aplicação no campo assistencial. Algumas pesquisas utilizando a PCA são apresentadas no quadro abaixo.

Quadro 1 - Produções científicas com a metodologia Convergente Assistencial na área de saúde da criança. Teresina, Piauí, Brasil, 2018.

Título/ Referência	Objetivos	Produtos
Pesquisa convergente assistencial: produção de dados para revelação do diagnóstico de HIV paracrianças e adolescentes/ PAULA <i>et al.</i> , 2018.	Conhecer como os profissionais de saúde abordam a revelação do diagnóstico de HIV com a criança, o adolescente e seus familiares no serviço especializado.	Guia para acompanhamento da revelação do diagnóstico de HIV para crianças e adolescentes.
Vivência de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diários de campo/ VERONEZ <i>et al.</i> , 2017.	Descrever o processo de construção do cuidar materno mediado pelo enfermeiro durante o período de internação e alta de bebês prematuros.	Protocolo de alta para recém-nascidos prematuros.
Cuidar em enfermagem às Famílias que vivenciam a amamentação/ TEIXEIRA <i>et al.</i> , 2017	Propor um modelo de cuidado às famílias que vivenciam o aleitamento materno no cotidiano familiar; identificar o significado do aleitamento materno para as famílias que vivenciam o processo de amamentação; averiguar as necessidades de cuidados das famílias e implementar o cuidado.	Modelo de cuidar das famílias que vivenciam o aleitamento materno no cotidiano domiciliar
Guia de cuidados em terapia intravenosa periférica neonatal: uma construção coletiva da equipe de enfermagem/ VIEIRA; COSTA, 2015.	Construir um Guia de cuidados em terapia intravenosa periférica com a equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva neonatal.	Guia de cuidados em terapia intravenosa periférica com a equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva neonatal.
Prevenção de lesões de pele em recém-nascidos: o conhecimento da equipe de enfermagem/ SANTOS; COSTA, 2015	Identificar as dificuldades enfrentadas pela equipe de enfermagem na realização deste cuidado	Guia de cuidados para prevenção e tratamento de lesões de pele no recém-nascidos, utilizando-se um processo de construção coletiva.

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

O campo assistencial é, portanto, o espaço no qual surgem os problemas e a questão de pesquisa. A participação ativa dos sujeitos é fundamental para produção de novos conceitos e saberes que auxiliarão na resolução ou minimização de problemas encontrados na prática assistencial. Desse modo, a PCA está comprometida com o contexto social pesquisado (TRENTINI; PAIM, 2004).

Portanto, a utilização desse método de pesquisa gerou novos conhecimentos acerca do objeto de estudo que foi trabalhado, e despertou nas

participantes a necessidade de inovações no campo assistencial. Espera-se que o folder de orientações elaborado como produto da pesquisa possa contribuir para mudanças e qualificação na prática profissional dos enfermeiros referente ao seguimento do RNPT na ESF.

3.1.1 Fases da Pesquisa Convergente Assistencial

Trenini e Paim (2004) dividem a metodologia da PCA em cinco fases inter-relacionadas:

- **Concepção:** Primeira fase da pesquisa, na qual o pesquisador, a partir de suas experiências e vivências profissionais, escolhe a temática com a qual deseja trabalhar, estabelecendo, posteriormente, sua questão guia, objetivos e referencial teórico.
- **Instrumentação:** Nesta etapa são escolhidos os procedimentos metodológicos da pesquisa: o espaço, onde ocorrerá a pesquisa; os participantes; e a técnica para obtenção das informações.
- **Perscrutação:** Fase em que serão apresentadas as estratégias para a obtenção e sistematização das informações. Realiza-se a coleta e os registros dos dados.
- **Análise:** Consiste no processo de apreensão, no qual as informações serão transcritas e as categorias serão formadas.
- **Interpretação:** Nessa fase, examinam-se subjetivamente as associações e variações da informação de modo a dar significado aos achados ou descobertas, para, posteriormente, contextualizá-los.

3.2 Cenário da pesquisa

A pesquisa aconteceu na atenção primária do município de Teresina-Piauí. A Fundação Municipal de Saúde (FMS) é o órgão responsável por planejar, executar, acompanhar e avaliar a PNAB, visando à organização das redes de atenção. O município de Teresina é dividido em três regiões de saúde, que cobrem a zona urbana e rural, a saber: norte, sul, leste/sudeste (FMS, 2017).

A região norte (zona urbana) foi a escolhida para a realização da pesquisa, atualmente é composta por 75 equipes de ESF. A escolha das pesquisadoras foi

justificada por existir na área uma maternidade municipal pública, com atendimento de urgência e emergência, a qual as gestantes da zona norte são vinculadas durante o pré-natal.

A maioria das entrevistas aconteceu nas unidades nas quais os enfermeiros trabalham, excetuando-se uma participante que optou por fazer em outro local, no qual também mantém um vínculo empregatício. Os grupos focais também foram realizados nas UBS.

3.3 Participantes

Participaram da pesquisa 13 enfermeiros que trabalham nas equipes de ESF do município de Teresina, localizadas na região norte. Foram incluídos os enfermeiros que possuíam no mínimo seis meses de experiência profissional na AB. Os critérios de exclusão foram: não ter realizado atendimento a RNPT na sua equipe ou em outra, a qual estivesse vinculado; afastamento do serviço por férias, licença ou outro motivo no momento da coleta de dados.

Nas pesquisas qualitativas os participantes são escolhidos de forma não probabilística, a seleção é feita a partir das experiências do pesquisador e por meio do seu conhecimento teórico sobre o objeto de estudo (FONTANELLA *et al.*, 2011). A coleta de dados, por sua vez, foi interrompida, mediante avaliação da pesquisadora, quando não houve mais elementos novos que subsidiassem as questões de pesquisa, ou seja, quando as informações fornecidas pelos participantes começaram a se repetir (MINAYO, 2017).

Os profissionais eram abordados nas UBS e na oportunidade a pesquisadora os informava sobre a pesquisa, objetivos e etapas. Após contato inicial e aceite do convite em participar, era marcado um horário que não prejudicasse a rotina de atendimentos à comunidade.

3.4 Instrumentos de pesquisa e a coleta de dados

Segundo Trentini e Paim (2004), na PCA não há técnicas específicas para a análise e coleta de dados, desse modo são aceitos uma variedade de métodos, desde que atendam seus principais critérios: propósito de resolução ou minimização de problemas, ter natureza prática ou teórica, gerar inovações no campo da prática e

ser desenvolvida juntamente com o trabalho da pesquisadora.

Na primeira etapa da pesquisa foi aplicada uma entrevista semi-estruturada (APENDICE A). Posteriormente, foi realizado um grupo focal, no qual a discussão e socialização das respostas obtidas na primeira etapa ocorreram por meio de um roteiro construído pelo pesquisador (APENDICE B).

3.4.1 Entrevista semiestruturada

Para Trentini e Paim (2004), as entrevistas têm como objetivo a obtenção de informações e, também, constitui uma condição social de interação humana. No primeiro momento da pesquisa, as entrevistas aconteceram individualmente, somente entre o entrevistado e o pesquisador. Elas foram previamente agendadas, de acordo com a disponibilidade do participante. O roteiro da entrevista semiestruturada (APÊNDICE A) foi elaborado a partir de tópicos relacionados ao tema. Desse modo, procurou-se saber como esses profissionais se organizam para atender em domicílio os RNPT, assim como as facilidades e dificuldades que vivenciam neste processo, e por fim, que cuidados procuram realizar junto ao RNPT. As entrevistas ocorreram entre janeiro e abril de 2018 e todas foram gravadas em áudio, com prévia anuência do participante. Tiveram duração média de 17 minutos e posteriormente foram transcritas no programa *Word for Windows*.

3.4.2 Grupo Focal

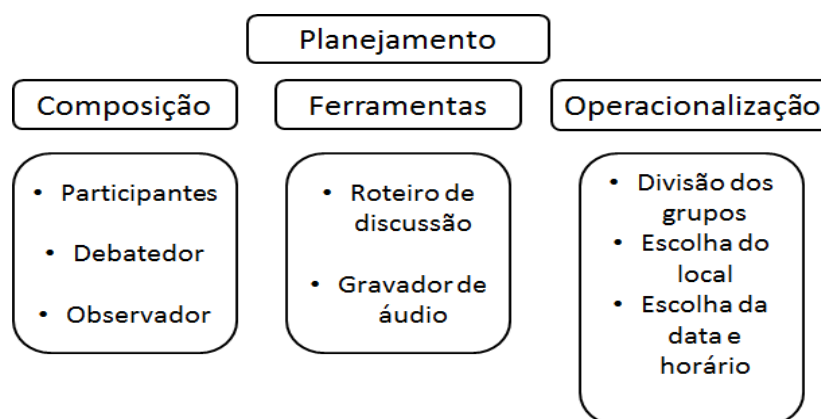
É uma técnica que permite a coleta de informações sobre um determinado tema mediante discussões participativas focadas em tópicos específicos e direcionados. Além disso, ocorre troca de experiências, conceitos e opiniões entre os participantes, e também, entre estes e o pesquisador. As discussões resultantes do grupo focal servirão para elaborar soluções e transformar realidade, fortalecendo o protagonismo dos participantes, assim como a aprendizagem e troca de experiências sobre a questão da pesquisa (KINALSKI *et al.*, 2017).

No grupo focal, portanto, o pesquisador entrevista os participantes em grupo e as entrevistas envolvem questões não estruturadas e em geral abertas, que tem como objetivo suscitar concepções e opiniões dos envolvidos (CRESWELL, 2010).

Desse modo, inicialmente foi elaborado um roteiro (APENDICE B) para que os grupos focais pudessem ser operacionalizados. A sua organização está relacionada com a questão de pesquisa e com os objetivos do estudo. Posteriormente, os participantes da primeira etapa foram divididos em grupos de discussão. Essa divisão foi adotada como estratégia para operacionalizar os grupos focais, uma vez que os participantes trabalham em unidades e turnos distintos.

Eles foram distribuídos nos grupos conforme o turno e endereço de trabalho, para facilitar e incentivar sua participação. Seguidamente, foram escolhidos os locais para sua realização. O primeiro foi realizado no auditório da Unidade Básica de Saúde Valdinar Pereira, o segundo e o terceiro nas salas de reuniões das Unidade Básica de Saúde Poty Velho e Cidade Verde, respectivamente. Para tanto foi solicitado previamente a autorização dos administradores das unidades. Após escolha do local, os profissionais foram novamente abordados e convidados a participar da segunda etapa da coleta de dados, para que então fossem agendados o dia e o horário do grupo focal. O planejamento segue na figura abaixo.

Figura 1 - Organograma de planejamento do grupo focal



Fonte: Elaborada pela autora, 2018.

Apesar da elaboração de um único roteiro para conduzir os grupos, optou-se por dividi-lo entre as sessões com a finalidade de abordar de forma mais profunda algumas temáticas. Eles foram realizados nos meses de junho, agosto e outubro. Os momentos que compuseram a sessão do primeiro e segundo grupo são descritos no que segue.

Quadro 2 - Momentos das sessões dos grupos focais sobre o seguimento de recém nascidos prematuros por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, Teresina, Piauí, Brasil, 2018.

Etapas	Descrição
Abertura da sessão	Recepção, agradecimento pela participação, apresentação dos pesquisadores e objetivo da pesquisa.
Esclarecimentos acerca da dinâmica do grupo focal	Informações acerca do desenvolvimento do grupo discussão e roteiro de temas
Debate	<p><u>1º Sessão do Grupo Focal:</u> No primeiro grupo foi abordado como os profissionais se organizam para realizar a visita domiciliar ao RNPT e os cuidados desenvolvidos durante a visita.</p> <p><u>2º Sessão do Grupo Focal:</u> No segundo grupo foram abordadas as dificuldades que os profissionais vivenciavam para assistir os RNPT's e os cuidados desenvolvidos durante a visita domiciliar.</p> <p><u>3º Sessão do Grupo Focal:</u> No segundo grupo foram abordadas as facilidades que os profissionais vivenciavam para assistir os RNPT's e os cuidados desenvolvidos durante a visita domiciliar.</p>
Síntese	Retomadas das principais questões discutidas no grupo
Encerramento	Agradecimento pela participação

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

3.5 Análise de dados

Para análise dos dados da primeira etapa foi utilizada a proposta de Bardin (2011), segundo a qual é possível utilizar técnicas sistemáticas e objetivas para avaliar o conteúdo das mensagens e assim inferir sobre os conhecimentos nelas apresentados. As três etapas sugeridas pelo autor são: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e a interpretação.

Desse modo, as entrevistas gravadas em áudio foram escutadas e, posteriormente, transcritas integralmente pela pesquisadora, o que possibilitou o primeiro contato com o material a ser analisado. Na oportunidade, realizou-se uma leitura flutuante das entrevistas proporcionando à pesquisadora o levantamento de possíveis informações a respeito dos dados. Ressalta-se, que para essa primeira etapa e formação do corpus da pesquisa, foram seguidas as recomendações de Bardin (2011): exaustividade; homogeneidade; pertinência e exclusividade.

Seguiu-se, então, para a segunda etapa (exploração do material). Ou seja,

as entrevistas individuais, após recorte textual de seus dados brutos, foram organizadas em categorias que orientaram a construção do roteiro do grupo focal.

3.6 Aspectos éticos

Inicialmente o projeto foi submetido à comissão de ética da FMS de Teresina a fim de solicitar autorização para realização da pesquisa nas equipes de ESF escolhidas para o estudo. Em seguida, o projeto de dissertação foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI), obedecendo-se a todos os aspectos contidos na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012b) e na resolução 510/2016 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, do Conselho Nacional de Saúde, do MS (BRASIL, 2016a). O projeto foi aprovado pelo CEP/UFPI sob Parecer de nº 2.356.765.

Antes das entrevistas, todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos e possíveis riscos do estudo pela pesquisadora, e foram informados sobre a garantia de anonimato e confidencialidade. Em seguida, todos leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (ANEXO A), ressalta-se que todas as dúvidas que surgiram foram sanadas pela pesquisadora. Acrescenta-se que os riscos/danos possíveis aos participantes da pesquisa foram de ordem não- física (emocional, social, moral ou espiritual), uma vez que se abordou um tema que poderia levar o participante a compartilhar aspectos de sua vida profissional, experiências presentes ou passadas, que pudessem expô-lo a situações de constrangimento ou invasão da privacidade.

Destaca-se ainda que o pesquisador assegurou a confidencialidade, privacidade e proteção da imagem garantindo a não utilização das informações em prejuízo dos profissionais e/ou de outros.

Esta pesquisa trará maior conhecimento acerca da temática abordada visando contribuir com os profissionais de enfermagem que atuam na ESF de Teresina para elaboração e implementação de ações/práticas que atendam as necessidades específicas, acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento da criança, com a finalidade de favorecer um melhor prognóstico aos bebês prematuros e de baixo peso, diminuindo a ocorrência de agravamentos à saúde ou reinternações.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados coletados durante as entrevistas e os grupos focais, realizados para discussão e aprofundamento da temática, permitiu a caracterização dos participantes e a formação de três categorias que serão apresentadas a seguir.

4.1 Caracterização dos participantes

Foram entrevistados 13 enfermeiros que trabalham nas equipes de ESF do município de Teresina-Piauí. Antes da realização das entrevistas, que foram guiadas por um roteiro semiestruturado, os participantes responderam a um questionário que continha as seguintes informações: sexo, idade, experiência profissional como enfermeiro e experiência na área da AB, conforme tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização dos participantes. Teresina-Piauí, 2018.

Características	N	%
Sexo		
Feminino	13	100
Idade (anos)		
30-40	4	30,80
41-50	4	30,80
>50	5	38,40
Experiência profissional como enfermeiro (anos)		
5-15	5	38,40
16-25	7	53,90
>25	1	7,70
Experiência profissional como enfermeiro da ESF (anos)		
5-10	7	53,90
11-20	3	23,05
>20	3	23,05
Cursos de capacitação para atender a RNPT		
Sim	2	23,40
Não	11	84,60

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Todos os 13 participantes foram do sexo feminino. Com relação à idade, 38,40% das enfermeiras tinham mais de 50 anos, 30,40% entre 41 e 50 anos, e as demais (30,40%) entre 30 e 40 anos. Esses resultados estão de acordo com pesquisa realizada sobre o perfil da enfermagem no Brasil, que confirmou a predominância de mulheres, tanto nas categorias de nível superior como médio, e evidenciou que 40%

dos profissionais têm idade entre 36 e 50 anos. É nessa fase de idade que há a maturidade profissional, ou seja, os profissionais estão em pleno desenvolvimento de suas capacidades cognitivas, devidamente preparados e qualificados (MACHADO, M *et al.*, 2015).

Com relação ao tempo de exercício profissional como enfermeiro, 38,40% tinham entre 5 e 15 anos de experiência profissional; 53,90%, entre 16 e 25 anos; e apenas 7,70% mais de 25 anos. Esse resultado foi semelhante ao evidenciado por Vieira *et al.* (2016), no qual 50,0% das enfermeiras tinha mais de 15 anos de experiência profissional. Ao analisar a experiência na ESF, 53,90% trabalham entre 5 e 10 anos na AB; 23,05%, entre 11 e 20 anos; e 23,1% têm mais de 20 anos de trabalho na ESF. Estudo realizado por Einloft, Cotta e Araújo (2018) apresentou resultados similares quanto à experiência na APS, uma vez que 51,9% dos enfermeiros tinham entre 3 e 9 anos de experiência na ESF, e somente 3,8% tinham mais de 10 anos de experiência na área de saúde da família.

Apesar de um tempo (anos) significativo de trabalho na área da AB para a maioria, apenas duas (23,4%) participantes referiram ter realizado algum curso de capacitação ou atualização para cuidados com RNPT. Resultado semelhante foi encontrado por Vieira *et al.* (2012), ao constatar que a capacitação dos profissionais foi considerada como insuficiente para atender as demandas que envolve a atenção a saúde da criança. Sabe-se que o aperfeiçoamento contínuo dos profissionais favorece a plena inserção e responsabilização no cuidado integral à criança, aumentando a resolutividade das suas ações.

4.2 Estratégia para assistir os RNPT na atenção básica

A AB possui como principal papel desenvolver ações de promoção, prevenção e reabilitação que tenham impacto na situação de saúde da população, considerando para isso todos os fatores condicionantes e determinantes na saúde da coletividade. Os profissionais que atuam nessa área, além de suas habilidades e conhecimentos técnicos, assumem também funções políticas e de gestão, ainda que de forma incipiente (GALAVOTE *et al.* 2016).

O enfermeiro, por exemplo, dentro da equipe ESF exerce atividades curativistas, administrativas e também preventivas a todos os públicos. Especialmente para os recém-nascidos, suas atividades, assim como de outros profissionais, são

fundamentais para a promoção de uma infância saudável. Para aqueles com algum risco adicional, a exemplo dos prematuros, suas atividades serão fundamentais para identificar e resolver situações que ofereçam um agravamento da sua situação de saúde.

Essas ações não se resumem somente a atividades assistenciais e técnicas que são realizadas, mas sim todas as estratégias que eles adotam para viabilizar os serviços oferecidos. Como os enfermeiros trabalham em equipe, essa atuação deve ser feita com os outros membros da ESF. Foi possível observar pelos relatos de algumas profissionais que a participação e comunicação do ACS com a equipe são ferramentas que possibilitam a organização inicial do atendimento ao RNPT. Eles se configuram como vigilantes da situação de saúde da comunidade.

[...] quando a gestante sai da nossa área para a maternidade, o agente de saúde já nos avisa [...] ele faz a primeira visita e já agenda a nossa em seguida. (Entrevista 1)

[...] A gente se organiza de acordo com a visita que o ACS faz, ele acompanha todas as nutrizes e quando chega um recém-nascido especial, que a gente chama esse prematuro, ele avisa na UBS e a gente agenda a visita com o ACS. (Entrevista 6)

[...] a gente tem que ter o contato frequente com o agente para saber quando realmente esses bebês chegam ao domicílio, porque geralmente eles passam um período na maternidade [...]. (Entrevista 11)

[...] Na realidade, o agente de saúde é orientado para cada vez que tiver um recém-nascido prematuro ele tem que avisar à equipe. (Entrevista 13)

Ao analisar os discursos, constata-se que, dentre as diversas funções que são atribuídas aos ACS's, o papel de vigilante da situação de saúde da comunidade é referido como articulador do processo de trabalho do enfermeiro. Souza *et al.*(2013) também destacou essa função, ao afirmar que o melhor desempenho das atividades de enfermagem é possibilitado pela promoção de um fluxo dinâmico de atendimento e de vigilância por parte de ACS's.

Vale destacar que uma comunicação frequente e um bom relacionamento profissional entre as duas categorias amplia e garante um maior acesso da população aos serviços, garantindo um cuidado integral ao usuário (BRITO; FERREIRA; SANTOS, 2014). Assim, ao exercer seu papel com a comunidade e manter as enfermeiras informadas, o agente facilita a abordagem da equipe junto à família e fomenta uma relação de confiança com o serviço.

Outra estratégia, apontada nos depoimentos, para assistir os RNPT é

mediante controle das gestantes. Infere-se que, ao realizar um acompanhamento de pré-natal organizado e frequente, as enfermeiras se mantêm informadas sobre a ocorrência de complicações, como, por exemplo, um nascimento prematuro.

[...] nós temos o controle das gestantes que estão próximas a ter bebê, e aí semanalmente nós atendemos elas. Então a gente já sabe de quantas semanas ela está, se houve alguma complicação durante esse intervalo. (Entrevista 3)

[...] Quando a gente faz o acompanhamento, a gente já sabe se tem alguma gestante de risco pra prematuridade, porque mesmo não tendo risco pode acontecer. (Entrevista 4)

[...] a gente fica vigilante em reação às gestantes, então eu tenho uma ideia de quantas iriam parir ou não naquele mês, eu sempre procuro acompanhar as gestantes faltosas pra saber o que aconteceu. (Entrevista 5)

[...] nós temos nosso cadastramento de gestante, a gente conhece, porque normalmente elas fazem o pré-natal aqui com a gente mesmo, porque a rede já está bem organizada [...] (Entrevista 7)

[...] eu tenho um controle até muito efetivo das minhas gestantes, datas prováveis de parto, então só mesmo se acontecer um parto prematuro que a gente não sabe de imediato [...] então se ela não aparece, eu já peço para o agente para fazer a visita para saber se ela já teve bebê. (Entrevista 8)

[...] a gente tem uma ficha da gestante que a gente acompanha com o nome do agente responsável, se o atendimento é para ser semanal ou quinzenal, a data da última menstruação, a data provável do parto, a pontuação na classificação de risco, a idade gestacional no momento que ela vem, o telefone de contato e a previsão do parto. (Entrevista 12)

O controle organizado das gestantes revela a preocupação em realizar um pré-natal de qualidade mediante consultas mais frequentes e com atualização contínua de informações. Apesar de não estar explícito nos discursos, observa-se que ao citar o acompanhamento da gestação como uma estratégia para prestar assistência ao recém-nascido, as enfermeiras reconhecem que o vínculo criado com a mãe influenciará na continuidade da assistência ao futuro neonato.

Além disso, ao estabelecer esse laço de confiança ainda na gravidez, as mães tendem a aderir mais aos cuidados que serão orientadas a fazer. Em revisão sistemática realizada sobre o impacto de ações educacionais no pré-natal de baixo risco evidenciou que na maioria dos estudos, além de desfechos obstétricos favoráveis, houve início precoce e maior duração do aleitamento materno exclusivo (SILVA; LIMA; OSÓRIO, 2016).

Observa-se então que, além de um desfecho saudável da gestação, as profissionais também estão investindo no desenvolvimento de estratégias que

garantirão o atendimento integral a saúde da criança, pois são, principalmente, as mães que se responsabilizam pelos cuidados com a saúde dos filhos. Para os RNPT essas orientações terão um impacto no seu crescimento e desenvolvimento, uma vez que são condutas incorretas e mal orientadas que podem interferir na saúde dessas crianças.

Uma vez que tomam o conhecimento que terão que dar continuidade ao atendimento de um prematuro, é necessário que haja uma organização de como iniciarão suas atividades assistenciais. Sobre essa organização, apenas uma profissional citou a importância de realizar um planejamento com toda a equipe que participará do cuidado, conforme pode ser observado abaixo:

[...] Quando isso acontece a gente senta e planeja junto um projeto terapêutico para aquele recém-nascido: a médica, a enfermeira, e às vezes a nutricionista do NASF. Então, nós procuramos prestar essa assistência juntos [...] (Entrevista 1)

O Projeto Terapêutico Singular (PTS), citado na fala acima, caracteriza-se como uma estratégia de plano de cuidado a pessoas em situação de vulnerabilidades. O PTS exige a coparticipação e a corresponsabilização dos envolvidos, o que possibilita a efetivação de outro instrumento de cuidado, a clínica ampliada (SILVA et al., 2016). Desse modo, esses dois instrumentos deverão ser utilizados para embasar o vínculo longitudinal do prematuro na AB, mantendo a periodicidade das VD e de consultas, por exemplo, de acordo com o fator de risco.

Isso possibilitará uma intervenção precoce em problemas de saúde e, conseqüentemente, a diminuição das possibilidades de reinternação (ZANI; TONETE; PARADA, 2014; BUCCINI et al., 2011).

Para o enfermeiro, essa prática é uma forma de agregar diferentes conhecimentos que ajudarão na construção do seu saber, além de melhorar sua atuação profissional. Apesar de não citado pela profissional, o PTS precisa ser planejado com o sujeito/ família, garantindo sua autonomia. Ele ainda possui como fatores condicionantes a relação de confiança estabelecida entre equipe e usuário (ROCHA; LUCENA, 2017). No que tange ao RNPT, recomenda-se que todos os membros da equipe, inclusive integrantes do NASF, possam estar envolvidos na sua construção com o intuito de ampliar a visão tanto sobre as questões clínicas quanto sobre aquelas relacionadas ao contexto familiar e social nas quais a criança está inserida (ZANI; TONETE; PARADA, 2014).

Realizado a etapa de conhecimento e planejamento da assistência, os profissionais devem organizar sua primeira intervenção assistencial, que deve ser feita, de preferencia, mediante realização de uma visita domiciliar. Quanto ao período que organizam para realizar essa visita foi relatado que eles tentam seguir as recomendações estabelecidas pelo MS.

[...] O agente de saúde tem que visitar até 24 horas após a chegada da criança ao domicílio. O enfermeiro e o médico tem que fazer a consulta dentro dos primeiros 10 dias, isso pro recém-nascido sem ser prematuro. Aí se é um prematuro, mas que não trouxe grandes complicações, a gente mantém esse prazo, se ele traz alguma complicação, aí a gente antecipa a visita. (Entrevista 2)

[...] Então, a primeira visita pós-parto a gente tenta fazer até 10 dias pós-parto. A gente vai até o domicílio para visitar o bebe e a mãe, e nessa visita né, a gente sempre dá assistência ao bebê. (Entrevista 8)

[...] a gente sabe que toda criança que vem da maternidade o ideal é que ela seja visitada na primeira semana, independente de ser prematuro ou não [...] Então a gente dá prioridade. No caso, nossas visitas são feitas uma vez por semana, dia de sexta-feira. [...] (Entrevista 9)

[...] Aí o que acontece, a gente vai fazer a visita, normalmente, eu teria que fazer até sete dias da chegada dele, mas a gente não consegue porque muitas vezes as pessoas quando vão parir, elas parem na maternidade, às vezes fica por lá ou vai para a casa de outra pessoa [...] (Entrevista 10)

[...] aí a gente organiza a visita até o 7º dia, mas de preferencia a gente vai até antes do 7º dia, quando é prematuro principalmente. (Entrevista 13)

Quanto ao período para realizar as visitas houve divergência entre as enfermeiras. O MS recomenda que a visita domiciliar (VD) aconteça na primeira semana após o parto, uma vez que esse é o período que oferece risco à criança, devido suas vulnerabilidades. As equipes devem retornar ao domicílio caso seja observado alguma situação ou fator de risco que demande mais de uma intervenção no ambiente doméstico (BRASIL, 2012a).

Para o RNPT, a VD promove uma melhor orientação dos pais, melhor desenvolvimento infantil, além de ter um impacto positivo na nutrição e redução da morbidade. Desse modo, para esse público é recomendado visitas adicionais com o intuito de acompanhar a adaptação e evolução da criança no ambiente doméstico, o que muitas vezes não é possível pelas consultas realizadas nas próprias unidades (GOYAL; TEETERS; AMMERMAN, 2013).

Apesar de não citarem em seus discursos a realização de visitas em mais de uma oportunidade, percebe-se que algumas depoentes associam a prematuridade

à necessidade de realizar a intervenção em domicílio tão logo seja possível. Vale ressaltar, que muitos bebês prematuros permanecem internados após o nascimento por algumas semanas, esse afastamento inicial pode a princípio prejudicar o vínculo entre equipe. Dessa forma, realizar a visita logo após a alta é uma forma de recuperar o laço com a família e intervir precocemente frente a alguma situação de risco.

É importante que para realizar a VD, assim como nas outras consultas subsequentes, os profissionais tenham acesso a todas as informações do RNPT, incluindo aquelas que se referem ao seu período de internação. São elas que irão ajudar a equipe a elaborar seu projeto terapêutico.

[...] às vezes acontece deles saírem com um resumo de alta, por exemplo, mas mesmo assim não é muito detalhado, já aconteceram as duas formas, de sair com um resumo de alta bem detalhado e em outros casos não, a gente tem que solicitar pro hospital [...] (Entrevista 4)

[...] Muitas das nossas mães vão para maternidades particulares, elas trazem alguma orientação do nutricionista, traz o teste do pezinho já agendado, mas nós não ficamos sabendo de nada, só vem aquela folhinha com os dados do perímetro torácico, perímetro cefálico e o cartão. Às vezes, vem preenchido o teste do olhinho, basicamente é isso. (Entrevista 10)

[...] Depende de quem fez a alta, se for residente médico, mandam um relatório muito bem feito com todas as características, com todos os dados. Fora isso, é o cartão de vacina que, dependendo do modelo, tem mais ou menos informações. Dependendo do grupo que fez atendimento tinham informações mais ou menos completas ou não, já peguei cartão que nem o peso tinha. (Entrevista 12)

[...] Toda vez que a gente vai, a mãe traz um relatório de tudo que aconteceu com aquela criança, desde a hora que nasceu até a alta, geralmente as mães têm esse relatório. Mas a comunicação mesmo entre a gente e a maternidade, não [...] (Entrevista 13)

Pelos relatos apresentados, as enfermeiras consideram que as informações fornecidas pelos hospitais, na maioria das vezes, são insuficientes. Em muitos casos, acontece da equipe hospitalar considerar suficientes as informações que são anotadas na Caderneta de Saúde da Criança. No entanto, as intervenções que foram realizadas durante o período de internação podem influenciar na adaptação e no comportamento da criança em casa, por isso a ESF também deve estar ciente. Por exemplo, o uso prolongado de sonda orogástrica (SOG) pode prejudicar a manutenção do aleitamento materno, além disso, se a criança fez uso de medicações anticonvulsivantes, a equipe deve estar ciente para monitorar a ocorrência de outras crises. Outras informações úteis são: vacinas realizadas, exames de rotina e de triagem neonatal, cirurgias, uso de fototerapia e evolução do ganho ponderal do

RNPT.

É necessário, ainda, saber se o prematuro está sendo acompanhado por outros serviços especializados, como fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição para que as informações passadas vão ao encontro daquelas que os pais recebem de outros serviços. Logo, a comunicação entre a atenção primária e o nível secundário é imprescindível para dar continuidade ao atendimento da criança.

4.3 Facilidades e dificuldades dos enfermeiros com relação à visita domiciliar

A garantia de atendimento ao RNPT em domicílio é influenciada por vários fatores, desde aqueles relacionados à própria dinâmica da equipe e UBS quanto aos relacionados à gestão da APS no município. Dentre os fatores que facilitam a assistência, pode-se citar a participação ativa dos ACS, o que favorece a comunicação entre equipe e comunidade, como pode ser observado nas falas abaixo.

[...] A facilidade grande nossa aqui é realmente uma equipe de agente comunitário de saúde eficiente que faz a ponte entre a comunidade e a gente, toda hora eles estão aqui: olha fulano aconteceu isso. Nós sempre estamos nos comunicando por whatsapp ou, então, eles vêm aqui. (Entrevista 2)

[...] A facilidade é justamente a presença do agente de saúde na área que nos comunica: olha enfermeira nasceu um bebê assim, tá em casa ou não tá, tá na maternidade [...] (Entrevista 3)

[...] As facilidades é que o agente de saúde está sempre apostos, ele avisa em tempo hábil. (Entrevista 6)

[...] Facilidade é só se houver essa comunicação com o agente. (Entrevista 11)

[...] A única facilidade que eu tenho é a disponibilidade do agente de saúde [...] (Entrevista 12)

A posição do ACS como ponte entre a equipe e comunidade é confirmada por outros autores, principalmente, por considerá-lo como mediador e articulador nas diversas esferas da organização da vida social, o que facilita o acesso dos usuários aos seus direitos de cidadania (MELO; QUINTÃO; CARMO, 2015; BROCH *et al.*, 2018).

Essa facilidade está relacionada ao próprio papel do agente, que age tanto na equipe de saúde, como membro efetivo, quanto na comunidade, como morador. Este trabalhador tem como responsabilidade levantar os problemas de saúde do ambiente em que vive e junto com os demais membros da equipe procurar estratégias

para solucioná-los (SPERONI *et al.*, 2016). Para isso, além das atividades baseadas em pressupostos da vigilância em saúde, suas ações devem ser desenvolvidas de forma empática, com o intuito de construir vínculos de amizade e confiança com a comunidade (BROCH *et al.*, 2018).

Estudo realizado por Machado, L *et al* (2015) evidenciou que os ACS's também têm percepção similar sobre seu trabalho e o quanto são importantes para identificar as necessidades de saúde das pessoas, assim como o que pode ser feito para melhorar as condições de vida local. Nesse mesmo estudo, os agentes de saúde citaram as VD, a transmissão de informações e orientações aos usuários como atividades prioritárias do seu trabalho. Ressalta-se, ainda, que a busca ativa dos usuários ausentes nas atividades da UBS, assim como de contatos de doenças infectocontagiosas também são atividades a serem desenvolvidas por eles (KEBIAN; OLIVEIRA, 2015).

É evidente a importância do agente para subsidiar as ações que a equipe da ESF irá realizar, uma vez que fisicamente é o profissional que está mais próximo. Além disso, ele compartilha de valores semelhantes aos da comunidade, e conhece mais facilmente a satisfação e insatisfação dos usuários com o serviço oferecido. No entanto, o papel do ACS como elo e articulador não anula a responsabilidade da equipe de criar vínculos e manter um relacionamento próximo com os usuários.

Quanto a isso, as profissionais destacaram que a comunicação direta com a comunidade ajuda no desenvolvimento do seu trabalho, extrapolando, inclusive, as barreiras físicas da UBS. Ademais, isso possibilita um elo de confiança entre a enfermeira e a mãe e/ou gestante.

[...] Então eu criei um grupo no whatsapp só para as minhas gestantes onde eu oriento [...] elas tiram dúvidas e eu respondo. Então é uma facilidade que eu encontrei junto à tecnologia, esse grupo de whatsapp, porque aí eu tenho um conhecimento de tudo que acontece com as gestantes e com os recém-nascidos [...] (Entrevista 2)

[...] esse vínculo entre equipe e puérpera, principalmente quando elas fazem o pré-natal na unidade [...] (Entrevista 3)

[...] a gente consegue estabelecer um vínculo muito interessante e eu acho importantíssimo a atenção básica nesse sentido, porque é um vínculo que se leva, e eles vão e voltam e continuam confiantes na equipe. (Entrevista 8)

[...] uma das questões que nós observamos que colabora e ajuda nessa questão é quando a mãe faz o pré-natal com a gente, mantém o vínculo [...] (Entrevista 10)

[...] Eu tenho essas gestantes no meu whatsapp, e elas ficam falando comigo, eu fico orientando [...] (Entrevista 12)

O vínculo foi citado de forma explícita em três depoimentos. Porém também é possível notar seu conceito, ainda que de forma implícita, ao observar outros aspectos, dentre os quais: a continuidade do atendimento, ao se referirem ao pré-natal, e uma atenção singular e acessível, ao citar o uso de aplicativos de mensagens como alternativa para o contato. De fato, o vínculo deve ser entendido como uma relação entre usuário e equipe que é estabelecida ao longo do tempo, a partir de uma assistência integral e humanizada, na qual o sujeito se sinta confiante e seguro com o trabalho desenvolvido (REICHERT *et al.*, 2016; BERNARDES; PELLICCIOLI; MARQUES, 2013).

Estudo realizado com enfermeiras evidenciou que o vínculo é fundamental na APS e que os laços com a família da criança são estabelecidos por uma interação afetiva e efetiva. Além disso, a escuta qualificada facilitou a procura das mães aos serviços de enfermagem oferecidos (REICHERT *et al.*, 2016). Desse modo, destaca-se que a VD se configura como uma das tecnologias que mais possibilita a formação de uma relação próxima com a comunidade, e a que mais depende dela, uma vez que o acolhimento e escuta serão realizados *in loco*, considerando todas as singularidades da família (LIMA *et al.*, 2015).

Promover a saúde da criança, em todas as suas fases, significa intervir no contexto familiar, o que exige aproximação e disponibilidade dos profissionais que integram os serviços da AB (REICHERT *et al.* 2017). Em alguns discursos foi relatada a comunicação por aplicativos de mensagens instantâneas. Ao se disponibilizarem, as enfermeiras revelam o desejo de se tornarem acessíveis para além de suas obrigações assistenciais, dessa forma oferecem além do seu tempo cronológico, o emocional também. Especificamente para gestantes e puérperas, isso é muito importante, uma vez que nesse período elas podem vivenciar sentimentos de inseguranças e medos, ainda mais com um filho prematuro recém-chegado ao lar, necessitando do acolhimento da família e dos profissionais.

Foi observado, ainda, em dois depoimentos que o apoio dos profissionais do NASF é valorizado pelas enfermeiras como uma possibilidade de auxílio na assistência domiciliar, podendo ser compartilhada ou não.

[...] nós temos ajuda, também, da fisioterapeuta do NASF e da nutricionista [...] o NASF não faz com a gente, mas nós agendamos a visita do NASF quando precisa. (Entrevista 1)

[...] temos o apoio do NASF aqui, tem a nutricionista, tem a psicóloga tem a assistente social, têm duas fisioterapeutas e tem uma educadora física, então geralmente para algumas questões elas vão com a gente nessas visitas [...] (Entrevista 3)

O NASF foi criado em 2008 com o objetivo de ampliar a oferta de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade. O suporte que ele oferece às equipes de ESF é confirmado pelos depoimentos acima, ao considerarem os profissionais integrantes dessa modalidade de assistência como auxiliares no seu processo de trabalho. Os serviços multidisciplinares e especializados (pediatras, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, etc.) oferecidos pelo NASF amplia o escopo de ações que podem ser desenvolvidas na APS, um exemplo disso é sua atuação como retaguarda no atendimento de crianças referenciadas pelas equipes de AB, visando construção de PTS para aquelas que se encontram em situações de risco, como RNPT (BRASIL, 2014c).

O apoio matricial que eles oferecem inclui ações técnico-assistenciais e técnico-pedagógicas. Ou seja, ainda que eles não participem diretamente de uma VD, eles têm a possibilidade de orientar os profissionais da AB quanto às ações específicas que devem ser realizadas a esse público (GONÇALVES *et al.*, 2015). Apesar da sua importância, atualmente há apenas três equipes de NASF tipo 1 foram implantadas no município de Teresina, o que justifica ele ter sido citado por poucas enfermeiras.

O acesso a serviços especializados oferecidos pela rede secundária foi encontrado em alguns depoimentos como facilitador das intervenções realizadas na VD. Infere-se pelos seus discursos que a existência de referências e fluxos pactuados pela gestão de forma consolidada expande as possibilidades de atuação das enfermeiras, ao garantirem o atendimento a demandas que não são resolvidas na atenção primária.

[...] dependendo da evolução a gente encaminha para outros profissionais, no caso o pediatra, o endocrinologista ou algum outro especialista que haja necessidade [...] (Entrevista 1)

[...] A gente tem aqui o centro de Perinatologia que fica ao lado da maternidade Evangelina Rosa, lá é portas abertas, até menor de 30 dias, nós retornamos pra lá [...] Se, por exemplo, eu estou sem médico (agora a médica está de férias), eu encaminho pra lá e eles atendem e têm também outras maternidades que também atendem, a gente tem essa possibilidade [...] (Entrevista 4)

[...] às vezes, nós encaminhamos até para a nutricionista [...] porque tem a facilidade aqui de ter o ambulatório próximo, é um hospital que não é do município, é do estado, tem pediatra, tem nutricionista, tem ginecologista obstetra, tem uma rede [...] E aqui no bairro, nós temos a facilidade de conseguir nutricionista para ficar acompanhando e elas gostam, e a gente procura sempre encaminhar. (Entrevista 7)

[...] tem uma facilidade hoje em relação ao pediatra, porque quando a gente tem uma criança dessas, nós conseguimos que a própria mãe vá e agenda com o pediatra, e isso hoje é porta aberta pelo menos para o pediatra clínico [...] (Entrevista 10)

A oferta desses serviços depende de como está organizada a rede naquela localidade. Por se tratar de uma capital, o acesso a serviços mais especializados se torna mais frequente se comparado a outras cidades. Estudo realizado em um município do interior de Minas Gerais evidenciou outra perspectiva por parte dos usuários, por exemplo, uma vez que eles avaliaram o acesso a serviços complementares e a continuidade da assistência de forma negativa (MESQUITA FILHO; LUZ; ARAÚJO, 2014). Do ponto de vista dos profissionais, a oferta desses serviços não tem sido suficiente para melhorar a assistência, necessitando de uma reorganização da rede (BATISTA *et al.*, 2016).

Como citado anteriormente, a facilidade ou não de obter assistência em outros níveis de complexidade dependerá de como a rede está organizada, incluído recursos humanos e materiais e considerando a localização e densidade populacional na qual está inserida. Além disso, no caso de prematuros, o acesso a serviços especializados vinculados a maternidade de origem é uma vantagem em relação aos demais públicos atendidos na UBS.

Uma das instituições citadas foi a Maternidade Dona Evangelina Rosa (MDER), que pertence à rede estadual de saúde e para onde são encaminhadas as gestantes de alto risco ou com outras emergências obstétricas. A MDER é credenciada pela Rede Cegonha, que por sua vez preza pela qualificação da puericultura dos recém-nascidos/lactentes na AB. Isso inclui o incentivo de pactos

realizados entre os gestores para facilitar o encaminhamento pelas UBS de RN que precisam ser reavaliados por uma equipe neonatal, além disso, é estabelecido um cronograma de seguimento dos bebês de risco (BRASIL, 2012c). A MDER oferece atendimento ambulatorial de alta complexidade, via Instituto de Perinatologia Social do Piauí (IPSP), que atende tanto mulheres, crianças e recém-nascidos de risco.

Apesar das facilidades relatadas anteriormente, há fatores que limitam uma maior atuação do profissional com relação à VD. Por exemplo, algumas enfermeiras citaram que dependem da disponibilidade do transporte oficial da prefeitura, uma vez que a maioria trabalha em unidades distantes da sua área de atuação. Apesar da necessidade, nem sempre o transporte é disponibilizado para todas as equipes em períodos regulares.

[...] A prefeitura disponibiliza carro uma vez por mês, no máximo duas vezes, antigamente nós tínhamos toda semana um dia de visita, nós ainda temos no cronograma, só que não vem transporte, então a gente não pode ir no nosso carro, e às vezes as áreas são um pouco distantes das unidades de saúde, então a gente não vai a pé, até por causa da violência no nosso meio [...] (Entrevista 1)

[...] A primeira dificuldade é a ausência de carro para realizar a visita domiciliar, então a gente se vira e vai no nosso [...] o carro vem pra nossa equipe na quinta-feira, tem mês que ele vem a cada 15 dias. Ou seja, eu visito uma quinta-feira sim e outra não, se for depender do carro da visita domiciliar. Então muitas vezes a gente vai no nosso carro para o bebê não ficar sem assistência, nem a puérpera [...] (Entrevista 3)

[...] A gente enfrenta essa dificuldade do transporte e eu acho que é basicamente essa a maior dificuldade [...] (Entrevista 4)

[...] Quando você não tem o carro especificamente para a realização dessa visita domiciliar, naquela data ou naquele dia específico fica muito complicado. (Entrevista 5)

[...] a dificuldade é o transporte [...] com relação à acessibilidade é ruim, é muito distante, é uma região muito acidentada, tem muitos morros, não tem como ir a pé, eu dependo do transporte. A fundação não disponibiliza carro, às vezes o carro só vem uma vez por mês e quando vem muito. A agenda fixa é duas vezes por mês, semana sim e semana não [...] às vezes ainda falha, só vem uma vez por mês, e nós não temos como usar outros meios para ir visitar, aí fica a desejar. (Entrevista 6)

[...] nós dependemos do carro então a gente tem um agendamento mensal com a fundação municipal de saúde. Nós temos transporte duas vezes por mês, quando não tem carro e as mães não podem vir, aí infelizmente ela fica para o primeiro mês de vida. (Entrevista 8)

[...] A dificuldade é o carro, antes, quando eu entrei na estratégia de saúde da família ele era semanal, agora o carro é quinzenal e nem sempre vem. Geralmente vem, mas semana passada mesmo, a gente tinha um visita [...] a gente ficou esperando e não veio carro. (Entrevista 9)

[...] a gente não está tendo nem carro para visita aqui em Teresina. O carro vem de 15 em 15 dias e quando vem, mas a gente faz no nosso próprio carro a visita [...]. (Entrevista 10)

[...] A nossa dificuldade é carro, porque aqui na UBS e na fundação como um todo, o carro só vem duas vezes por mês. Então, a gente programa a visita duas vezes por mês, aí nesse caso às vezes passa do 7º dia, não tem como. Mas algumas vezes, nós já fomos no nosso próprio veículo quando é um prematuro, que já passou muito tempo internado, a gente fica com aquele cuidado. (Entrevista 13)

Resultados semelhantes foram encontrados por Luz *et al.* (2016) e Aires *et al.* (2015) nos quais a quantidade insuficiente de transporte foi citado como dificuldade para atender as demandas das VD, comprovando a necessidade de mais investimentos nessa área. A divisão territorial para definir a área de cobertura das unidades é um mecanismo organizacional que, algumas vezes, dificulta a proximidade entre o serviço e as residências, o que faz com que a equipe dependa de um transporte oficial (LIMA *et al.*, 2015).

É evidente que a falta de organização e disponibilidade do transporte afetará o cumprimento das atividades que os profissionais devem fazer junto ao RNPT e suas famílias, limitando a quantidade e a qualidade das intervenções domésticas, e retardando a retomada do vínculo com a família. A realização de VD em apenas duas vezes por mês obriga, muitas vezes, os profissionais a darem preferência a casos que achem mais graves, como pacientes portadores de doenças crônicas que não podem se locomover até a unidade. Desse modo, percebe-se que a visita como estratégia de promoção à saúde da comunidade fica esquecida frente a outras atividades que são realizadas.

Apesar de apontarem esta dificuldade, algumas enfermeiras pontuaram que realizam as visitas com seus próprios carros, principalmente quando consideram que esse momento não pode ser adiado, como no caso de prematuros. A solução citada por elas, não anula o dever da gestão municipal de garantir aos profissionais condições necessárias para realizar suas atividades, uma vez que cabe a ela o dever de prover os recursos para o cumprimento da VD e também a responsabilidade sobre a segurança das equipes.

Devido ao tempo que os prematuros passam internados após o nascimento, o acesso a informações sobre seu período de hospitalização é tido como uma dificuldade para os enfermeiros. Além disso, não há uma contrarreferência e muitas das informações que chegam até eles são coletadas com os pais e, por vezes, incompletas.

[...] As informações são as que estão no cartão da criança, quando vem no cartão, porque eu acho isso uma deficiência muito grande [...] muitas vezes não vem nada preenchido sobre esse bebê, se ele teve alguma patologia, se ele saiu com alguma patologia de base, não vem uma contrarreferência de lá para a gente [...] nós conversamos isso com a mãe, ela que geralmente nos dá algumas respostas. (Entrevista 3)

[...] O ideal mesmo era que a rede funcionasse de uma forma mais integrada, talvez a gente conseguisse um nível mais satisfatório de assistência, porque nós da atenção básica não conversamos com a secundária, a secundária conversa com o usuário e manda o recado pra gente, é assim [...] (Entrevista 7)

[...] Muitas das nossas mães vão para maternidades particulares [...] traz alguma orientação do nutricionista, traz o teste do pezinho agendado [...] basicamente é isso, mas não vem nada explicando de contrarreferência não. (Entrevista 10)

[...] Eu não lembro de nenhum caso que tenha vindo a contrarreferência. Então o que a gente sabe é o que o paciente informa, e o pior é que muitas vezes não é dito para ele o que é feito de verdade [...] (Entrevista 12)

A contrarreferenciada implica em um compartilhamento de responsabilidades, assim como informações sobre história clínica, dados do exame físico, resultados laboratoriais e as suspeitas diagnósticas, além das intervenções realizadas (PEREIRA; MACHADO, 2016). Ela garante a continuidade do atendimento integral ao usuário, aumentando a capacidade resolutiva dos serviços de atenção à saúde.

No entanto, seu pleno funcionamento não é uma realidade quando o usuário é um RNPT, como foi relado acima. Situação similar foi encontrada por Aires *et al.* (2017), ao apontar que a comunicação entre a UBS e as maternidades é deficiente e, algumas vezes, depende de meios informais, ou seja, um profissional que trabalha na rede primária e secundária repassa as informações que tem acesso. Além disso, quando o prematuro é egresso de uma instituição particular, essa interface é ainda mais frágil, uma vez que o seguimento do bebê acontece por pediatras conveniados ao plano de saúde da criança. Desse modo, a relação entre essas famílias e a UBS se resume a realização de vacinas e teste do pezinho.

Para que as VD possam ser planejadas, o acesso a informações sobre o período de internação do prematuro é indispensável, uma vez que é a partir desses dados que os enfermeiros e outros profissionais poderão organizar suas atividades e estabelecer prioridades. Caso não seja possível a contrarreferência por meios formais ou informais, os profissionais irão depender das informações repassadas pela família. Assume-se, portanto, a possibilidade de que muitas orientações e recomendações

que foram transmitidas aos pais na alta hospitalar possam ser perdidas, prejudicando a continuidade do atendimento. Para o prematuro, isso pode significar dificuldades no desenvolvimento e risco de adoecimentos e reinternações.

A desarticulação entre os níveis de atenção foi encontrada em outros estudos. Em pesquisa realizada em um município de Minas Gerais, 59,1% dos entrevistados afirmaram que os usuários não são contrarreferenciados para a ESF após o atendimento em outros níveis de atenção (COSTA *et al.*, 2013).

Outro fator que impacta esse atendimento é a falta de suporte teórico para assistirem os RNPT. Constata-se pelos relatos a inexistência de um planejamento para atendimento de bebês de risco, o que pode ser evidenciado pela falta de instrumentos específicos que possam orientar esses profissionais.

[...] nós não temos protocolo definido para atender ao prematuro, a gente tenta seguir todas as orientações, pede ajuda aos outros profissionais e a família [...] (Entrevista 1)

[...] se chegar um prematuro pra mim agora eu vou ter que dar uma estudada, lembrar umas coisas porque não é da nossa rotina e acaba que a gente esquece, aí tem que lembrar algumas coisas pra poder fazer o acompanhamento [...] (Entrevista 4)

[...] inclusive está faltando um treinamento, uma orientação, um fluxograma, nós não temos nada aqui pelo menos na nossa área [...] eu não sei se a fundação já fez algum treinamento nas outras UBS, mas aqui não, nada [...] (Entrevista 6)

[...] não há um protocolo específico para o pré-termo, a gente só faz consultas menos espaçadas porque nos preocupamos esse desenvolvimento [...] (Entrevista 8)

As demandas exigidas por um RNPT são diferentes daquelas de bebês nascidos a termo, desse modo a ausência de instrumentos específicos, como protocolos ou fluxogramas, para esse público não só prejudica o acompanhamento correto do crescimento e desenvolvimento, como também interfere na realização de práticas interdisciplinares, uma vez que não há um consenso entre a equipe sobre quais ações devem ser realizadas.

Apesar da sua importância, eles não são os únicos a interferirem na continuidade da assistência. A falta de capacitações e treinamentos prejudica um bom desempenho dos profissionais, ao torná-los inseguros para atender um RNPT. Pesquisa realizada por Aires *et al.* (2015) evidenciou que, para os profissionais da AB, o pré-termo ainda é um bebê desconhecido, que gera preocupações e dúvidas. No entanto, apesar dos sentimentos, eles demonstraram uma boa compreensão do que

deveria ser realizado, relacionando isso às atualizações que fizeram na área.

As deficiências que as enfermeiras relataram podem ser relacionadas à falta de compromisso da gestão local com uma importante ferramenta que consta na PNAB, a educação permanente (EP). Ela não se refere somente a cursos, treinamentos ou capacitações, mas também ao planejamento que deve ser feito a partir da identificação de nós críticos a serem enfrentados na atenção e gestão. Desse modo, será possível construir estratégias que possibilitem a articulação entre políticas gerais e as singularidades dos sujeitos (BOMFIM *et al.*, 2017).

As dificuldades citadas até o momento estão relacionadas às características da gestão que interferem no processo de trabalho realizado. No entanto, em dois depoimentos foram relatadas barreiras que estão aquém do potencial resolutivo da AB, uma vez que envolvem problemas referentes a políticas sociais, conforme pode ser observado a seguir.

[...] a dificuldade que às vezes a gente percebia era de compreensão, quanto menor a escolaridade da mãe mais dificuldade, tanto no amamentar propriamente dito quanto nos outros cuidados com o bebê, então a gente procurava na medida do possível falar o português mais claro possível [...] então os cuidados com recém-nascido num casebre, por exemplo, que está pra cair o teto é uma coisa meio complicada [...] às vezes não tinha água para lavar nem as mãos, fica complicado você orientar a higiene, orientar cuidados básicos quando não tem o mínimo. (Entrevista 5)

[...] Hoje também tem a questão da violência, aqui nesse posto a gente tem vários assaltos na porta, tivemos agressões dentro do posto com a colega enfermeira e notícias de fechamento de ruas para assaltos, então é muito difícil. Então nesse posto eu até cheguei com essa proposta de visita, mas como os agentes de saúde conhecem a área e eles temem, eu não posso expor. (Entrevista 12)

O nível educacional e as condições de moradia da família foram citados como dificuldades para efetivar as metas de promoção, prevenção e reabilitação as quais se propõe a VD. No que tange as dificuldades com a compreensão da linguagem, essa limitação poderá ser contornada com a adoção de uma comunicação simples, sem termos técnicos, tal qual foi citada no depoimento. Ressalta-se, que o profissional da APS também tem como função a educação em saúde, o que inclui o repasse de informações de forma acessível ao usuário, e que de fato seja compreendida por ele. Além de melhorar adesão às orientações, a família se sente mais confiante em procurar o profissional para sanar suas dúvidas.

Quanto às condições relacionadas à situação socioeconômica, de fato é uma barreira para a continuidade assistencial. As condições de moradia e acesso à

água potável se caracterizam como determinantes sociais da saúde, e é sabido do seu impacto na qualidade de vida da população. Devido às vulnerabilidades dos prematuros, algumas características da moradia terão impacto direto na sua adaptação, como ambientes insalubres, com pouca ventilação ou ainda sem saneamento básico adequado. Mais uma vez, fica evidente a importância de conhecer a realidade na qual a criança vive para direcionar as medidas que devem ser feitas. Apesar de não evidenciado no depoimento anterior, Romanholi e Cyrino (2012) apontaram que situações adversas, como a pobreza extrema, encontradas na VD podem desencadear sentimentos de angústia, frustração e impotência entre os profissionais.

Sobre as situações de violência que são encontradas nas localidades, resultados semelhantes foram obtidos por Fernandes *et al.* (2014), uma vez que a insegurança gerada pela realização da visita e pelos riscos encontrados na comunidade foram aspectos relatados pelos participantes. O impacto da violência no seu ambiente de trabalho torna, muitas vezes, o enfermeiro um profissional dominado pelo medo, dificultando o comprometimento do vínculo com a comunidade, o que prejudica sua ida ao campo (KEBIAN; ACIOLI, 2014).

4.4 Promovendo o cuidado domiciliar do RNPT

O cuidado de enfermagem deve ser feito de forma organizada e planejada, a partir de embasamentos teóricos e científicos. Na atenção primária, a VD é uma modalidade de assistência que visa ampliar a resolutividade e o impacto na situação de vida das pessoas. Ela não pode ser vista como um breve encontro entre profissionais e usuário em seu domicílio, e sim como uma ferramenta que permitirá à equipe conhecer o contexto de vida dos sujeitos, para elaboração de um projeto terapêutico condizente com a realidade (GOMES; APRATTO JÚNIOR, 2016; BRITO, 2013).

Desse modo, o enfermeiro deve seguir o roteiro de uma consulta de enfermagem, dividido em etapas consecutivas e interdependentes, a saber: histórico de enfermagem (compreendendo a entrevista), exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição e implementação da assistência e evolução de enfermagem (COFEN, 2017).

A primeira etapa, que consiste na busca por informações, é fundamental

para conhecer melhor o RNPT. Essa busca pode ser realizada através de dados do Caderneta da Criança, resumos de altas, resultados de exames, prescrições médicas e relatos da mãe. A partir das falas de uma das enfermeiras foi possível encontrar traços deste percurso que deve ser realizado durante as visitas.

[...] a gente analisa o cartão de vacina e ver os exames que foram feitos, se foram feitos ou se estão agendados: do olhinho, coraçãozinho e tal [...]
(Entrevista 12)

O momento da visita é o primeiro contato entre profissional e RNPT, logo todas as informações referentes ao período em que ele ficou internado serão úteis. Por exemplo, o uso de ventilação mecânica por períodos prolongados está associado à ocorrência de displasia broncopulmonar, assim como oxigenoterapia de alto fluxo está ligado à retinopatia. Os exames realizados também devem ser checados, principalmente aqueles que se referem à triagem neonatal (SANTOS; BAHIA; MIRANDA, 2015).

A fala acima apresentada nos chama a atenção ao fazer referencia ao cartão de vacina, quando na verdade se refere à Caderneta de Saúde da Criança. Nela serão encontrados dados sobre o nascimento, exames de triagem neonatal, vacinas realizadas, entre outras informações.

No que diz respeito às vacinas, o calendário vacinal do pré-termo é semelhante a do recém-nascido a termo, deve-se, no entanto, observar se alguma vacina foi adiada devido ao peso do bebê, como é caso da BCG, ou alguma outra condição clínica. Vale destacar, que para as crianças menores de um ano que nasceram com idade gestacional menor ou igual a 28 semanas ou menores de dois anos com doença pulmonar crônica, há disponível a vacina Palivizumabe. Ela previne infecções causadas pelo vírus sincicial respiratório (VSR), podem ser feitas de uma a cinco doses durante o período de sazonalidade do vírus (BRASIL, 2014b).

Outros dados devem ser checados, tais como: medicações, suplementos ou vitaminas prescritas, encaminhamentos para atendimento em ambulatórios especializados (neuropediatria, fisioterapia, fonoaudiologia). Finalizado esta etapa, segue-se ao exame físico. Ainda que a criança tenha tido alta recentemente e esteja estável, o exame físico é uma responsabilidade do enfermeiro e deve ser realizado minuciosamente. Ele tem como objetivo determinar o estado de saúde do prematuro, avaliar os riscos potenciais e detectar anormalidades.

[...] Eu confiro as orelhas, faço o exame com dedinho no céu da boca para ver se não tem abertura para uma possível fissura submucosa, confiro a fontanela, a questão da icterícia, se é recente ou é tardia, confiro o umbigo também, olho a genitália, vejo se está fazendo coco e xixi, para ver se tem algum problema [...] a questão do sono. (Entrevista 2)

[...] Testo o reflexo, vejo o perímetro cefálico e do tórax, agora a gente só não mede e nem pesa no domicílio, mas a gente pede pra ir até a unidade e faz o seguimento conforme o Ministério da Saúde preconiza [...] (Entrevista 4)

[...] Examino a fontanela, o tamanho do perímetro cefálico, faço a avaliação da pele quanto à cor [...] a situação vacinal [...] uma coisa muito complicada é aquela questão do sono da criança, principalmente com relação ao posicionamento da criança [...] (Entrevista 10)

[...] questão de higiene, as necessidades básicas né, como é que tá as eliminações dele, os reflexos, como é que tá o desenvolvimento e crescimento dele, tudo isso a gente vê. (Entrevista 11)

[...] Eu gosto de fazer primeiro o exame físico completo. Nós temos uma ficha que a gente ver a questão dos reflexos. (Entrevista 12)

Conforme recomenda a literatura, a sequência do exame é cefalocaudal e deve ser feito em um ambiente tranquilo, sem expor a criança à desestabilização de temperatura. Especialmente para o prematuro, algumas regiões merecem maior atenção. Pele e mucosas devem ser examinadas para procura de conjuntivites, dermatites, ou monilíase oral e perineal. Outras lesões decorrentes de procedimento invasivos ou dispositivos médicos podem estar presentes (SOUZA, 2017).

O sistema respiratório merece destaque, uma vez que a imaturidade pulmonar somada ao longo período de internação propicia uma maior ocorrência de distúrbios respiratórios. Portanto, não é rara que os RNPT apresentem sintomas respiratórios, como: sibilos, retrações intercostais e outros. O exame neurológico deve ser avaliado quanto à presença de tônus passivo, ativo e presença de reflexos primitivos. As medidas antropométricas devem ser realizadas e anotadas nas cadernetas em curvas apropriadas para a idade corrigida (SILVEIRA, 2012).

A hérnia umbilical também é comum entre o bebê pré-termo, principalmente do sexo masculino, e costuma fechar até os dois anos. Quanto aos meninos, é importante destacar que eles também podem apresentar distopia testicular. Logo, o posicionamento dos testículos merece ser examinado e, caso seja confirmado essa irregularidade, os pais devem ser esclarecidos, uma vez que esse é um aspecto que pode preocupá-los (SOUZA, 2017).

Os profissionais devem estar atentos aos medos e ansiedades que os pais demonstram e avaliar a necessidade de mais intervenções educativas, uma vez que os

sentimentos e comportamentos dos pais e família também irão influenciar nos cuidados prestados. Dessa forma, é muito importante que os profissionais tenham certeza que as informações que passaram durante a visita foram compreendidas pelos responsáveis. Uma das formas de obter esse *feedback* é solicitando que eles repitam as orientações, sobretudo as mais relevantes.

Estas devem ser feitas ao final da consulta e direcionadas às necessidades que foram observadas e, principalmente, àquelas que têm impacto direto na condição de saúde dos prematuros. Quanto a isso, foi observado que alguns assuntos foram mais abordados entre as enfermeiras. O aleitamento materno foi citado com relevância nos discursos, principalmente, quanto ao incentivo em mantê-lo exclusivo durante os primeiros seis meses de vida da criança, conforme observado nas falas abaixo.

[...] a gente frisa muito a questão da alimentação, a questão mesmo do aleitamento materno exclusivo. (Entrevista 1)

[...] A amamentação exclusiva é uma coisa que é difícil, a gente passa a gestação inteira orientando, mas na hora de amamentar a gente sabe das dificuldades [...] a gente tenta fazer de tudo para que elas consigam amamentar exclusivamente até os seis meses. (Entrevista 4)

[...] a gente tenta orientar, ao máximo, para que ela faça adesão ao aleitamento para que ela procure amamentar mais a criança, mas muitas vezes não é possível. Nós fazemos, se necessário, outras visitas, o agente acompanha também, vê se ela tá realmente dando leite materno ou se já tá com outro suplemento [...] (Entrevista 11)

Os benefícios do aleitamento materno para as crianças, de uma forma geral, são conhecidos por todo o mundo e, constantemente, a temática é discutida e incentivada por campanhas mundiais. Além de reduzir a morbimortalidade, melhorar o neurodesenvolvimento e prevenir infecções, a oferta precoce de leite materno ao RNPT pode contribuir para a maturação gastrointestinal, diminuir a incidência de enterocolite necrosante no período neonatal e de hipertensão e dislipidemias na adolescência. Ressalta-se, que os benefícios superam os aspectos nutricionais, uma vez que a prática estimula o vínculo entre mãe e bebê, diminuindo os níveis de ansiedade maternos (BERTINO *et al.*, 2012).

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) recomenda que o aleitamento seja incentivado pelo maior número de tempo possível e que para RNPT seja mantido até os seis meses de idade corrigida, e não cronológica (SILVEIRA, 2012). Além disso, o leite materno de mães de prematuros é diferenciado e apropriado às necessidades fisiológicas dessa criança. Possui uma maior quantidade de gorduras, proteínas, sódio

e potássio, além de agentes anti-infecciosos, tais como: imunoglobulina A e lactoferrina (DEUTSCH; DORNAUS; WAKSMAN, 2013).

Especificamente para o enfermeiro, a prática de incentivo ao aleitamento, mediante orientações quanto às vantagens e esclarecimento de dúvidas e correção de problemas, fortalece o vínculo com a nutriz, contribuindo para a geração de uma confiança e autoestima no que tange à prática de amamentação (AZEVEDO *et al.*, 2015). Quando essa comunicação não ocorre, têm-se como consequência mães desinformadas, com práticas inadequadas e obsoletas que influenciarão na interrupção do aleitamento (VARGAS *et al.*, 2016).

Logo, o acompanhamento integral, por meio de visitas domiciliares frequentes ou realização de mais consultas, permitirá a prevenção de problemas, refletindo beneficentemente no crescimento e desenvolvimento saudável do prematuro (VARGAS *et al.*, 2016). Percebeu-se, ainda, que as enfermeiras têm uma atenção maior com a pega do bebê, principalmente por reconhecer o prematuro como uma criança frágil e com reflexos imaturos.

[...] Um dos fatores que me assusta logo é quando elas dizem que a criança não está mamando. Se o problema for só na pega, eu oriento que elas venham aqui todo dia pra eu ver, agora se eu perceber que a criança não está com uma sucção adequada, já encaminho diretamente para o Hospital do Buenos Aires, que é nossa referencia [...] (Entrevista 2)

[...] Quando o bebê tem dificuldade na pega do leite, oriento à mãe a fazer a ordenha do leite para ela dar na colherinha para o bebê, ou então a gente orienta que ela pegue uma mamadeira com um bico bem fininho para ele acostumar a sugar [...] Orienta a posição correta, porque às vezes tem prematuro que tem dificuldade na sucção, ele cansa mais rápido [...] (Entrevista 3)

[...] Especialmente para o prematuro, a amamentação acaba sendo mais crucial, às vezes ele já vem com prescrição de leite artificial, mas mesmo assim a gente orienta que se a criança conseguir pegar mais no peito ela pode ir deixando um pouquinho de lado né. (Entrevista 5)

[...] com relação à amamentação, uma dificuldade é que às vezes eles nascem sem o reflexo, aí demora mais [...] (Entrevista 11)

Tal preocupação é de fato relevante, já que segundo uma pesquisa realizada por Rocci e Fernandes (2014), a pega foi citada por 70,5% das mulheres como o maior obstáculo durante a amamentação. As nutrizes devem ser orientadas que o posicionamento correto do bebê durante as mamadas evita, inclusive, as fissuras e possíveis lesões no seio materno. Desse modo, orienta-se que a criança deva ficar de frente para a mãe, barriga com barriga. Na boca da criança devem ser

colocados o mamilo e o máximo da aréola que for possível. Além disso, os lábios da criança ficam curvados para fora, ocorrendo o fechamento entre a boca e o seio materno (AZEVEDO *et al.*, 2015).

Ademais, a imaturidade dos reflexos orais também é um desafio para a promoção da lactação. O reflexo de sucção, por exemplo, exige resistência do prematuro para mantê-lo rítmico e vigoroso (ARAÚJO *et al.*, 2016). Essa deficiência não só dificulta o aleitamento, como pode oferecer riscos a crianças devido à incoordenação entre o sugar, respirar e engolir. Apesar de o requisito estar sugando forte ser um dos critérios para alta hospitalar, as mães devem ser orientadas a reconhecer sinais de estresse durante a mamada, como batimentos de asas nasais e retração de tórax, e a interromper até que a criança se recupere (DEUTSCH; DORNAUS; WAKSMAN, 2013).

Todos esses problemas, somados a dificuldade materna, como diminuição da produção de leite, contribuem com o desmame precoce, ainda comum entre esse público. Logo, é importante que a família esteja atenta ao ganho de peso da criança, se ela apresenta alguma irritação após as mamadas e presença de diurese.

Pesquisa realizada com 103 prematuros, acompanhados por serviço de referência em um município brasileiro, evidenciou que no momento da primeira consulta, apenas 35,9% estavam em aleitamento materno exclusivo, 39,8% em aleitamento materno complementado e 24,3% em alimentação artificial. A duração mediana do aleitamento materno foi de cinco meses (FREITAS, 2016).

Frente a esses desafios, os enfermeiros devem focar suas orientações em estratégias que atendam as dificuldades específicas do RNPT, como, por exemplo, ensinar a mãe a realizar a ordenha das mamas e administrar o leite materno via oral, o que foi relatado por uma das enfermeiras.

[...] Normalmente a gente orienta ela a fazer a própria ordenha, colocar na colherzinha e ficar dando até a criança ter a habilidade e a força para sugar [...] (Entrevista 10)

A ordenha das mamas, seja manual ou por bombas, facilita a retirada do leite humano e garante a oferta necessária ao RNPT que não possui a maturidade fisiológica para realizar a sucção no peito. Além disso, promove o conforto da mama frente à tensão mamilo-areolar que interfere na pega e pode provocar lesões e fissuras no seio materno (ABRAMS *et al.*, 2017).

Apesar da facilidade em administrar o leite ordenhado por mamadeiras, o

seu uso tem sido desaconselhável pela possibilidade desta interferir negativamente na amamentação (ARAUJO *et al.*, 2016). Desse modo, a administração pelo copo é mais indicada, por ser descrita como uma técnica segura e prática quando bem orientada. Recomenda-se que o bebê esteja numa posição sentada ou semisentada no colo, posteriormente, deve-se apoiar levemente a borda do copo no lábio inferior do bebê e deixar que ele sorva o leite (SANTANA *et al.*, 2016).

Ademais, fatores externos também podem influenciar negativamente o aleitamento, inclusive diminuído a produção de leite materno. Dessa forma, um ambiente confortável e tranquilo com menos interrupções facilita o processo de amamentação (AZEVEDO *et al.*, 2015). Tais orientações foram citadas por uma das depoentes.

[...] eu oriento que o aleitamento materno seja num local exclusivo, um local confortável, longe da televisão, de preferência com uma música tranquila [...]
(Entrevista 12)

Outro aspecto a ser reforçado pelas profissionais refere-se aos fatores emocionais e psicológicos envolvidos durante a amamentação. Este momento deve ser prazeroso e não somente para suprir uma necessidade física da criança. É o momento que mãe e filho estão conectados, no qual há o fortalecimento do vínculo. Portanto, as mães podem e devem ser incentivadas quanto à importância do toque físico, da troca de olhares e até mesmo de estímulos sonoros, uma vez que essas práticas estimulam movimentos mais eficientes durante a mamada por parte dos bebês (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Mesmo após todas as orientações e condutas, um dos principais desafios quando se fala em aleitamento exclusivo é o uso de fórmulas infantis e leites artificiais que, muitas vezes, são prescritos além do período necessário. Tal prática acaba sendo levada adiante pelos pais diante das primeiras dificuldades vivenciadas para manter o aleitamento exclusivo no domicílio.

[...] a gente se preocupa muito com a parte da alimentação, as mães acham que, por ser prematuro, a criança tem que comer uma coisa diferente para engordar logo, ai querem introduzir uma alimentação artificial inadequada [...]
essa cultura do aleitamento materno é uma coisa bastante disseminada, mas é impressionante como a cultura dos avós, o sogro, sogra atrapalham muito [...]
(Entrevista 7)

[...] tem sido cada vez mais comum a gente ver a introdução do leite artificial, então a gente tenta muito estimular essa questão do aleitamento materno na visita domiciliar. (Entrevista 8)

[...] O aleitamento é dificultoso pra todos, às vezes elas não tem condição de dar o leite mais caro, o leite adequado, e geralmente introduz outro leite que não é para a idade. (Entrevista 9)

[...] acho importante detectar os possíveis problemas que venham a ter com alimentação, qual o tipo de alimentação que ele tá recebendo, se ele já consegue se alimentar pelo leite materno ou se tem algum suplemento. (Entrevista 11)

Pesquisa realizada por Moraes *et al.* (2017), observou que ao longo do primeiro ano de vida, a fórmula infantil foi utilizada por cerca de 15% das crianças. Além disso, a partir do seis meses comprovou-se um aumento na probabilidade de se introduzir leite de vaca. Na mesma pesquisa, a escolha do leite a ser utilizado foi, na maioria das vezes, por iniciativa da mãe ou do pediatra.

A introdução do leite artificial e também de outros alimentos complementares para RNPT foi observada em outras duas pesquisas. As principais justificativas relatadas pelas mães estavam relacionadas com crenças culturais por julgarem que o leite que produziam estava fraco para a criança, devido ao cansaço e estresse maternos (WALTY; DUARTE, 2017; DE ABREU *et al.*, 2015). Já a pesquisa realizada por Cruz e Sebastião (2015) evidenciou que 77,8% das mães justificaram o uso de fórmulas por estarem suspeitando que o ganho de peso dos seus filhos estava inadequado.

Desse modo, é possível perceber que os relatos de algumas enfermeiras são condizentes com a realidade ainda presente entre as mães de bebês prematuros. A decisão sobre o uso de fórmula infantil deve ser avaliada por uma equipe multidisciplinar, em virtude da sua influencia no metabolismo do corpo (DEUTSCH; DORNAUS; WAKSMAN, 2013).

Percebeu-se pelas entrevistas que as profissionais reconhecem a importância da manutenção do aleitamento materno para crianças prematuras, assim como das dificuldades que podem ser vivenciadas em domicilio devido a características próprias do desenvolvimento da criança. Uma das principais consequências do desmame ou interrupção precoce da amamentação está relacionada ao ganho de peso, que terá impacto no crescimento e desenvolvimento do prematuro. Sabe-se que com relação a isso, os pré-termos já possuem certas limitações.

[...] nós olhamos a questão do peso [...] mostra pra elas que é diferente a questão do crescimento e desenvolvimento, a gente mostra que é diferente na curva [...] (Entrevista 10)

[...] É ver se a criança tá ganhando peso, se tá se desenvolvendo direitinho, a gente sabe que geralmente quando eles são prematuros a gente tem que calcular o atraso, a gente tem que ver essa questão. (Entrevista 11)

Um padrão irregular de crescimento de crianças prematuras pode prejudicar toda a sua infância, uma vez que afeta a sua condição de saúde e pode ter repercussão direta no seu desenvolvimento (FENTON; KIM, 2013). Sabe-se que o ritmo de crescimento é diferenciado de uma criança nascida a termo, e é dividido em quatro etapas. Inicialmente, há uma diminuição do peso devido à perda do líquido extracelular, posteriormente ocorre uma estabilização clínica, com melhora da ingesta calórica e crescimento lento, além de aumento do PC (ROVER *et al.*, 2015).

Na terceira etapa, tem-se um rápido de ganho de peso, de comprimento e de PC. A última fase é o equilíbrio, na qual o padrão de crescimento se iguala a de crianças nascidas a termo. Nessa etapa, cerca de 80% dos prematuros atingem a normalidade nas curvas de referência para estatura e PC, e 70% recuperam o peso. A ausência de recuperação está associada, geralmente, ao baixo nível socioeconômico e à ocorrência de doenças (ROVER *et al.*, 2015).

A SBP recomenda, por exemplo, que para RNPT de muito baixo peso, o comprimento e PC devem ser acompanhados semanalmente em curva de crescimento intrauterino a cada semana de idade gestacional corrigida, até completar 40 semanas. Posteriormente, adota-se a curva da OMS, considerando a idade corrigida, ou seja, subtraindo da idade cronológica as semanas que faltaram para atingir a idade gestacional a termo (considerar 40 semanas). A recomendação é usar a idade corrigida até a criança completar três anos (SILVEIRA, 2012).

Outro item que deve ser cuidadosamente avaliado é o desenvolvimento neural e motor, uma vez que o parto prematuro interrompeu o amadurecimento de habilidades motoras no período intrauterino.

[...] a gente observa se ele tá acompanhando as fases de desenvolvimento de forma correta, porque não são os mesmos parâmetros esperados, muitas vezes o bebê prematuro de um mês de vida não responde como um bebê a termo com um mês de vida. (Entrevista 3)

[...] nós orientamos às mães que os marcos do desenvolvimento podem não ser compatíveis com o de uma criança não prematura [...] às vezes algumas mães ficam um pouco ansiosas porque o ganho de peso deles é mais lento, é difícil lidar com essa ansiedade. (Entrevista 8)

Os prematuros são mais lentos na aquisição de marcos motores, como rolar, engatinhar, ficar em pé e andar, mesmo após a correção da idade. Quando a prematuridade é extrema e associada ao baixo peso ao nascer, as crianças têm uma

maior probabilidade de ter alterações no equilíbrio, postura e linguagem (SACCANI; MARTINS; PINTO, 2017).

[...] a gente observa se ele tá acompanhando as fases de desenvolvimento de forma correta, porque não são os mesmos parâmetros esperados, muitas vezes o bebê prematuro de um mês de vida não responde como um bebê a termo com um mês de vida. (Entrevista 3)

[...] nós orientamos às mães que os marcos do desenvolvimento podem não ser compatíveis com o de uma criança não prematura [...] às vezes algumas mães ficam um pouco ansiosas porque o ganho de peso deles é mais lento, é difícil lidar com essa ansiedade. (Entrevista 8)

As complicações motoras estão relacionadas à falta de alguns estímulos sensoriais adquiridos no último trimestre de gestação que auxiliam no desenvolvimento dos sistemas vestibular, auditivo, cinestésico e tátil (ARAÚJO; RIBEIRO; ESPINDOLA, 2015). O período de internação em unidades de cuidados intensivos ou semi-intensivos, também, é um fator a ser considerado, devido à ocorrência de problemas neurológicos, decorrentes de hemorragias intracranianas, uso prolongado de ventilação mecânica, icterícia e privação de estímulos. Além disso, frequentemente essas alterações podem influenciar na ocorrência de déficit atenção, hiperatividade e dificuldades de aprendizado (DEUTSCH; DORNAUS; WAKSMAN, 2013).

Ainda que essas alterações sejam transitórias, é importante que sejam identificadas precocemente, uma vez que esses atrasos podem persistir até a idade pré-escolar ou escolar (SACCANI; MARTINS; PINTO, 2017). A Caderneta de Saúde da Criança é o instrumento que pode auxiliar os enfermeiros a acompanhar e orientar a família quanto aos marcos do desenvolvimento, destacando a adoção da idade corrigida. Além disso, os registros dessas informações subsidiam ações educativas e de intervenção seja por profissionais da AB ou de outras referências.

No entanto, pesquisa realizada por Molini-Avejonas *et al.* (2018), sobre o neurodesenvolvimento de bebês de risco, demonstrou que de 55 prontuários avaliados de equipes ESF, apenas 1,82% tinha registros de três marcos básicos de desenvolvimento, e 56,36% não havia qualquer informação. Reforça-se, que um acompanhamento frequente possibilitará ações precoces de tratamento, inclusive no ambiente em qual a criança vive.

Sabe-se que, apesar dos fatores biológicos, os fatores ambientais são muito importantes para o desenvolvimento de habilidades motoras e sensoriais,

especialmente a partir do segundo ano de vida. Desse modo, os pais, principalmente a figura materna, devem ser orientados a estimular a interação da criança com o meio. Abaixo, estão algumas dicas sobre estímulos que podem ser realizados pelos pais a crianças prematuras, sob orientação dos enfermeiros, a partir dos 10 meses (BERTICELLI *et al.*, 2015).

- 10 a 12 meses: Oferecer jogos de encaixe, um adulto deve participar da brincadeira explicando as formas, cores e tamanhos.
- 13 a 15 meses: Permita que a criança interaja mais com outras pessoas (crianças/adultos), opte pelos andadores de empurrar ao invés dos andadores convencionais. É importante a supervisão de um adulto.
- 16 a 18 meses: Ajude-a em atividades de empilhar ou montar objetos para estimular a motricidade fina; estimule a imaginação com brincadeiras de roda ou dança.
- 19 a 24 meses: Ensine-a a usar a colher sozinha e a tirar algumas vestimentas, como meias, sapatos, roupas simples; quando for passear, fale sobre as coisas que observam, os objetos, os lugares, as cores.

Além de influenciar o crescimento e desenvolvimento, a prematuridade também interfere no controle da temperatura, o que foi citado por algumas enfermeiras. Essa dificuldade em manter a temperatura do corpo equilibrada é causada pela relação entre a área e a superfície cutânea da pele altamente permeável, além da redução de tecido subcutâneo, o que dificulta o recebimento de calor suficientes para a relação da termogênese e conseqüentemente crescimento do bebê (COSTA *et al.*, 2017).

[...] a questão de como agasalhar o bebê de como mantê-lo em casa, a questão térmica [...] (Entrevista 1)

[...] a questão de agasalhar bem o prematuro, porque a gente orienta que o prematuro vai ter mais frio que um bebê a termo, porque a pele dele ainda não está totalmente formada como um bebê a termo [...] (Entrevista 3)

[...] a questão da temperatura que é super importante se ele é prematuro [...] (Entrevista 10)

A perda de calor para o ambiente ocorre de quatro formas. A radiação é a transferência de calor do corpo para superfícies frias que não estão em contato com o corpo. Na condução, o calor é perdido pelo contato direto de um corpo com o outro. A convecção se caracteriza pela perda de temperatura causada pelo movimento do

ar que passa na superfície da pele. Por fim, tem-se a evaporação, na qual há conversão do estado líquido para o gasoso quando, por exemplo, o RN está com o corpo molhado ou com fraldas úmidas (DEUTSCH; DORNAUS; WAKSMAN, 2013).

Além das alterações no valor da temperatura, a criança pode apresentar os seguintes sinais diante de uma hipotermia: apneia, bradicardia, distensão abdominal, hipotonia, hipóxia, inquietação, irritabilidade, letargia, manchas da pele, resistência periférica aumentada, resposta ao estímulo diminuída e vasoconstricção periférica. Caso não seja resolvida, pode evoluir para uma parada respiratória ou bradicardia (BRAGA *et al.*, 2014).

A hipertermia também pode acontecer, ou seja, quando a temperatura axilar da criança atinge um valor de 37,5 °C. Ela pode estar associada a quadros infecciosos ou de desidratação, como também à exposição a temperaturas elevadas ou superaquecimento. Vale ressaltar que neonatos expostos ao aquecimento tem um maior risco para síndrome da morte súbita em lactentes (SMSL) (CLOHERTY *et al.*, 2015).

Em regiões de temperaturas elevadas e com períodos de baixa umidade do ar, os pais devem estar atentos aos sinais que os filhos apresentam e se possível ter disponível aparelhos para verificar a temperatura do bebê. Na região Nordeste, por exemplo, devido ao clima tropical e, por vezes, seco, é comum que algumas casas tenham aparelhos de refrigeração, como ar condicionado. É preciso que a família esteja atenta as vestimentas que a criança esteja usando quando submetida a locais com refrigeração (temperaturas mais baixas) e ou àqueles com temperaturas mais quentes.

Além do uso de roupas que conservem a temperatura corporal do prematuro, mais orientações devem ser feitas, como: evitar que ele fique muito tempo com o corpo exposto a correntes de ar, controlar a temperatura da água utilizada no banho (34°C a 37 °C) e evitar que eles sejam demorados (COSTA *et al.*, 2017).

Acrescenta-se que outras medidas podem ser realizadas, como a prática da posição Canguru. Por propiciar um contato íntimo do corpo da mãe com o do bebê, essa técnica não só evita a perda de calor, como pode levar a um aumento da temperatura corporal. Os pais devem ser estimulados a realizar algumas atividades do cotidiano com o filho no Canguru, seguros de que não irão prejudicar a saúde da criança, além disso outras pessoas da família também podem participar, como avós, tios ou filhos mais velhos (BRASIL, 2014a).

A preocupação com a higiene do RNPT e do ambiente no qual ele vive também foi relatado. As enfermeiras reforçam as orientações relacionadas a medidas básicas de higiene da pele e alertam sobre a fragilidade imunológica da prematuridade, que exige alguns cuidados especiais.

[...] às vezes, a gente tem que orientar até que a banheira do banho tem que ser exclusiva, porque elas aproveitam para outras coisas: lavar roupa, para banhar a criança maior. Então quando é prematuro, a gente fala: olha a banheira tem que ser exclusiva para o banho do neném, se o neném fizer coco na água é importante você trocar a água, não pode acontecer essas coisas [...] (Entrevista 2)

[...] as orientações quanto aos cuidados com o coto umbilical, cuidados de higiene íntima, higiene corporal [...] (Entrevista 8)

[...] a orientação quando ele é prematuro é só redobrar mais os cuidados, mas assim não tem uma, a gente fala de tudo pra todos, pra todas as puérperas, a questão da higiene oral, da higiene do umbigo [...] (Entrevista 9)

Com relação a este assunto, há uma variedade de informações que devem ser discutidas com a família devido aos riscos e vulnerabilidades dos prematuros. Por exemplo, a higiene corporal do bebê é um dos principais itens que deve ser observado e para o qual deve ser direcionada a educação em saúde. Sua função não é apenas antimicrobiana ou estética, mas também de conforto.

Quanto a isso, profissionais e cuidadores precisam estar cientes que a pele do RNPT possui camadas mais finas, o que prejudica sua barreira de proteção. Uma das camadas da epiderme, chamada estrato córneo, tem como funções evitar a penetração de vírus e bactérias patogênicas e melhorar a desidratação. Isso só é possível porque ela possui como característica um pH ácido. No entanto, sua maturação só ocorre por volta da 34^o semana de gestação e sua acidificação nas primeiras semanas de vida. Para o prematuro esse processo ainda é mais lento, permanecendo com um pH neutro da pele por mais tempo (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Desse modo, recomenda-se que os banhos sejam realizados com produtos neutros e no máximo por três vezes na semana. Somente após os dois meses de vida, quando a camada estará mais resistente, os produtos poderão ser utilizados com mais frequência, ainda assim, evitando sabonetes de base alcalina (TAMEZ, 2013).

Ademais, algumas condutas precisam ser orientadas, tais como: higienizar a banheira previamente, separar todo material (produtos de limpeza, toalhas, fraldas e manta), lavar as mãos antes de tocar na criança, checar se o bebê não evacuou antes de imergi-lo na banheira e testar a temperatura da água. O banho deve ocorrer

em locais que não haja correntes de ar frio.

Alguns segmentos corporais merecem atenção. A cavidade oral deve ser limpa com uma fralda, reservada para esta função, umedecida com água filtrada ou fervida. Quanto à limpeza dos olhos, esta deve acontecer do canto externo para o canto interno, utilizando uma fralda ou algodão umedecidos com água. Em seguida, higieniza-se a orelha, anterior e posteriormente, e logo após toda a face. Destaca-se que a limpeza da face e cabeça deve ser feita antes da criança ser colocada na banheira, para evitar a exposição do seu corpo à temperatura ambiente.

Após a imersão do corpo da criança, segue a higiene de todas as demais regiões corporais. Por ter uma pele delicada e fina, não há necessidade de realizar o banho com movimentos vigorosos e de fricção. Quanto à higiene íntima, para os meninos deve-se retrair o prepúcio delicadamente para realizar a limpeza da glândula, e para as meninas realizar a limpeza no sentido da vagina para ânus, evitando a contaminação da região vaginal. Posteriormente, realiza-se a higiene na área perianal.

Caso o coto umbilical ainda esteja presente, sua queda ocorre entre o 7º e 15º dia, o cuidador deve limpá-lo com auxílio de um cotonete com álcool a 70%, realizando movimentos circulares e sem tocar a pele, apenas o coto. Esse procedimento pode ser feito duas vezes ao dia ou mais, dependendo da necessidade, aproveitando o momento da troca de fraldas, até que haja seu ressecamento e queda (DEUTSCH; DORNAUS; WAKSMAN, 2013).

É importante destacar que o banho também não deve ser demorado ou estressante para o bebê. Dessa forma, alguns artifícios podem ser utilizados pelos pais para tornar esse momento prazeroso, como: diminuir ruídos, evitar ambientes excessivamente luminosos e ao imergir o corpo do bebê na banheira, colocá-lo em uma posição de contenção, em que os membros superiores e inferiores estão fletidos. Esse posicionamento ajuda a relaxar a criança e pode ser realizado utilizando uma fralda.

Apesar de não referido pelas depoentes, a realização da troca de fraldas merece destaque. Ao realizar a troca, opta-se por colocar o neonato na posição lateral e não elevar as pernas, uma vez que isto pode ocasionar aumento da pressão abdominal e favorece a bronspiração (BRASIL, 2011).

As fraldas devem ser trocadas sempre que necessário para evitar a formação de dermatites de contato. Para o tratamento de dermatites leve, a literatura recomenda cremes ou pastas a base de óxido de zinco, caso haja suspeita de infecção

secundária pode-se recorrer a pomadas de nistatina (SILVA; MOURA, 2015).

O cuidado com o ambiente, no qual a criança vive, e com as pessoas que entram em contato com ela também foi citado. Quando um RNPT vai para a casa, após a alta hospitalar, os pais precisam saber que, apesar de possuir alguma estabilidade clínica, o filho necessitará de atenção especial pelas vulnerabilidades que apresenta.

[...] a questão mesmo de higiene, porque é um bebezinho menor e requer mais cuidados com a questão das sujeiras do domicílio [...] (Entrevista 1)

[...] a questão da higiene das mãos das pessoas que vem da rua para o toque com as crianças, a questão de deixar orientada com relação à fragilidade de um prematuro [...] (Entrevista 8)

[...] uma coisa que a gente observa muito também é a questão da higiene do local onde a criança vive, tem lugares que a higiene é precária [...] outra questão, é a presença de fumantes dentro de casa, que a gente orienta que não é para fumar perto da criança de jeito nenhum. (Entrevista 10)

[...] depois a gente passa a observar a questão do ambiente, como é que tá esse ambiente que tá alocando o recém-nascido e a mãe [...] assim, para todo recém-nascido, a gente orienta com mais ênfase a questão do cuidado dos contatos, das chegadas, a questão dos fumantes por perto, a questão das visitas de como deve ser feita [...] (Entrevista 12)

Ainda que as condições socioeconômicas da família não sejam adequadas, ela deve ser orientada a manter o ambiente no qual a criança vive sempre limpo, evitando locais com muita poeira ou ainda com poluição do ar. Desse modo, os móveis devem ser sempre limpos, de preferencia, com um tecido úmido para evitar que os póis fiquem suspensos.

Outro cuidado importante refere-se ao contato da criança com fumaça, principalmente em regiões mais pobres, onde as queimadas podem ser mais frequentes, além de cuidados com pessoas fumantes. Muitas crianças prematuras nascem com problemas respiratórios e são mais susceptíveis a infecções desse sistema. Por terem uma função pulmonar reduzida nos primeiros meses após o nascimento, tendem a ser mais internados que crianças nascidas a termo nos primeiros dois anos de vida, devido a doenças respiratórias recorrentes (O'REILLY; SOZO; HARDING, 2013).

As visitas, assim como os cuidadores próximos, precisam lavar sempre as mãos antes de tocar na criança. Pessoas gripadas ou com outras infecções respiratórias devem evitar proximidade. Os passeios devem ser adiados até que ela esteja mais forte, além disso recomenda-se evitar locais fechados com aglomerados

de pessoas (DEUTSCH; DORNAUS; WAKSMAN, 2013).

As roupas e brinquedos da criança também merecem atenção. Além de serem higienizados, recomenda-se que os produtos usados na limpeza sejam livres de corantes e perfumes para evitar possíveis reações alérgicas. Caso a criança esteja usando mamadeiras e/ou chupetas, a limpeza desses utensílios deve acontecer diariamente.

Para o MS, além de interferir nas práticas alimentares da criança, o uso de bicos artificiais também está associado à incidência de diarreia aguda e mortalidade na infância (BRASIL, 2013). Quanto à higienização desses utensílios, dois métodos são recomendados. A fervura da mamadeira, após a limpeza, se caracteriza como um processo simples e barato. Outra opção é uma higienização prévia com escova apropriada, detergente e água morna, seguida pelo enxague dos utensílios em água corrente. Posteriormente, eles devem ser imersos em soluções bactericidas, de acordo com a diluição recomendada pelo fabricante, e após uma hora, retira-se os utensílios e deixa-os secar em ar ambiente (MORELLI; BASSO; BERTAGNOLLI, 2016).

Todos esses cuidados são importantes para evitar infecções e as reinternações. No entanto, há outras condições clínicas que também ameaçam a saúde de RNPT e exigem condutas rápidas, devido seu potencial de risco. Em alguns discursos foi possível observar orientações das profissionais diante desses possíveis casos, tendo inclusive a preocupação de orientar os pais os serviços que devem procurar.

[...] até coisa mais simples, já entrou uma mãe aqui correndo com o menino com cólica, cheio de gases, e ela entrou assustada pensando que o filho estava morrendo, aí eu comecei a fazer as massagens e ela ficou impressionada [...] (Entrevista 2)

[...] a gente orienta que se o bebê ficar roxinho por algum momento pra procurar o hospital ou chamar o SAMU. A gente orienta, por exemplo, ficou cianótico por algum motivo, por um engasgo, coloque ele emborcado e dê uns tapinhas nas costas. Mas se for outra coisa a gente orienta que ela chame o Serviço Móvel de Urgência pra levar pra maternidade, porque aqui na UBS a gente não tem nem o oxigênio pra ofertar ao bebê [...] (Entrevista 3)

[...] no momento assim as orientações são gerais mesmo, a não ser que ela diga "meu filho tem esse problema, tem problema na deglutição, tem problema de respiração, ou ele se engasga", aí a gente dá as orientações de acordo com aquela criança [...] (Entrevista 6)

[...] A orientação é que caso haja alguma intercorrência, a mãe pode trazer a criança aqui na UBS pra médica avaliar. Mas se for no final de semana é melhor ela procurar um hospital de urgência pediátrica. Normalmente eu mando ir pra Maternidade Evangelina Rosa. , porque geralmente esses pacientes vêm de lá [...] (Entrevista 13)

As situações citadas pelas depoentes, como cólicas intestinais e engasgos, são comuns a todos os neonatos. No entanto, a prematuridade pode ser um fator de risco adicional para a ocorrência desses eventos. Por exemplo, sabe-se que o sistema digestivo do RNPT ainda demora um pouco para ficar maduro. Mesmo que esteja em aleitamento materno exclusivo, pode sofrer dificuldades de digestão devido à alimentação da mãe. Caso use outros tipos de leite artificiais, essa probabilidade aumenta.

Desse modo, recomenda-se que as mães evitem alimentos gordurosos e com excesso de temperos, além de doces, refrigerantes ou bebidas a base de cafeína.

No momento da cólica pode-se recorrer a práticas não farmacológicas para o alívio da dor, como massagem na região, a proximidade com a mãe por meio da posição canguru e movimentos passivos nas pernas do bebê que simulem pedaladas (RAMOS *et al.*, 2014).

A broncoaspiração, por sua vez, apesar de poder ocorrer em qualquer recém-nascido, tende a ser mais frequente entre RNPT pela imaturidade dos seus reflexos de sucção e deglutição. Os pais devem ser ensinados como proceder diante de tais situações. Caso a criança apresente uma obstrução leve, ela ainda conseguirá tossir, emitir alguns sons e respirar. Se a obstrução for grave, ela não tossirá ou nem conseguirá chorar, é provável que apresente cianose nos lábios e em extremidades (BRASIL, 2016b).

Devido ao risco iminente de morte, recomenda-se ao responsável ligar, imediatamente, para o Serviço Móvel de Urgência e Emergência (SAMU) para receber as devidas orientações ou realizar a manobra de desobstrução de via aérea para menores de um ano, caso se sinta preparado e seguro para fazer.

Para realizar a manobra, o responsável deve estar sentado, com o bebê em decúbito ventral apoiado sobre o seu antebraço. O mento da criança deverá estar posicionado entre os dedos do socorrista, sem que haja vedação da boca ou nariz. Devem ser aplicados cinco golpes no dorso, entre escápulas, com o calcanhar da mão para expulsão do conteúdo que estiver obstruindo a via (BRASIL, 2016b).

Apesar de não citado nos discursos, outras condições merecem destaque.

Em um estudo realizado por Costa *et al.* (2015) , observou-se que os prematuros tiveram maior ocorrência de problemas respiratórios, icterícia e hipoglicemia no período neonatal. A diminuição da glicemia capilar está relacionada ao metabolismo imaturo que pode ser agravado diante algumas situações. A hipotermia é uma condição que demanda muita energia da criança e pode levar à hipoglicemia. Ademais, por ter um padrão de sono diferenciado, as mamadas podem acontecer em intervalos maiores, diminuindo a oferta de leite à criança. Os sinais clínicos são: sonolência, dificuldade respiratória, tremores e, em casos mais graves, convulsões.

Assim como foi relatado por algumas enfermeiras, deve-se orientar aos pais como proceder e também para qual serviço levar a criança. As intercorrências citadas exigem intervenções rápidas. Ademais, mais importante que orientar é demonstrar que atitudes devem ser feitas diante dessas situações, como reconhecê-las e, principalmente, o que fazer para evitá-las.

Por isso é tão importante as visitas domiciliares como estratégia de assistência, pois é uma oportunidade para que as enfermeiras conheçam a rotina da família, suas dificuldades e situações que representam risco ao prematuro. Além do mais, o vínculo e a relação de confiança estabelecidos entre a equipe e família ajudarão no seguimento do prematuro pela ESF, uma vez que os pais se sentirão confortáveis e acolhidos pela equipe.

4.5 Folder para orientar o atendimento de prematuros em domicílio para enfermeiros da atenção básica

Durante a realização das entrevistas e grupos focais, as enfermeiras puderam relatar que cuidados realizam em domicílio com os RNPT. Além disso, foi possível evidenciar aspectos que são importantes na assistência dessas crianças, porém que não faziam parte das ações desenvolvidas por elas. Desse modo, o folder apresentado a seguir contemplou os temas mais relevantes no tocante à assistência domiciliar de enfermeiros da ESF.

As orientações passadas a seguir devem orientar a visita domiciliar realizada pelo enfermeiro da ESF.

❖ Exame Físico

Deve ser realizado no sentido cefalocaudal, observando principalmente pele e mucosas, na procura de lesões, dermatites ou infecções (conjuntivites, monilíase oral). É recomendado examinar o sistema respiratório, a partir da ausculta pulmonar e investigação de sintomas respiratórios. Com relação ao sistema nervoso, é importante avaliar o tônus (passivo ou ativo) e testar os reflexos primitivos, especialmente aqueles que interferem na amamentação (sucção e deglutição). Hérnia umbilical e distopia testicular podem estar presentes.

❖ Aleitamento Materno

O aleitamento materno exclusivo deve ser incentivado até os 6 meses de idade corrigida. Ao avaliar se a pega está correta, é importante orientar à mãe quanto aos sinais confirmatórios e o posicionamento do bebê durante as mamadas. Caso a criança não consiga sugar no peito, pode-se orientar a realização da ordenha manual e administração pelo copinho. Para isso, a criança deve estar sentada no colo e a borda do copo deve ser apoiada levemente no seu lábio inferior para que

ela sorva o leite. Outras orientações devem ser feitas à mãe, como: o cuidado e higiene das mamas, alimentação adequada, procurar amamentar em um ambiente tranquilo e confortável. O aleitamento deve ser investigado com frequência pelas enfermeiras para avaliar se os problemas foram solucionados.

❖ Crescimento e desenvolvimento

Orienta-se, inicialmente, o cálculo da idade corrigida da criança, a partir da seguinte fórmula:

$$\text{Idade corrigida (em semanas)} = 40 - \text{Idade cronológica (em semanas)}$$

Para o prematuro de muito baixo peso ao nascer, o peso, comprimento e perímetro cefálico devem ser acompanhados na curva de crescimento intrauterino até as

40 semanas corrigidas, sendo posteriormente adotada a curva da Organização Mundial da Saúde. O desenvolvimento motor e cognitivo da criança deve ser avaliado segundo sua idade corrigida, conforme os marcos do desenvolvimento contidos na Caderneta da Criança.

❖ Controle térmico

A família precisa ser advertida quanto à dificuldade do prematuro em manter sua temperatura e a influencia disso no ganho de peso e imunidade da criança. Desse modo, orienta-se que ele esteja bem agasalhado, quando submetido a ambientes frios, e que em dias quentes a família o deixe confortável, porém evitando uma exposição em excesso ao ambiente. A prática da posição Canguru em casa deve ser incentivada aos pais, podendo ser realizada por outros cuidadores próximos.

Ter disponível termômetro em casa é importante.

❖ Higiene e troca de fraldas

Recomenda-se que banho seja feito em um ambiente sem correntes de ar frias e de forma humanizada. A banheira deve ser higienizada previamente e a água aquecida. Os produtos de higiene são preferencialmente neutros nas primeiras semanas de vida, até que a pele atinja sua maturidade. A família deve ser orientada a como realizar a higiene da cavidade oral, do corpo e da região íntima do bebê.

Orienta-se que as fraldas sejam trocadas sempre que úmidas, uma vez que a pele do prematuro é ainda mais sensível que

de bebês a termo. Pode-se indicar o uso de cremes barreiras como forma de prevenção,

porém
sempre

acompanhando a reação da pele da criança. A posição indicada para a troca de fralda é a lateral, evitando assim a ocorrência de refluxos e broncoaspiração. O uso de mamadeiras e bicos artificiais é desaconselhável. No entanto, caso sejam indicados, esses utensílios precisam ser higienizados rotineiramente, mediante limpeza e fervura.

❖ **Controle do ambiente e visitas**

Evitar ambientes empoeirados ou próximos a regiões de queimadas. Orientar a higiene das mãos de cuidadores e visitas que entram em contato com o bebê. Evitar passeios a locais fechados e com aglomerados de pessoas nas primeiras semanas. O convívio com fumantes não é indicado.

❖ **Sinais de alerta**

Algumas características fisiológicas do prematuro podem facilitar a ocorrência de situações de risco. Os pais precisam estar cientes a respeito dos sinais que

indicam: broncoaspiração, hipoglicemia, hipotermia, hipertermia e infecções. Assim como, que condutas tomarem diante dessas situações.

Obs: Ainda que a criança esteja sendo acompanhada por outros profissionais da atenção secundária, eles devem ser orientados a continuar o atendimento com sua equipe de ESF.

Todas as informações coletadas durante a visita domiciliar devem ser anotadas na caderneta de saúde da criança e também no seu prontuário.

Referencia:

SILVEIRA, Rita de Cássia. Manual seguimento ambulatorial do prematuro de risco. 1. ed. – Porto Alegre : Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Neonatologia, 2012.

Elaboração

Márcia Gabriela Costa Ribeiro
Silvana Santiago da Rocha

Colaboração

Enfermeiros das equipes de Estratégia Saúde da Família do município de Teresina-Piauí



Ministério da Educação
Universidade Federal do Piauí
Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem
Mestrado acadêmico em enfermagem

**Visita domiciliar ao recém-nascido
prematuro: recomendações à
enfermagem**

Teresina, 2018

5 CONCLUSÃO

O nascimento prematuro acarreta vários problemas ao recém-nascido, uma vez que a criança ainda apresenta seus sistemas fisiológicos imaturos. Quanto mais extrema for a prematuridade, maiores serão as dificuldades de sobrevivência nos primeiros dias de vida, necessitando de cuidados intensivos e de todos os artifícios tecnológicos para sobreviver. Este momento é estressante para família, pois o seu sonho de ter um bebê saudável é substituído repentinamente por um filho real e frágil que necessitará de todo suporte para vencer suas primeiras semanas de vida. Mesmo após adquirirem estabilidade clínica, os prematuros ainda têm riscos adicionais durante a infância se comparado a outras crianças, como: atrasos no desenvolvimento e crescimento, baixa imunidade, deficiências nutricionais, problemas respiratórios e etc.

Todas essas características os transformam em bebês especiais, que necessitarão de cuidados específicos e acompanhamento frequente. Após a alta hospitalar será responsabilidade da equipe de ESF garantir a continuidade do seu atendimento. Percebeu-se que a participação ativa do ACS e o contato estabelecido com a mulher desde a gestação auxiliam na recuperação do vínculo com aquela família, uma vez que esse bebê só chega ao domicílio após algumas semanas de internação.

Ainda que esses fatores sejam facilitadores, para que a assistência prestada em domicílio seja efetiva, a gestão municipal precisa garantir condições mínimas para que a equipe realize as VD, uma vez que para alguns usuários essa é a única forma de assistência disponível. Ademais, a possibilidade de a família ir até a UBS não anula a necessidade de a ESF conhecer a realidade na qual a criança vive, uma vez que é no ambiente doméstico e na dinâmica familiar que se apresentam os principais riscos a saúde da criança.

Acrescenta-se, ainda, que a rede de atenção a saúde precisa garantir a integralidade do cuidado à criança, mediante um fluxo de contrarreferência eficiente, no qual a comunicação entre os níveis de atenção seja feita por encaminhamentos qualificados e que também seja definida a responsabilidade e missão de cada nível de atenção. O ideal é que os profissionais da AB fossem inseridos na assistência aos RNPT ainda durante o período de internação, garantido todo suporte necessário

para realizar a transição para o lar. Propostas de programas como esse já existem em países europeus, como a Espanha, e na cidade de Joinville - Santa Catarina.

Percebe-se, também, que apesar das orientações repassadas à família, aspectos importantes relacionados à prematuridade ainda não são contemplados pelos enfermeiros. Conhecer as demandas específicas desta criança é imprescindível para evitar reinternações e identificar precocemente os problemas de saúde. Desse modo, torna-se necessário a qualificação na área mediante capacitações e treinamentos, além de investimentos em instrumentos que possam direcionar as ações que são realizadas pelos membros da equipe.

Por fim, atenta-se para a necessidade de mais pesquisas na área que investiguem a participação da ESF no seguimento de um recém-nascido de risco e o papel do enfermeiro na promoção do desenvolvimento saudável desta criança.

REFERÊNCIAS

- ABRAMS, S.A. *et al.* Donor human milk for high-risk infant: preparation, safety, and usage in the United States. **Pediatrics.**, v. 139, n.1, p.1-5, 2017.
- AIRES, L.C.P. *et al.* Reference and counter-reference health care system of infant discharged from neonatal unit: perceptions of primary care health professionals. **Esc Anna Nery**, v. 21, n. 2, p.1-7, 2017.
- AIRES, L.C.P. *et al.* Seguimento do bebê na atenção básica: interface com a terceira etapa do método canguru. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.36, n.esp, p.224-232, 2015.
- ALCÂNTARA, K.L. *et al.* Orientações familiares necessárias para uma alta hospitalar segura do recém-nascido prematuro: revisão integrativa. **Rev Enferm Ufpe On Line.**, v. 11, n. 2, p.645-655, 2017.
- ALONSO, C.P. *et al.* Protocolo de seguimiento para el recién nacido menor de 1.500 g o menor de 32 semanas de edad gestación. **Anales de Pediatría.**, [s.l.], v. 88, n. 4, p.1-10, 2018.
- ALVES, J.S.; OLIVEIRA, M.I.C.; RITO, R.V.F. Orientações sobre amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p.1077-1088, 2018.
- ALVIM, N.A.T. Pesquisa Convergente Assistencial Enfermagem – Possibilidades para inovações tecnológicas. **Esc Anna Nery**, v. 21, n. 2, p.1-3, 2017.
- ARANTES, L.J.; SHIMIZU, H.E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciênc Saúde Coletiva.**, v. 21, n. 5, p.1499-1510, 2016.
- ARAÚJO, V.C. *et al.* Volume derramado, saturação de oxigênio e frequência cardíaca durante a alimentação de recém-nascidos prematuros: comparação entre dois métodos alternativos de oferta. **CoDAS.**, v.28, n.3, p.212-220, 2016.
- ARAÚJO FILHO, A.C.A. *et al.* Mortalidade infantil em uma capital do nordeste brasileiro. **Enferm Foco.**, v. 8, n. 1, p.32-36, 2017.
- ARAÚJO, D.M.; RIBEIRO, M.F.; ESPÍNDULA, A.P. Treino Materno para estimulação domiciliar sugere melhora no desenvolvimento motor de prematuros. **Conscientiae Saúde.**, v.14, n.3, p.385-343, 2015.
- AZEVEDO, A.R.R. *et al.* O manejo clínico da amamentação: saberes dos enfermeiros. **Esc Anna Nery**, v. 19, n. 3, p.439-445, 2015.
- BACKES, D.S. *et al.* Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **Mundo Saúde**, v.35, n.4, p.438-442, 2011.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BATISTA, V.C.L. *et al.* Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde segundo os profissionais de saúde da família. **Sanare**, v. 15, n. 2, p.87-93, 2016.

BERTICELLI, G. *et al.* Estudo do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças nascidas prematuras. **Rev Saúde (Santa Maria)**, v.42, n.2, p. 139-148, 2015.

BERNARDES, A.G.; PELLICCIOLI, E.C.; MARQUES, C.F. Vínculo e práticas de cuidado: correlações entre políticas de saúde e formas de subjetivação. **Cienc Saúde Coletiva**, v.18, n. 8, p. 2339-2346, 2013.

BERTINO, E. *et al.* Benefits of human milk in preterm infant feeding. **J Pediatric Neonatal Individualized Med.**, v. 1, n. 1, p.19-24, 2012.

BLENCOWE, H. *et al.* National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. **Lancet**, v. 379, n. 9832, p.2162-2172, 2012.

BRAGA, F.C. *et al.* Accuracy of clinical indicators of Nursing diagnoses hyperthermia and hypothermia in newborns. **Rev Rene**, v. 15, n. 5, p.789-795, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 20 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012d.

_____. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional de saúde da atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. 2. ed.atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria Nº 522, de 13 de maio de 2013**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0522_13_05_2013.html>. Acesso em: 20 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual do Método Canguru**: seguimento compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2015a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130 de 5 de agosto de 2015. Institui a Política nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, PNAISC. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 06 ago. 2015b.

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº 510/2016. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais**. Ministério da Saúde: Brasília, 2016a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192** - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

_____. Departamento de Informática do SUS- DATASUS. **Informações em Saúde, Estatísticas Vitais**: banco de dados. 2017. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvPI.def>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

BOMFIM, E.S. *et al.* Educação permanente no cotidiano das equipes de saúde da família: utopia, intenção ou realidade? **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [s.l.], v. 9, n. 2, p.526-535, 2017.

BRITO, M.J.M. *et al.* Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. **Esc. Anna Nery.**, v.17, n.4, p.603-610, 2013.

BRITO, R.S.; FERREIRA, N.E.M.S.; SANTOS, D.L.A. Atividades dos Agentes Comunitários de Saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa da literatura. **Sau. &transf. Soc.**, v. 5, n. 1, p.16-21, 2014.

BROCH, D. *et al.* Vivências de prazer e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde. **Cienc Cuid Saude.**, v.17, n.2, p. 1-7, 2018.

BRUSCO, T.R.; DELGADO, S.E. Caracterização do desenvolvimento da alimentação de crianças nascidas pré-termo entre três e 12 meses. **Rev CEFAC.**, v.16, n.3, p.917-928, 2014.

BUCCINI, G.S. *et al.* Acompanhamento de recém-nascidos de baixo peso pela atenção básica na perspectiva das Equipes de Saúde da Família. **Rev Bras Saúde Mater Infant.**, v.11, n.3, p.239-247, 2011.

CHARPAK, N. *et al.* Twenty-year Follow-up of Kangaroo Mother Care Versus Traditional Care. **Pediatrics.**,v. 139, n. 1, p.1-10, 2017.

CLOHERTY, E. C. *et al.* **Manual de Neonatologia**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 159/1993 – Revogada pela Resolução Cofen nº 544/2017: **Dispõe sobre a consulta de Enfermagem**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05442017_52029.html>. Acesso em: 12 nov. 2018.

COSTA, A.Q. *et al.* Efeitos do banho de imersão para a termorregulação do recém-nascido prematuro. **Enfermagem Obstétrica**, v. 4, n.1. , p.1-6. 2017.

COSTA, B.C. *et al.* Análise comparativa de complicações do recém-nascido prematuro tardio em relação ao recém-nascido a termo. **Boletim Científico de Pediatria.**, v. 4, n. 2, p.33-37, 2015.

COSTA, S.M. *et al.* Referência e contrarreferência na saúde da família: percepção dos profissionais de saúde. **Rev Aps.**, v. 16, n. 3, p.287-293, 2013.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRUZ, M.R.; SEBASTIÃO, L.T. Amamentação em Prematuros: Conhecimentos, sentimentos e vivência das mães. **Distúrbios Comum.**, v.27, n.1, p.76- 84, 2015.

DE ABREU, F.C.P. *et al.* Aleitamento materno do prematuro em domicílio. **Texto Contexto Enferm.**, v.24, n.4, p. 968-975, 2015.

DEMITTO, M.O. *et al.* High-risk pregnancies and factors associated with neonatal death. **Rev Esc Enferm USP.**, v.51, n.e, p. 1-8, 2017.

DEUTSCH, A.D.; DORNAUS, M.F.P.S.; WAKSMAN, R.D. **O bebê prematuro**. Barueri, SP: Manole, 2013.

EINLOFT, A.B.N.; COTTA, R.M.M.; ARAÚJO, R.M.A. Promoção da alimentação saudável na infância: fragilidades no contexto da Atenção Básica. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 23, n.1, p.61-72, 2018.

FENTON, T.R.; KIM, J. H. A systematic review and meta-analysis to revise the Fenton growth chart for preterm infants. **Bmc Pediatrics.**,v. 13, n. 1, p.1-13, 2013.

FERNANDES, M.; DUARTE, M.L.C.; SCHMALFUSS, J.M. Facilidades e dificuldades na realização de visitas domiciliares em um centro de atenção psicossocial. **Cogitare Enferm.**, v. 19, n. 3, p.451-458, 2014.

- FERTONANI, H.P. *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc Saúde Coletiva.**, v. 20, n. 6, p.1869-1878, 2015.
- FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE (FMS). Prefeitura Municipal de Teresina. 2017. Disponível em: <<http://fms.teresina.pi.gov.br/>>. Acesso em: 15 jun. 2017.
- FONTANELLA, B.J.B. *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad Saúde Pública**, v.27, n.2, p.389-394, 2011.
- FREITAS, B.A.C. *et al.* Duração do aleitamento materno em prematuros acompanhados em serviço de referência secundário. **Rev Paul Pediatr.**, v. 34, n. 2, p.189-196, 2016.
- GALAVOTE, H.S. *et al.* The nurse's work in primary health care. **Esc Anna Nery**, v. 20, n. 1, p.1-10, 2016.
- GESTEIRA, E.C.R. *et al.* Vivências de famílias no cuidado à criança com complicações da prematuridade / Family living in child care with complications of prematurity. **Ciência, Cuidado e Saúde.**, v. 15, n. 4, p.630-638, 2016.
- GOMES, A.L.M. *et al.* Breastfeeding of premature infants at a child-friendly hospital: from hospital discharge to home. **Rev Rene**, v. 18, n. 6, p.810-817. 2017.
- GOMES, S.R; APRATTO JÚNIOR, P.C. Educação continuada ao cuidador familiar: intervenção do enfermeiro da estratégia de saúde da família. **Reinpec.**, v.2, n.1, p. 240-277, 2016.
- GONÇALVES, R.M.A. *et al.* Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. **Rev Bras Saúde Ocup.**, v. 40, n. 131, p.59-74, 2015.
- GOYAL, N.K.; TEETERS, A.; AMMERMAN, R.T. Home visiting and outcomes of preterm infants: A systematic review. **Pediatrics.**, v.132, n.3, p.502-516, 2013.
- KEBIAN, L.V.A.; OLIVEIRA, S.A. Práticas de cuidado de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da estratégia saúde da família. **Ciência, Cuidado e Saúde.**, v. 14, n. 1, p.893-900, 2015.
- KEBIAN, L.V.A.; ACIOLI, S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Rev Eletr Enferm.**, v. 16, n. 1, p.161-169, 2014. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/20260>>. Acesso em: 15 jun. 2017.
- KINALSKI, D.F. *et al.* Focus group on qualitative research: experience report. **Rev Bras Enferm.**, v. 70, n. 2, p.424-429, 2017.
- KLOSSOSWSKI, D.G. *et al.* Assistência integral ao recém-nascido prematuro:

implicações das práticas e da política pública. **Revista Cefac.**, v. 18, n. 1, p.137-150, fev. 2016.

LANSKY, S. *et al.* Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p.192-207, 2014.

LEAL, M.C. *et al.* Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. **Reproductive Health.**, v. 13, n. 3, p.164-265, 2016.

LIMA, C.H.R. *et al.* A visita domiciliar como tecnologia do cuidado familiar: análise reflexiva. **R. Interd.**, v. 8, n. 2, p. 205-210, 2015.

LIMA, S.A.V. *et al.* Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. **Physis: Rev Saúde Coletiva.**,v. 25, n. 2, p.635-656, 2015.

LUZ, V.L.E. *et al.* Assistência do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na visita domiciliar à puerpera. **R. Interd**, v. 1, n. 9, p.13-23, 2016.

MACHADO, M.H. *et al.* Características gerais da enfermagem: o perfil sociodemográfico. **Enferm Foco.**, v.6, n.1, p.11-17. 2015.

MACHADO, L.M. *et al.* Estratégia saúde da família: a percepção do agente comunitário de saúde quanto a sua atuação. **Ciência, Cuidado e Saúde.**, v. 14, n. 2, p.1098-1112, 2015.

MARCHETTI, D.; MOREIRA, M.C. Vivências da prematuridade: a aceitação do filho real pressupõe a desconstrução do bebê imaginário?. **Rev Psicol Saúde.**, v. 7, n. 1, p. 82-89, 2015.

MESQUITA FILHO, M.; LUZ, B.S.R; ARAÚJO, C.S. A Atenção Primária à Saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. **Ciênc Saúde Coletiva.**, v. 19, n. 7, p.2033-2046, 2014.

MENDES, E.V. **A construção social da atenção primária à saúde.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015.

MELO, M.B.; QUINTÃO, A.F.; CARMO, R.F. O Programa de Qualificação e Desenvolvimento do Agente Comunitário de Saúde na perspectiva dos diversos sujeitos envolvidos na atenção primária em saúde. **Saúde Soc.**, v. 24, n. 1, p.86-99, 2015.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

_____. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc Saúde Coletiva.**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e

controvérsias. **Rev Pesquisa Qualitativa.**, v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017.

MOLINI-AVEJONAS, D.R. *et al.* Atenção Básica como ordenadora do cuidado ao bebê de risco para alterações do neurodesenvolvimento. **Codas.**, v. 30, n. 3, p.1-10, 2018.

MOREIRA, R.F.; SILVA, L.G.; ANDRADE, H.S. Assistência do enfermeiro ao recém-nascido na atenção primária de saúde. **Cad Esc Saúde.**v. 17, n. 2, p.61-78, 2018.

MORAIS, M.B. *et al.* Hábitos e atitudes de mães de lactentes em relação ao aleitamento natural e artificial em 11 cidades brasileiras. **Rev Paul Pediatr.**, v. 35, n. 1, p.39-45, 2017.

MORELLI, B.W.; BASSO, C.; BERTAGNOLLI, S.M.M. Qualidade higiênico-sanitária de mamadeiras utilizadas em escolas de educação infantil na cidade de santa maria, RS. **Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde.**, v. 17, n. 2, p. 239-248, 2016.

NASCIMENTO, M.L. *et al.* Crianças egressas de terapia intensiva neonatal: implicações para as redes sociais de cuidado. **Rev Rene**, v. 17, n. 5, p.707-715, 2016.

OLIVEIRA, K. *et al.* Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. **Esc Anna Nery**,v. 17, n. 1, p.46-53, 2013.

OLIVEIRA, C.M. *et al.* Promoção do Aleitamento Materno: intervenção educativa no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. **Enferm Rev**, v. 20, n. 2, p.99-108, 2017.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da atenção Primária e a estratégia Saúde da família. **Rev Bras Enferm.**, v.66, n.esp, p.158-164, 2013.

OLIVEIRA, C.S. *et al.* Cuidados com a pele do recém-nascido prematuro: o conhecimento produzido por enfermeiros. **Rev Eletr Gestão Saúde.**, v.6, n.1, p.419-436, 2015. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/2573>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

O'REILLY, M.; SOZO, F.; HARDING, R. Impact of preterm birth and bronchopulmonary dysplasia on the developing lung: Long-term consequences for respiratory health. **Clin Exp Pharmacol Physiol.**, v. 40, n. 11, p.765-773, 2013.

PAULA, C.C. *et al.* Pesquisa convergente assistencial: produção de dados para revelação do diagnóstico de hiv para crianças e adolescentes. **Rev Pesquisa Qualitativa.**, v. 6, n. 10, p.91-110, 2018.

PEREIRA, J.S.; MACHADO, W.C.A. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Physis: Rev Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p.1033-1051, 2016.

PIVOTO, F.L. *et al.* Pesquisa convergente-assistencial: revisão integrativa de

produções científicas da enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 22, n. 3, p.843-849, 2013.

RAMOS, A. C.; FRIAS, A.; RISSO, S. Resultados da intervenção toque terapêutico no recém-nascido: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Ibero-americana de Saúde e Envelhecimento**, [s.l.], v. 2, n. 1, p.503-518, 2016.

RAMOS, E.M. *et al.* O uso da massagem para alívio de cólicas e gases em recém-nascidos. **Rev enferm UERJ.**, v.22, n.2, p.245-250, 2014.

REICHERT, A.P.S. *et al.* Vínculo entre enfermeiros e mães de crianças menores de dois anos: percepção de enfermeiros. **Ciênc Saúde Coletiva.**, v. 21, n.8, p.2375-2382, 2016.

REICHERT, A.P.S. *et al.* Percepção de mães sobre o vínculo com enfermeiros na consulta à criança. **Rev enferm UFPE**, v.11, n.2, p.483-490, 2017.

ROCCI, E.; FERNANDES, R.A.Q. Breastfeeding difficulties and influence in the early weaning. **Rev Bras Enferm.**, v. 67, n. 1, p.22-27, 2014.

ROCHA, E.N.; LUCENA, A.F. Projeto Terapêutico Singular e Processo de Enfermagem em uma perspectiva de cuidado interdisciplinar. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.39, n.e, p.1-11, 2017.

ROVER, M.M.S. *et al.* Growth of very low birth weight preterm until 12 months of corrected age. **J Hum Growth Dev.**, v. 25, n. 3, p.1-6, 2015.

ROMANHOLI, R.M.Z.; CYRINO, E.G. A Visita domiciliar na formação de médicos: da concepção ao desafio do fazer. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.42, p.693-705, 2012.

SANTANA, M.C. *et al.* Métodos Alternativos de Alimentação do Recém-Nascido Prematuro: Considerações e Relato de Experiência. **Rev Bras Ciênc Saúde.**, v. 20, n. 2, p.157-162, 2016.

SANTOS, E.P. *et al.* Mortality among children under the age of one: analysis of cases after discharge from maternity. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 50, n. 3, p.390-398, 2016.

SANTOS, N.D. *et al.* O empoderamento de mães de recém-nascidos prematuros no contexto de cuidado hospitalar. **Rev Enferm Uerj.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p.65-70, 2014.

SANTOS, S.V.; COSTA, R. Prevention of newborn skin lesions: knowledge of the nursing team. **Texto Contexto Enferm.**, v. 24, n. 3, p.731-739, 2015.

SANTOS, C.N.; BAHIA, N.G.C.; MIRANDA, F.P. Retinopatia da prematuridade: o conhecimento de enfermeiros neonatais. **REC**, v.4, n.1, p.1-10, 2015.

SACCANI, R.; MARTINS, A.G.; PINTO, P.O. Desenvolvimento motor no primeiro ano

de vida de crianças prematuras conforme o peso de nascimento. **Scientia Medica.**, v. 27, n. 3, p.1-7, 2017.

SASSÁ, A.H. *et al.* Ações de enfermagem na assistência domiciliar ao recém-nascido de muito baixo peso. **Acta Paul Enferm.**, v. 5, n. 27, p.492-498, 2014.

SILVA, P.K.; ALMEIDA, S.T. Avaliação de recém-nascidos prematuros durante a primeira oferta de seio materno em uma uti neonatal. **Rev CEFAC**, v. 17, n. 3, p.927-935, 2015.

SILVA, L.N.; MOURA, C.M.A.B. Cuidados de enfermagem com a pele do recém-nascido pré-termo. **REUFPI**, v.4, n.4, p.4-7, 2015.

SILVEIRA, R.C. **Manual seguimento ambulatorial do prematuro de risco**. 1. ed. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Neonatologia, 2012.

SILVA, A.I. *et al.* Projeto terapêutico singular para profissionais da estratégia de saúde da família. **Cogitare Enferm**, v.21, n.3, p.1-8, 2016.

SILVA, E.P.; LIMA, R.T.; OSÓRIO, M.M. Impacto de estratégias educacionais no pré-natal de baixo risco:revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.21, n.9, p.2935-2948, 2016.

SOUZA, A.B.G. **Manual prático de enfermagem neonatal**. São Paulo: Atheneu Editora, 2017.

SOUZA, R.S. *et al.* Pediatric health care: practice of nurses in the family health program. **REME**, v. 17, n. 2, p.340-348, 2013.

SPERONI, K.S. *et al.* Percepções dos agentes comunitários de saúde: contribuições para a gestão em saúde. **Rev Cuid.** v.7, n.2, p.1325-1337, 2016.

STOKOWSKI, L.A. Discharge guidance for preterm infants. **Adv Neonatal Care**, v.14, n.2, p.139-141, 2014.

TAMEZ, R. N. **Enfermagem na UTI neonatal**: assistência ao recém-nascido de alto risco. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

TEIXEIRA, M.A. *et al.* Cuidar em enfermagem às famílias que vivenciam a amamentação. **Rev Enferm UFPE On Line**, v. 11, n. 8, p.3190-3196, 2017.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial**. Florianópolis: Insular, 2004.

UNICEF BRASIL. **Consultoria**: para estimar a prevalência de nascimentos pré-

termos no Brasil e explorar as possíveis causas. Brasília: UNICEF BRASIL, 2013.
Disponível em:
<http://www.unicef.org/brazil/pt/br_prematuridade_possiveis_causas.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2018.

VARGAS, C.L.; BENEDETTI, F.J.; WEINMANN, A.R.M. Crescimento de Prematuros Até os Dois Anos de Vida: Revisão Integrativa da Literatura. **Braz J Develop.**, v. 3, n. 1, p.72-84, 2017.

VARGAS, G.S. *et al.* Atuação dos profissionais de saúde da estratégia saúde da família: promoção da prática do aleitamento materno. **Rev Baiana Enferm.**, v. 30, n. 2, p.1-9, 2016.

VERONEZ, M. *et al.* Vivência de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diários de campo. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 38, n. 2, p.1-7, 2017.

VIEIRA, C.P.B. *et al.* Ações preventivas em úlceras por pressão realizadas por enfermeiros na atenção básica. **J Res.: Fundam Care Online**, v.8, n.2, p.4447-4459, 2016. Disponível em: <
<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4617>>. Acesso em: 20 jan. 2018.

VIEIRA, K.B.T.; COSTA, R. Guia de cuidados em terapia intravenosa periférica neonatal: uma construção coletiva da equipe de enfermagem. **Cienc Enfermería**, v. 21, n. 3, p.87-99, 2015.

VIEIRA, V.C.L. *et al.* Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. **Cogitare Enferm.**, v.17, n.1, p.119-125, 2012.

WALDOW, V.R. Atualização do cuidar. **Aquichan.**, v.8, n.1, p.85-96, 2008.

WALTY, C.M.R.F.; DUARTE, E.D. O aleitamento materno de recém-nascidos prematuros após a alta hospitalar. **Recom**, v. 7, n. 1, p.1-13, 2017.

_____. Enfermagem: a prática do cuidado sob o ponto de vista filosófico. **Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo**, v. 17, n. 1, p.13-23, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Born too soon: the global action report on preterm birth.** Geneva: World Health Organization, 2012.

_____. **WHO Recommendations on intervention to improve preterm birth outcomes.** Geneva: World Health Organization, 2015.

ZANI, A.V.; TONETE, V.L.P.; PARADA, C.G.L. Cuidados a recém nascidos de baixo peso por equipes de saúde da família: revisão integrativa. **Rev Enferm UFPE**, v.8, n.5, p.1347-1356, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL – MESTRADO ACADÊMICO**

Título da Pesquisa: Seguimento do recém-nascido prematuro por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família

Data da entrevista: ____/____/____

1 Caracterização dos profissionais de enfermagem

1.1 Sexo

() Masculino () Feminino

1.2 Idade: _____

1.3 Tempo de formado (em anos): _____

1.4 Tempo de experiência profissional como enfermeiro (em anos): _____

1.5 Tempo de experiência profissional como enfermeiro na atenção básica:

1.6 Possui cursos de capacitação/atualização para cuidados com

RNPT? () SIM () NÃO

2 Perguntas

2.1 Como o Sr(a) se planeja/organiza para, em domicílio, assistir os RNPT's, que chegam da maternidade?

2.2 Quais as facilidade e dificuldades que o Sr(a) enfrenta para a realização da visita domiciliar a esses recém-nascidos? Como ela acontece?

2.3 O que o Sr(a) procura desenvolver durante a visita domiciliar com os recém nascidos prematuros

APÊNDICE B - ROTEIRO DO GRUPO FOCAL



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL – MESTRADO ACADÊMICO**

Pesquisa: Seguimento do recém-nascido prematuro por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família

Orientadora: Silvana Santiago da Rocha Discente: Márcia Gabriela Costa Ribeiro

1 Grupo Focal

A técnica do grupo focal constitui uma possibilidade metodológica dentro da pesquisa qualitativa que permite a problematização de um tema ao estimular o debate entre os participantes. Ademais, é possível gerar novas concepções e opiniões a partir das discussões entre os membros do grupo (BACKES, 2011).

1.1 Objetivo

- Discutir as estratégias necessárias para a elaboração um folder com orientações para o atendimento de prematuros em domicílio para enfermeiros da atenção básica.

2 Respostas das entrevistas individuais que serão socializadas em grupo

- ❖ Como se organizam para realizar a visita domiciliar ao RNPT
 - Controle dos RNPT atendidos pelas equipes
 - Realização da visita domiciliar dentro da primeira semana após chegada no domicílio
 - Participação de outras categorias profissionais na visita domiciliar
 - Acesso a informações sobre o período de internação das crianças
- ❖ Facilidades para assistir o RNPT em domicílio
 - Participação de toda equipe na visita domiciliar
 - Contato frequente com grupo de gestantes e mães
 - Instrumentos para acompanhamento de gestantes, puérperas e recém-nascidos
 - Vínculo entre a equipe e família

- Famílias Receptivas
- Apoio de NASF e profissionais de outras referencias
- UBS localizada próxima da área de atuação da equipe de saúde da família
- Ter referencia dentro do próprio município já que é a capital
- Moradores terem agua e luz
- Mães recebem orientações durante a internação hospitalar do RNPT
- ❖ Dificuldades para assistir os RNPT
 - Indisponibilidade de transporte oficial da prefeitura para realizar as visitas
 - Ausência de contrarreferencia
 - Falta de acesso a dados referentes à internação da criança
 - Sem embasamentos teóricos para atender o RNPT
 - Dificuldade em encaminhar os RNPT para outras referências
 - Condições sociais nas quais os RNPT e suas famílias vivem
 - Puerpério em outros bairros ou municípios
 - Falta de materiais
 - Dificuldade de comunicação
 - Participação de toda a equipe
- ❖ Cuidados desenvolvidos durante a visita domiciliar
 - Exame físico geral
 - Verificação de medidas antropométricas
 - Peso
 - Comprimento
 - Perímetro cefálico
 - Avaliação do desenvolvimento do RNPT
 - Correção da idade cronológica
 - Reflexos testados
 - Exame de fontanelas
 - Coloração da pele
 - Eliminações fisiológicas
 - Sono e repouso do RN
 - Verificação dos testes de triagem neonatal
 - Verificação das vacinas
 - Orientações

- Higienização do RNPT
- Higienização do ambiente onde o RN vive
- Controle da temperatura do RNPT
- Aleitamento Materno
 - Orientações sobre o aleitamento materno exclusivo
 - Pega correta
 - Ordenha manual do leite materno
 - Dificuldades do RNPT ao mamar
 - Uso de Fórmula e outros leites artificiais
- Conduitas em situações de risco
 - Agindo em situações de engasgo do RNPT
 - Sinais e sintomas que indicam a procura de serviços médicos
 - Unidade de referencia para prestar assistência em situações de urgência e emergência
- Encaminhamento a outras referencias
- Apoio à mãe e à família sobre a adaptação ao RNPT
- Fragilidade do RNPT
 - Baixa imunidade
 - Infecções

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL – MESTRADO ACADÊMICO**

Título do estudo: Seguimento do recém-nascido prematuro por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí/ Departamento de Enfermagem

Local da coleta dos dados: Unidades Básicas de Saúde do município de Teresina

Telefone para contato: (86) 3237-2332

Pesquisadora participante: Márcia Gabriela Costa Ribeiro

Telefone para contato:(86) 99966-3700 Prezado(a) Senhor(a):

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa de forma voluntária, sua participação implicará em responder as pergunta de um roteiro de entrevista, previamente elaborado pelas pesquisadoras deste estudo, além de participar de um grupo focal, que será agendado conforme sua disponibilidade e permitirá a discussão de questões essenciais que envolvam a temática do seguimento do recém-nascido prematuro pela Estratégia Saúde da Família. Antes de concordar em participar deste estudo, e de responder as perguntas da entrevista, ou de participar do grupo focal, é essencial que você compreenda as informações e observações contidas neste documento. As pesquisadoras deste estudo deverão responder todas as suas dúvidas, antes que você manifeste qualquer decisão referente à sua participação na pesquisa. Caso concorde em participar, o(a) Senhor(a) terá o direito de desistir, a qualquer momento, sem perder os benefícios aos quais tenha direito, e sem estar sujeito a nenhuma penalidade.

Justificativa do Estudo: Sabe-se que os RNPT representam uma população de risco, com taxas de mortalidade e morbidade significativas, principalmente no

primeiro ano de vida. Diante da vulnerabilidade gerada pelo seu nascimento prematuro, surgiram questionamentos relacionados ao atendimento dessa criança pela atenção básica, na perspectiva da ESF, uma vez que a qualidade ou não dessa continuidade da assistência terá impacto significativo no seu desenvolvimento e crescimento saudável. Deste modo, para que o atendimento seja eficiente é preciso que o enfermeiro da atenção primária saiba identificar as situações de risco e vulnerabilidades, e os cuidados especiais e diferenciados que essa população necessita. Diante do que foi exposto, espera-se que esse estudo possa contribuir para um atendimento e assistência que atenda as reais necessidades desse público, contribuindo para diminuição de reinternações e complicações dessas crianças.

Objetivos do estudo: Analisar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros da atenção básica para assistirem o RNPT na sua área de abrangência; descrever as ações que caracterizam a dinâmica assistencial de enfermagem realizada com recém-nascidos prematuros no domicílio; discutir quais dificuldades e facilidades enfrentadas pelos enfermeiros no cuidado domiciliar ao RNPT na atenção básica; elaborar um folder com orientações para o atendimento de prematuros em domicílio para enfermeiros da atenção básica.

Procedimentos: Será uma pesquisa qualitativa, com abordagem convergente assistencial, na qual uma das pesquisadoras (Márcia Gabriela Costa Ribeiro) realizará uma entrevista com você, objetivando levantar informações sobre o atendimento do recém-nascido prematuro realizado pelo enfermeiro da equipe de Estratégia Saúde da Família. Para obter essas informações, será utilizado um roteiro com perguntas que irão ser direcionadas a você e suas respostas serão gravadas em áudio. Posteriormente à entrevista individual, você será convidado a participar de um grupo focal, que ocorrerá através de encontros previamente agendados. A formação do grupo focal terá finalidade de socializar as informações acerca das lacunas encontradas pelos profissionais de enfermagem no que se refere aos cuidados e atendimentos desses recém-nascidos, com a finalidade de elaborar um folder com orientações para o atendimento de prematuros em domicílio para enfermeiros da atenção básica. O registro do grupo focal também se dará por gravações de áudio. Os dados desta pesquisa ficarão sob propriedade das pesquisadoras, e somente serão divulgados com o objetivo de produção de conhecimento científico. Vale destacar, que a sua identidade será totalmente preservada em todas as fases desta pesquisa. Também salientamos que esta pesquisa não terá ônus financeiro para você. Os dados da pesquisa serão posteriormente divulgados a fim de produzir conhecimento científico para a comunidade em geral, mas o seu nome permanecerá preservado. Sua participação consistirá apenas na resposta as perguntas do roteiro de entrevista e na participação no grupo focal.

Riscos/Danos: Os riscos/danos possíveis da pesquisa são de ordem não-física (emocional, social, moral ou espiritual), uma vez que se abordará um tema que pode levar o participante a compartilhar aspectos de sua vida profissional, experiências presentes ou passadas, as quais podem levar a situações de constrangimento, intimidação e invasão da privacidade. Para minimizar os riscos e possíveis desconfortos, a coleta de dados acontecerá em local reservado e os participantes terão liberdade para não responder as questões que lhes sejam constrangedoras. Além disso, o pesquisador assegurará a confidencialidade, privacidade e proteção da imagem garantindo a não utilização das informações em prejuízo dos profissionais e/ou de outros. Por último, caso os sujeitos da pesquisa sofram

qualquer tipo de dano previsto ou não, resultante de sua participação, terão direito à assistência integral do pesquisador e/ou de terceiros, caso seja necessário.

Benefícios: Esta pesquisa trará maior conhecimento acerca da temática abordada visando contribuir com os profissionais de enfermagem que atuam na área para elaboração e implementação de ações/práticas que atendam as necessidades específicas, acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento da criança, afim de favorecer um melhor prognóstico aos bebês prematuros e de baixo peso, diminuindo a ocorrência de agravamentos à saúde ou reinternações.

Sigilo: As informações fornecidas pelos participantes terão o sigilo e a privacidade garantida pelas pesquisadoras responsáveis. Os (as) participantes da pesquisa não serão identificados em nenhuma das fases da pesquisa, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em periódicos, congressos, ou para quaisquer fins científicos.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Teresina, _____ de _____ de 201 _____

Assinatura

Nº da identidade

Pesquisadora Responsável

Endereço - Coordenação do Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem Campus Universitário Petrônio Portela Bloco 12
Bairro Ininga CEP: 64.049-550
Telefone: (86) 3215-5558 E-mail
mestradoEnfermagem@ufpi.edu.br ppgenf@ufpi.edu.br Web:
www.ufpi.br/mestEnfermagem

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga - Pró Reitoria de Pesquisa - PROPESQ. CEP: 64.049-550 – Teresina – PI Tel.: (86) 3237-2332 – e-mail: cep.ufpi@ufpi.br web: www.ufpi.br/ce

APÊNDICE D - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL – MESTRADO ACADÊMICO**

Título do projeto: Seguimento do recém-nascido prematuro por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí/Departamento de enfermagem

Local da coleta de dados: Atenção básica/ Fundação Municipal de Saúde-Teresina

Pesquisadora participante: Márcia Gabriela Costa Ribeiro

Telefone para contato: (86) 3221-9687

As pesquisadoras do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos enfermeiros participantes cujos dados serão coletados através de entrevistas gravadas. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí por um período de cinco anos sob a responsabilidade da Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha. Após este período, os dados serão destruídos.

Teresina, ____ de _____ de 20__

Pesquisador Responsável

Pesquisadora Participante

APÊNDICE E – DECLARAÇÃO DOS PESQUISADORES



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL – MESTRADO ACADÊMICO**

Ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP Universidade Federal do Piauí

Eu, Silvana Santiago da Rocha e Márcia Gabriela Costa Ribeiro, pesquisadoras responsáveis pela pesquisa intitulada “Seguimento do recém-nascido prematuro por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família”, declaramos que:

- Assumimos o compromisso de cumprir os Termos da Resolução nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e demais resoluções complementares à mesma (510/2016, 340/2004, 292/99, 240/97 e 251/97);
- Assumimos o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações, que serão obtidas e utilizadas para o desenvolvimento da pesquisa;
- Os materiais e as informações obtidas no desenvolvimento deste trabalho serão utilizados apenas para se atingir o(s) objetivo(s) previsto(s) nesta pesquisa e não serão utilizados para outras pesquisas sem o devido consentimento dos voluntários;
- Os materiais e os dados obtidos ao final da pesquisa serão arquivados sob a responsabilidade da Dra. Silvana Santiago da Rocha, que também será responsável pelo descarte dos materiais e dados, caso os mesmos não sejam estocados ao final da pesquisa;
- Não há qualquer acordo restritivo à divulgação pública dos resultados;

- Os resultados da pesquisa serão tornados públicos através de publicações em periódicos científicos e/ou em encontros científicos, quer sejam favoráveis ou não, respeitando-se sempre a privacidade e os direitos individuais dos participantes da pesquisa;
- O CEP-UFPI será comunicado da suspensão ou do encerramento da pesquisa, por meio de relatório apresentado anualmente, ou na ocasião da suspensão, ou do encerramento da pesquisa com a devida justificativa;
- O CEP-UFPI será imediatamente comunicado se ocorrerem efeitos adversos resultantes desta pesquisa com os voluntários;
- Esta pesquisa ainda não foi total ou parcialmente realizada.

Teresina, _____ de _____ de 20 _____

Pesquisadora responsável (assinatura, nome e CPF)

Pesquisadora participante (assinatura, nome e CPF)

ANEXOS

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO CEP/UFPI



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SEGUIMENTO DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO POR ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: Silvana Santiago da Rocha

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: T9009917.8.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.398.766

Apresentação do Projeto:

O protocolo de pesquisa é um estudo de abordagem qualitativa, baseado no referencial teórico da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). De acordo com a pesquisadora responsável espera-se que a utilização desse método de pesquisa possa gerar conhecimentos novos acerca do objeto de estudo a ser trabalhado, mediante a elaboração de um protocolo que possa guiar os enfermeiros da ESF para o seguimento da assistência de RNPT em domicílio. A metodologia da PCA é dividida em cinco fases. A primeira é a concepção, na qual será escolhido o tema, questão guia, objetivos e referencial teórico. Na segunda etapa, a instrumentação, o pesquisador escolherá o estágio da pesquisa, os participantes e a técnica para obtenção e análise das informações. A terceira etapa é a prescrição, em que ocorre a coleta e o registro dos dados. As últimas etapas, análise e interpretação, compreendem, respectivamente, processo de apreensão e processos de síntese, teorização e reconstrução. A pesquisa acontecerá na atenção básica do município de Teresina-Piauí, por meio da estratégia de saúde da família. O município de Teresina é dividido em três regiões de saúde, que cobrem a zona urbana e rural, a saber: norte, sul, leste/sudeste, ocorrerá junto as equipes da região norte (zona urbana), que atualmente é composta por 75 equipes. A escolha das pesquisadoras por essa região foi justificada pelo fato de existirem mais equipes de ESF funcionando no mesmo local, ou seja, na mesma UBS. Favorecendo, dessa forma, a realização de grupos focais. Os participantes da pesquisa serão os enfermeiros que trabalham nas equipes de ESF do município de Teresina, localizadas na região norte. O estudo ocorrerá em dois

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Pólo Rectoria de Pesquisa
 Bairro: Vitorino
 UF: PI Município: TERESINA CEP: 64.045-910
 Telefone: (86)3237-2200 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



Contrato de Prestar 2006/78

potenciais. Foi inicialmente será avaliada a via oralista, em seguida se dará a formação do grupo focal no qual a discussão ocorrerá por meio de um roteiro a ser elaborado. Os roteiros serão elaborados durante o grupo focal será elaborado visando uma sistematização das informações pertinentes acerca do seguimento do RUPF. Elas acontecerão, assim como as entrevistas, em locais reservados, com agendamento prévio entre as participantes de acordo com a disponibilidade das mesmas. Os participantes serão previamente informados sobre o roteiro no grupo focal e todas as entrevistas serão gravadas. Uma vez finalizada essa etapa, o pesquisador irá elaborar um protocolo que possa orientar os enfermeiros da ESF a respeito dos cuidados em domicílio, com o RUPF. O mesmo será embasado em evidências científicas pertinentes à temática.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Principal:

Analisar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros da atenção básica para executar o RUPF na sua área de abrangência; Descrever as ações que caracterizam a dinâmica assistencial de enfermagem realizada com recém-nascidos prematuros no domicílio; Discutir quais dificuldades e facilidades enfrentadas pelos enfermeiros no cuidado domiciliar ao RUPF no atendimento à área; Elaborar um protocolo que oriente os enfermeiros no atendimento de emergência em domicílio.

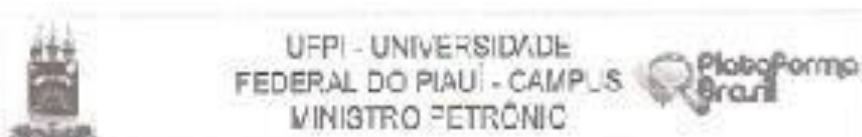
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos decorrentes desta pesquisa são de ordem não-física (emocional, social ou espiritual), uma vez que se abordará um tema que pode levar o participante a compartilhar aspectos de sua vida profissional, experiências pessoais ou familiares, os quais podem levar a discussões de caráterimento, identificação e invasão da privacidade.

Benefícios: Esta pesquisa terá maior conhecimento acerca da temática abordada visando contribuir com as necessidades de atendimento aos alunos na área. Sua elaboração e implementação de ações práticas que atendem as necessidades específicas, compreenderem aspectos do crescimento e desenvolvimento do bebê, além de favorecer que mães recém-nascidos e bebês prematuros a de saúde para, diminuir o sofrimento de agudamente à saúde ou enfermidades.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portela - Piauí, R. da Universidade, Parnaíba
 Telefone: 86331-1111 CEP: 64200-000
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)331-2000 Fax: 33331-3132 E-mail: reitoria@ufpi.edu.br



CONTINUAÇÃO DO RELATÓRIO

Demonstrações e Considerações sobre a Pesquisa

Também apresenta sobre necessidades dos recém-nascidos prematuros. O estudo pode contribuir para diminuição de reinternações e complicações desse crianças.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados.

Recomendações:

Recomando inserir no TCLE como está contornado os termos de anexo.

Conclusões os Padrões e Listas de Investigação:

Faltou de preenchimento parecer aprovado e apto ao início de coleta de dados.

Considerações Finais e critério do CEP:

Esta parecer foi elaborada baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Assunto	Postagem	Autor	Situação
Informações básicas do Projeto	PG_INFORMAÇÕES_BASICAS_TSI_P PROJETO 343815.pdf	18/07/2017 17:42:22		Aceito
Outros	financaria.pdf	18/09/2017 17:41:59	eliana santagni de oliveira	Aceito
Nome	curriculoses.pdf	05/09/2017 21:43:08	MARCIA GABRIELA COSTA REBEIRO	Aceito
Outros	Instrumento.pdf	05/09/2017 21:38:15	MARCIA GARRIBI LUISIA REBEIRO	Aceito
Processo Administrativo: Protocolo de Apresentação	PRELIMINAR_LUISISSIAK_ACAUATI.pdf	01/09/2017 20:40:22	MARCIA GABRIELA COSTA REBEIRO	Aceito
Outros	carta.pdf	01/09/2017 20:30:22	MARCIA GABRIELA COSTA REBEIRO	Aceito
Outros	termodeconfidencialidade.pdf	01/09/2017 20:30:18	MARCIA GARRIBI LUISIA REBEIRO	Aceito
TCLE - Termos de Assentamento / Justificativa de Assentamento	TCLE.pdf	01/09/2017 20:34:50	MARCIA GABRIELA COSTA REBEIRO	Aceito
Declaração de Responsabilidades	DECLARACAORESPONSABILIDADES.PDF	01/09/2017 20:34:00	MARCIA GABRIELA COSTA REBEIRO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	01/09/2017 20:30:00	MARCIA GABRIELA COSTA REBEIRO	Aceito
Formulários	CRONOGRAMA.pdf	01/09/2017 20:27:54	MARCIA GABRIELA COSTA REBEIRO	Aceito
Folha de Rosto	folhacronograma.pdf	01/09/2017	MARCIA GABRIELA	Aceito

Endereço: Caixa Postal Universidade Ministro Petrônio Buarque - Av. Getúlio de Barros, 100
 Número: 10000 - CEP: 64000-000
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)3307-2292 Fax: (86)3307-2332 E-mail: cep@ufpi.edu.br



Contratado do Sistema: 100.000

Nome do Posto	folha@ufpi.br	2/27/12	LUISIA RIBEIRO	Ativo
---------------	---------------	---------	----------------	-------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação na CUNEP:

Não

TEREQUINA, 23 DE JULHO DE 2012

Herbert de Sousa Barbosa

Assinado por:

Herbert de Sousa Barbosa
(Coordenador)

Prof. Dr. Herbert de Sousa Barbosa
Coordenador CUNEP - UFPI
Parecer TROTEEG Nº 2/001

Endereço: Campus Universidade Ministro Petrônio Pires - Pólo Castelo do Piauí
Bairro: 61191 CEP: 64.042-510
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: 333331-2331 Fax: (33)3331-2331 E-mail: uap@ufpi.br