



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPÍ
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ROSIMEIRE MUNIZ DE ARAÚJO

**CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A ASSISTÊNCIA À CRIANÇA PRÉ-TERMO**

TERESINA
2017

ROSIMEIRE MUNIZ DE ARAÚJO

**CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A ASSISTÊNCIA À CRIANÇA PRÉ-TERMO**

Trabalho de Conclusão de Curso de Mestrado (TCM) apresentado à coordenação do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de pesquisa: Formação de recursos humanos na atenção à saúde da família

Orientadora: Profa. Dra. Carmen Viana Ramos

TERESINA
2017

FICHA CATALOGRÁFICA

A658c Araujo, Rosimeire Muniz de.

Conhecimento e praticas dos profissionais da estratégia saúde da família sobre a assistência a criança pré-termo / Rosimeire Muniz de Araujo. – Teresina: Uninovafapi, 2017.

Orientador (a): Prof. Dr. Carmen Viana Ramos. Centro Universitário UNINOVAFAPI, 2017.

87. p.; il. 23cm.

Cartilha (Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, 2017.

1. Recém-nascido prematuro. 2. Estratégia saúde da família. 3. Profissionais de saúde. 4. Conhecimento. 5. Assistência. I. Título. II. Ramos, Carmen Viana

CDD 618.922

ROSIMEIRE MUNIZ DE ARAÚJO

**CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A ASSISTÊNCIA À CRIANÇA PRÉ-TERMO**

Trabalho de Conclusão de Curso de Mestrado (TCM)
apresentado à coordenação do Programa de Mestrado
Profissional em saúde da Família do Centro Universitário
UNINOVAFAPI como requisito para obtenção do título de
Mestre em Saúde da Família.

Data: 08/06/2017

BANCA EXAMINADORA:

Carmen Viana Ramos

Profa. Dra. Carmen Viana Ramos - Presidente/orientadora
Centro Universitário UNINOVAFAPI

Silvana Santiago de Rocha

Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha - 1ª Examinadora
Universidade Federal do Piauí - UFPI

Eliana Campêlo Lago

Profa. Dra. Eliana Campêlo Lago - 2ª Examinadora
Centro Universitário UNINOVAFAPI

Luciela Galvão Gondim Corrêa Feitosa

Profa. Dra. Luciela Galvão Gondim Corrêa Feitosa - Suplente
Centro Universitário UNINOVAFAPI

AGRADECIMENTOS

Imensamente feliz por essa graça alcançada, toda honra e toda glória seja dado a Ti, senhor meu Deus. Obrigada por cuidar de mim nos dias mais difíceis dessa minha jornada, por nunca me desamparar quando eu quis fraquejar, por mostrar-me que “tudo posso Naquele que me fortalece”... e que em meio a tantas dificuldades o Senhor se fez onisciente e onipotente mostrando-me a solução de cada problema, cada dificuldade que surgia, me sinto tão amada e abençoada por esse Pai de misericórdia e infinito amor.

Aos meus pais José Rodrigues e Alda Hilda (*in memoriam*), todo meu agradecimento e meu amor, sou imensamente grata por todos os ensinamentos a mim transmitidos, pela educação que me proporcionaram e que me fizeram ser quem eu sou. Ao meu querido marido, Luiz Firmino de Sousa Neto o meu muito obrigada por todo apoio ao longo desses anos. À minha querida e amada filha, meu bem maior. Aos meus irmãos, Rosineide Muniz, José Filho, Wuequison Muniz, sobrinhos, Myllena Kellen e Artur Vinício, obrigada por todo apoio e torcida para a realização dessa conquista.

Um agradecimento todo especial a minha orientadora Professora Doutora Carmen Viana Ramos sem a qual eu jamais conseguiria alcançar essa benção. Profissional ímpar, de uma competência admirável, que me fez entender que sempre temos que buscar a perfeição com suas várias e preciosas correções. Muito obrigada por ter me acolhido e me conduzido nessa caminhada que me proporcionou crescimento intelectual e pessoal, obrigada pelo apoio e incentivo e por sempre compreender e entender minhas dificuldades e limitações. Minha eterna gratidão e admiração por tudo.

Agradeço também as queridas professoras da banca examinadora, Profa. Dra. Eliana Campelo Lago e Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha pela disponibilidade e grandes contribuições para o aprimoramento e engrandecimento desta pesquisa.

Ao Centro Universitário UNINOVAFAPÍ, por meio da reitora, Dra. Cristina Maria Miranda de Sousa, ao corpo docente com excelentes professores, à coordenadora do mestrado, Dra. Eliana Lago por todo seu empenho e zelo destinado a esse programa de pós-graduação e não só por ter sido uma excelente coordenadora, mas por ter sido uma amiga com palavras de ânimo e encorajamento quando eu quis desistir, o meu profundo agradecimento, essa vitória também devo a você. Aos funcionários do mestrado, em especial à Gelsemânia, Jaqueline e Samylle, por todo apoio e incentivo na busca do conhecimento científico.

À minha querida turma de mestrado, pelos encontros valiosos recheados de momentos prazerosos e angustiantes diante dos desafios que as aulas nos proporcionavam, pelas amizades que foram construídas com muito carinho e respeito, em especial a minha querida Ana Elisa, por toda a ajuda e aos outros amigos por toda força que recebi diante dos obstáculos.

À minha família de uma forma geral, por todo apoio e torcida para que eu chegasse até aqui, o meu muito obrigada, vocês são minha base e alicerce para toda a vida. Aos meus queridos amigos, Michele Amorim, Cleidiany Maria, Isabel Monteiro, Dra. Klegea Cândia, Dra. Luana Moura, Dra. Isabel Marlúcia, MSc. Maria Eliane Martins e aos queridos alunos Jefferson Abraão, Amanda Karoliny, Jéssica, Luana Sousa, Gabriel Victor que também foram fundamentais nessa caminhada. Às minhas queridas companheiras de trabalho, pela força, incentivo e torcida.

À Fundação Municipal de Saúde por meio da Sra. Ayla Maria Calixto de Carvalho que possibilitou a realização dessa pesquisa. Aos 134 profissionais das equipes das Estratégias Saúde da Família de Teresina, médicos e enfermeiros e aos colaboradores de uma forma geral que contribuíram de maneira direta e indireta para a realização desse trabalho. O meu muito obrigada!

*“Ora, àquele que é poderoso para fazer tudo mais abundantemente além daquilo
que pedimos ou pensamos, segundo o poder que em nós opera”.*

Efésios 3:20

RESUMO

O conhecimento é definido como a consciência de inovar e adquirir saber alcançados por meio da compreensão da teoria e da prática vivenciada. Ele torna-se uma ferramenta indispensável para que o profissional possa agir nas diferentes situações da prática diária visando à solução dos problemas cotidianos da população que procura os serviços de saúde. Dentre estes, está a prematuridade que é definida como a interrupção da gravidez antes de completar as 37 semanas. O estudo objetivou analisar os conhecimentos e práticas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) em relação a assistência à criança pré-termo de um município; descrever a caracterização sociodemográfica e de formação desses profissionais que prestam assistência a criança pré-termo; investigar a associação entre os conhecimentos e práticas adotadas pelos profissionais da ESF e as características sociodemográficas e de formação; identificar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais da ESF na assistência à criança pré-termo e elaborar um vídeo com orientações para os pais sobre os cuidados com o recém-nascido pré-termo no domicílio e seguimento na Atenção Básica (AB). Tratou-se de uma pesquisa transversal com abordagem quantitativa, com a participação de 134 profissionais da ESF. Para a coleta de dados utilizou-se um formulário semiestruturado no período de agosto a dezembro de 2016. Foram utilizados como critérios para classificação a variável resposta desempenho relacionada as questões de conhecimento teórico e prático que foi elaborada da seguinte forma: Desempenho satisfatório número de acertos ≥ 15 questões (70% das questões); Mediano: número de acertos ≥ 11 questões < 15 questões (50 a 69% das questões); Insatisfatório: número de acertos < 11 questões. (0 a 49% das questões). Para a comparação entre as médias de nível de conhecimento, utilizou-se o teste ANOVA one-way. Os dados foram ainda analisados através do coeficiente de contingência C para verificação da associação entre as variáveis. A significância estatística foi fixada em $p < 0,05$, com intervalo de confiança de 95%. Os resultados demonstraram que o desempenho dos profissionais em relação ao conhecimento teórico e condutas adotadas na prática foram os seguintes: nas questões de conhecimento teórico 85,07% foram insatisfatórios, 12,69% tiveram desempenho regular e apenas 2, 24% foram satisfatórios, já nas condutas adotadas na prática 55,97% tiveram desempenho insatisfatório, 32,84% foi regular e 11,19% satisfatório. A maioria dos profissionais tiveram melhor desempenho nas questões relativas as condutas adotadas na prática. Houve associação significativa entre o conhecimento teórico e a variável conhecer o método canguru na ESF ($p=0,03$). Já em relação a prática houve associação significativa entre as variáveis: idade ($p < 0,01$) e ano de graduação ($p<0,01$), anos de experiência ($p < 0,03$) e se conhecia o método canguru na ESF ($p < 0,01$). Concluiu-se que os profissionais da ESF possuem pouco conhecimento sobre a assistência a criança pré-termo. É necessário implementar estratégias como treinamentos e capacitações para melhorar essa assistência. Foi desenvolvido vídeo com orientações para os pais sobre os cuidados com o recém-nascido pré-termo no domicílio e seguimento na Atenção Básica.

Palavras-chave: Recém-nascido prematuro. Estratégia Saúde da Família. Profissionais de saúde. Conhecimento. Assistência.

ABSTRACT

Knowledge is defined as the awareness of innovation that can be achieved through understanding of theory and practical experience. It becomes an indispensable tool for the professional to solve daily problems of population that seeks health services. Among these problems, there is the prematurity, which is defined as pregnancy interruption before completing 37 weeks. The aim of this study was to analyze the knowledge and practice patterns of Family Health Strategy (FHS) professionals in relation to assistance to preterm children from Teresina-PI; to describe the sociodemographic status and training time of these professionals who provide assistance to preterm newborn; to investigate the association between knowledge and practices adopted by FHS professionals and sociodemographic and training characteristics; to identify difficulties faced by FHS professionals about care of preterm child and elaborate a video with orientations for parents about the follow-up and home care of preterm newborn on Primary Care (PC). This was a transversal study with a quantitative approach, with the participation of 134 FHS professionals. For data collection, a semi-structured form was used from August to December 2016. It was used as a criterion for a variable response to theoretical and practical knowledge questions as follows: Satisfactory performance ≥ 15 questions corrected (70% of the questions); Medium: ≥ 11 questions corrected < 15 questions corrected (50 to 69% of the questions); Unsatisfactory: < 11 questions corrected (0 to 49% of the questions). ANOVA one-way test was used to compare the results. Descriptive analysis of the quantitative data and Pearson's Chi-squared test ($p < 0.05$) were performed to verify the association between variables. The results showed that the professionals' performance in relation to theoretical knowledge and practice patterns were as follows: In theoretical knowledge questions, 85,07% were unsatisfactory, 12,69% had a regular performance and only 2,24% were satisfactory; about the behaviors adopted in practice: 55,97% had unsatisfactory performance, 32,84% were regular and 11,19% satisfactory. Most professionals had a better performance in questions related to behaviors adopted in practice. There was a significant association between theoretical knowledge and application of kangaroo method in FHS ($p = 0.03$). In relation to practice, there was a significant association between variables: age and graduation year ($p < 0.01$), years of experience ($p < 0.03$) and knowledge about kangaroo method in FHS ($p < 0.01$). It was concluded that there is a lack of knowledge about the assistance to preterm children among FHS professionals. It's necessary to increase dissemination of information and professional update regarding this topic in order to achieve adequate practice patterns. A video was developed with guidelines for parents about care of the preterm newborn at home and it will be continued in Primary Care.

Key-words: premature birth. Family Health Strategy. health personnel. Knowledge. assistance.

RESUMEN

El conocimiento se define como la conciencia de innovar y adquirir conocimiento alcanzado por medio de la comprensión de la teoría y la práctica vivenciada. Se convierte en una herramienta indispensable para que el profesional pueda actuar en las diferentes situaciones de la práctica diaria, buscando la solución de los problemas cotidianos de la población que busca los servicios de salud. Entre estos, está la prematuridad que se define como la interrupción del embarazo antes de cumplir las 37 semanas. El estudio tuvo como objetivo analizar el conocimiento y las prácticas de los profesionales de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) en relación con la asistencia al niño prematuro de un municipio; Describir la caracterización sociodemográfica y de formación de estos profesionales que prestan asistencia al niño prematuro; Investigar la asociación entre los conocimientos y las prácticas adoptadas por los profesionales de la ESF y las características sociodemográficas y de formación; Identificar las dificultades enfrentadas por los profesionales de la ESF en la asistencia al niño pre-término y elaborar un vídeo con orientaciones para los padres sobre los cuidados de los recién nacidos pre-término en el domicilio y seguimiento en la Atención Básica (AB). Se trata de una investigación transversal con enfoque cuantitativo, con la participación de 134 profesionales de la ESF. Para la recolección de datos se utilizó un formulario semiestructurado en el período de agosto a diciembre de 2016. Se utilizaron como criterios para clasificar la variable respuesta desempeño relacionada a las cuestiones de conocimiento teórico y práctico que fue elaborada de la siguiente forma: Rendimiento satisfactorio número de aciertos ≥ 15 preguntas (70% de las preguntas); Mediano: número de aciertos ≥ 11 preguntas < 15 preguntas (50 a 69% de las preguntas); Insatisfactorio: número de aciertos < 11 preguntas. (Del 0 al 49% de las preguntas). Los datos fueron analizados por la prueba qui-cuadrada para verificar la existencia de relación entre las variables. Para la comparación entre los promedios de nivel de conocimiento, se utilizó la prueba ANOVA de una forma. Los datos se analizaron a través del coeficiente de contingencia C para la verificación de la asociación entre las variables. La significación estadística se estableció en $p < 0,05$, con un intervalo de confianza del 95%. Los resultados demostraron que el desempeño de los profesionales en relación al conocimiento teórico y conductas adoptadas en la práctica fueron los siguientes: en las cuestiones de conocimiento teórico el 85,07% fueron insatisfactorio, el 12,69% tuvieron desempeño regular y apenas 2, 24% fueron satisfactorios, Ya en las conductas adoptadas en la práctica 55,97% tuvieron desempeño insatisfactorio, el 32,84% fue regular y el 11,19% satisfactorio. La mayoría de los profesionales tuvieron mejor desempeño en las cuestiones de las conductas adoptadas en la práctica. Se observó una asociación significativa entre el conocimiento teórico y la variable de conocer el método canguro en la ESF ($p = 0,03$). En la práctica hubo asociación significativa entre las variables: edad ($p < 0,01$) y año de graduación ($p < 0,01$), años de experiencia ($p < 0,03$) y se conocía el método canguro en la ESF ($p < 0,01$). Se concluye que los profesionales de la ESF poseen poco conocimiento sobre la asistencia al niño pre-término. Es necesario implementar estrategias como entrenamientos y capacitaciones para mejorar esa asistencia. Se desarrolló un video dirigido a orientar a los padres sobre los cuidados de los recién nacidos pre-término en el domicilio y seguimiento en la Atención Básica.

Palabras-clave: Recién nacido prematuro. Estrategia Salud de la Familia. Profesionales de la salud. Conocimiento. Asistencia.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

AAP- Academia Americana de Pediatria

APS - Atenção Primária à Saúde

CNS- Conselho Nacional de Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

FMS – Fundação Municipal de Saúde

IG – Idade Gestacional

IMIP – Instituto Materno Infantil de Pernambuco

IC – Idade Corrigida

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MC – Método Canguru

MS - Ministério da Saúde

NBCAL – Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para lactantes, criança e primeira infância

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU -Organização das Nações Unidas

PC – Perímetro cefálico

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

Pró-Saúde – Programa de reorientação Profissional em Saúde

Pet-Saúde -Programa pelo trabalho em saúde

RNPT - Recém-nascido pré- termo

SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos

SUS - Sistema Único de Saúde

TAN- Teste de Triagem Neonatal

TRV – Teste do Reflexo Vermelho

UBS - Unidade Básica de Saúde

UCINCO -Unidade de Cuidados Intermediários Operacional

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva

UCINCa – Unidade de Cuidados Intermediários Canguru

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	Contextualização do problema	11
1.2	Objeto do estudo	14
1.3	Questão norteadora	14
1.4	Objetivos	15
1.5	Justificativa	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1	O recém-nascido pré-termo	18
2.2	Método Canguru: hospitalar e na Atenção básica	19
2.3	A Estratégia Saúde da Família e a assistência aos prematuros	22
3	METODOLOGIA	32
3.1	Tipo do estudo	32
3.2	Local do estudo	32
3.3	Participantes do estudo	33
3.4	Técnica e instrumento para coleta de dados	34
3.5	Análise dos dados	35
3.6	Elaboração do produto	36
3.7	Aspectos éticos e legais	37
3.7.1	Riscos e benefícios	37
4	RESULTADOS	39
4.1	Manuscrito I: Conhecimento e práticas dos profissionais da estratégia saúde da família sobre a assistência à criança pré-termo	39
4.2	Produto: Vídeo educativo contendo informações e orientações para mães de recém-nascido pré-termo sobre os cuidados no domicílio e seguimento na ESF	61
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
	REFERÊNCIAS	69
	APÊNDICES	75
	ANEXOS	89

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema

Segundo Moura (2013), o conhecimento é definido como a consciência de inovar e adquirir saber, alcançados por meio da compreensão da teoria e da prática vivenciada. Ele torna-se uma ferramenta indispensável para que o profissional possa agir nas diferentes situações da prática diária proporcionando capacidade para utilizar e integrar esses saberes, visando à solução dos problemas cotidianos para melhor atender as necessidades da população que procura os serviços de saúde (ZOBOLI, 2012).

Espera-se de um profissional competente o domínio entre o conhecimento (saber); as habilidades (saber fazer); e as atitudes (saber ser/querer fazer) que são recursos imprescindíveis no campo da formação e do trabalho em saúde para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF). Desta forma, atuar nas equipes da ESF requer do profissional essa competência para o enfrentamento dos vários problemas que afetam a sociedade (UCHIMURA, 2012).

Dentre esses problemas está a prematuridade que é definida como a interrupção da gravidez antes de completar as 37 semanas de gestação e se configura como um problema social que afeta milhares de recém-nascidos. Os nascidos de 32 a 36 semanas de gestação são classificados como prematuros leves, os de 28 a 31 semanas de gestação, como prematuros moderados e os abaixo de 28 semanas, prematuros extremos (FISCHER; GUIMARÃES; MELO, 2010).

Estima-se que cerca de 20 milhões de bebês prematuros nascem todos os anos no mundo. Isso contribui de maneira substancial para elevar a taxa de mortalidade neonatal ainda existente em várias regiões, principalmente nos países pobres, nos quais um terço destas crianças morre antes de completar um ano de vida

(BRASIL, 2013). Para Almeida et al. (2012) a prematuridade representa a principal causa de mortalidade neonatal no mundo, com um percentual de 75% das mortes.

Considerada como um dos fatores que favorece ao aumento da mortalidade neonatal, a prematuridade tem apresentado um discreto aumento como mostram os dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) no ano de 2015, em que a taxa de prematuridade no Brasil, no Nordeste, no Piauí, em Teresina foram respectivamente 11,1%, 11,1%, 10,3%, 10,9%, diferentemente do ano de 2011 em que a taxa de prematuridade no país era de 9,8%, na região nordeste de 10,5% e no Piauí de 10,7% (BRASIL, 2015c). Esses dados mantêm o Brasil na décima posição mundial em relação à prematuridade (SILVA, 2014).

Nesse contexto, muitos esforços têm sido realizados no mundo para assegurar a saúde neonatal e reduzir a mortalidade infantil, como exemplo, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) estabelecidos, em 2000, pela Organização das Nações Unidas (ONU) para que todos os países pudessem atingi-los até 2015. Dentre os oito ODM, pode-se afirmar que o Brasil conseguiu atingir o quarto, aquele que visa reduzir a mortalidade infantil, com uma queda considerável deste índice em 77% nos anos de 1990 a 2012 para 14,4/1000 NV no ano de 2014 (AIRES, 2015).

De acordo com de Paula Júnior (2016) realmente houve uma diminuição das taxas de mortalidade infantil no país, todavia, na contramão, ocorreu uma manutenção das taxas de mortalidade neonatal (crianças com zero a 28 dias de vida). Embora os avanços tecnológicos sejam evidentes e tenham melhorado a sobrevivência dos recém-nascidos, os estudos indicam que este fator não foi suficiente para garantir índices aceitáveis de morbimortalidade neonatal para o Brasil.

Dentre os diversos fatores de risco maternos para a ocorrência da prematuridade é possível citar os mais importantes e prevalentes como: os hábitos de vida, as condições socioeconômicas, os antecedentes ginecológicos e obstétricos, as intercorrências gestacionais e a assistência pré-natal ausente ou inadequada (ALMEIDA et al., 2012).

Para Vettore et al. (2013), antecedentes de parto prematuro foram o fator de risco mais importante para a prematuridade, assim como também o intervalo entre as gestações menor que seis meses, uso de drogas, uso do tabaco, infecções pélvicas

e uterinas, hipertensão, diabetes, gestações múltiplas, encurtamento cervical, outro fator de risco inclui a raça/cor da pele negra.

Em decorrência de um parto prematuro, os recém-nascidos pré-termo apresentam graves consequência médicas e sociais, dentre elas, é possível citar: dificuldade respiratória, dificuldade no controle da temperatura corporal, função renal diminuída, maior risco para hemorragia e maior risco para a retinopatia em consequência do uso prolongado do oxigênio. Os autores ainda enfatizam que os recém-nascidos de baixo peso (<2500g) constituem um importante problema de saúde e representam um alto percentual na morbimortalidade neonatal (NEVES; RAVELLI; LEMOS, 2010).

Com a finalidade de melhorar esse panorama do país e visando à humanização da assistência ao recém-nascido, o Ministério da Saúde (MS) lançou, através da Portaria n.º 693, de 5 de julho de 2000, atualizada pela Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007, a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso- Método Canguru (MC), que contempla todas as informações necessárias para à implantação do MC nos hospitais, que por sua vez é desenvolvido em três etapas. A primeira etapa do Método Canguru é o período que se inicia na concepção da gestação de alto risco, seguindo da internação do RN na Unidade Neonatal (UTIN). A segunda etapa é realizada na unidade Canguru. A terceira requer um acompanhamento do recém-nascido, juntamente com a família, no ambulatório e/ou no domicílio até que ele consiga atingir o peso de 2.500g (BRASIL, 2013).

Para realização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento desses recém-nascidos, dentre outras funções, e com o intuito de reorganizar a Atenção Básica (AB), o Ministério da Saúde implantou em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), hoje definido como Estratégia Saúde da Família, embasada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade da assistência. Destaca-se como uma das ações prioritárias da AB desenvolvidas pelas equipes da Saúde da Família, a assistência integral à saúde dos recém-nascidos, com especial atenção aos RN de risco, que inclui os recém-nascidos pré-termo e de baixo peso (VIEIRA et al., 2012).

A Política Nacional de Atenção Básica e a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil preveem a articulação

entre atenção básica e hospitalar. Esta rede de cuidados deve garantir a continuidade da assistência à criança com maior risco de morbimortalidade (BUCCINI et al., 2011).

Esse seguimento da assistência integra a Rede Cegonha, que consiste numa rede de cuidados, instituída pela Portaria MS/GM 1.459 de 24 de junho de 2011, com a finalidade de garantir à mulher o direito de planejar a gravidez, ter uma atenção humanizada ao parto e ao puerpério, bem como o direito à criança de poder nascer de forma segura e ter um crescimento e desenvolvimento saudável (BRASIL, 2015a).

Desta forma, como o Método Canguru é uma estratégia do governo brasileiro para a redução da mortalidade infantil e que também integra a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) em 2015 foi lançado o “Manual do Canguru - Seguimento compartilhado entre a Atenção Hospitalar e Atenção Básica”, com a finalidade de promover essa articulação em rede entre esses dois níveis de atenção e promover treinamentos e capacitações para as equipes objetivando uma assistência mais efetiva e eficaz aos recém-nascidos de riscos (BRASIL, 2015a).

Diante do exposto, percebe-se que atualmente o MS vem desenvolvendo estratégia para que a terceira etapa do Método Canguru seja compartilhada com a atenção básica com a finalidade de fortalecê-la para a sua participação no mesmo. Porém, constatam-se fragilidades dos profissionais em dar seguimento ao cuidado desses bebês de risco em conjunto com os dois níveis de atenção (AIRES, 2015).

Nesse contexto, o presente estudo objetiva analisar o conhecimento e práticas dos profissionais da ESF, de Teresina, em relação assistência à criança pré-termo. No estudo os RN nascidos prematuramente que estejam sendo acompanhados na AB serão nomeadas crianças pré-termo, sendo estes egressos de uma maternidade que é referência no alto risco para o estado do Piauí. Ressalta-se que em 2016, 2.338 (20,5%) dos nascidos vivos dessa maternidade eram prematuros, destes 885 (42%) eram residentes na cidade de Teresina o que denota a necessidade desse município em direcionar ações específicas para a assistência a esse grupo considerado de alto risco.

1.2 Objeto do estudo

Conhecimento e prática dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre a assistência à criança pré-termo, egressos de uma maternidade pública de referência.

1.3 Questão norteadora

Qual o nível de conhecimento e a conduta prática adotada pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família em relação a assistência a criança pré-termo proposta pelo Ministério da Saúde?

1.4 Objetivos

Analisar os conhecimentos e práticas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) de um município, em relação assistência à criança pré-termo;

Descrever a caracterização sociodemográfica e de formação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família que prestam assistência à criança pré-termo;

Investigar a associação entre os conhecimentos e práticas adotadas pelos profissionais da ESF e as características sociodemográficas e de formação;

Identificar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família na assistência à criança pré-termo;

Elaborar um vídeo de orientações para as mães sobre os cuidados com o RNPT em domicílio e o seguimento destes na ESF.

1.5 Justificativa

O parto prematuro tornou-se um grande problema de saúde pública por ser responsável pelo aumento da morbimortalidade neonatal no Brasil (FEITOSA et al., 2017). Mesmo entre aqueles países de maior renda como Estados Unidos, Austrália, Japão e Canadá, o parto prematuro tem se mostrado prevalente. Acompanhado dessa prevalência estão às complicações decorrentes da prematuridade, que podem afetar diretamente o crescimento e desenvolvimento desses RNPT (SILVEIRA et al., 2013).

Diante desse contexto, esta pesquisa pode trazer contribuições científicas para a assistência aos RNPT, egressos de uma maternidade pública de referência do Estado do Piauí, e à sua família, na atenção básica, identificando dificuldades e potencialidades nesse atendimento, fornecendo subsídios importantes para a Fundação Municipal de Saúde de Teresina elaborar estratégias para implementação, de forma eficaz, do seguimento desses prematuros, conforme preconiza o MS, na Atenção Básica.

O período neonatal tem sido destacado como prioridade nas diretrizes políticas para a redução da mortalidade infantil, porém poucos estudos têm sido realizados com a finalidade de analisar o seguimento desses RNPT e seus familiares na Atenção Básica ou até que ponto as equipes de saúde estão preparadas para esse atendimento (BUCCINI et al., 2011).

A partir da premissa da prematuridade, e através de práticas em uma unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) de uma maternidade pública do Estado do Piauí, que realiza uma média de 900 partos mensal, surgiu o meu interesse nessa pesquisa. Nesta instituição existe a política do Método Canguru, desde outubro de 2004 que posteriormente em 2014 tornou-se referência estadual desse Método. Ao longo dos anos da minha atuação nesta instituição, vários treinamentos foram ofertados pelo MS, como exemplo: a capacitação para tutores do Método Canguru, possibilitando um melhor conhecimento dessa política.

De acordo com Rocha (2015) essa política do Método Canguru preconiza uma assistência perinatal qualificada com o intuito de atender de forma humanizada ao RNPT, visando a prevenção de agravos e promoção da saúde. Ele teve início de forma pioneira no Instituto Materno Infantil de Bogotá, na Colômbia, idealizado pelos médicos Edgar Rey Sanabria e Hector Martinez, em 1979. No Brasil o Método Canguru teve sua efetivação com a Portaria nº 72 publicada pelo MS no ano de 2000, sendo atualizada posteriormente em 2007 pela Portaria nº 693 de 5 de julho.

Essa assistência do MC ocorre primordialmente pelo contato pele a pele, de forma precoce, entre a mãe e o RNPT desenvolvida em três etapas que se inicia na unidade de terapia intensiva neonatal (etapa 1), se consolida na unidade canguru (etapa 2), e por fim a fase de acompanhamento ambulatorial que se dar após a alta hospitalar (etapa 3) com a participação da ESF nesse seguimento (BORCK, 2010).

Na medida em que percebi a importância do Método Canguru, inquietações surgiram no sentido de conhecer como esses recém-nascidos pre-terms, pós-alta, são acompanhados pelas equipes da ESF e qual o conhecimento desses profissionais sobre essa assistência preconizada pelo MS. Isso se deve ao fato de que nessa Maternidade eles são acompanhados através dessa política do Método Canguru e que após a alta necessitam de uma atenção especial a nível ambulatorial especializado intercalando com a atenção básica até obterem o peso de 2.500g e, posteriormente ficam sob os cuidados da atenção básica com os devidos acompanhamento especializados, o que requer conhecimento e preparo do profissional da ESF para atender as necessidades e intervir de forma eficaz nas possíveis sequelas desses bebês de risco.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1O Recém-nascido pré-termo

A Organização Mundial de Saúde define como recém-nascido prematuro todo aquele nascido com menos de 37 semanas de gestação completas e, quanto mais prematuro for o parto, maior o risco de morte e problemas para as crianças que sobrevivem. O peso fetal é empregado para estudo de taxas de sobrevivência e mortalidade, entretanto não serve para definir se um recém-nascido é pré-termo ou não (NEVES; RAVELLI; LEMOS, 2010).

Fisher, Guimarães e Melo (2010, p. 74) afirmam que:

Diversos estudos ainda propõem que existe uma relação entre a prematuridade e o aumento do estresse psicológico e fisiológico. Neste sentido, estudos observacionais têm sugerido que o apoio social pode ter uma influência amenizadora na relação entre o estresse e as complicações na gravidez, agindo como um facilitador na adaptação às mudanças e na forma de lidar com situações de crise.

A prematuridade é categorizada em duas classes: espontânea, em decorrência do trabalho de parto espontâneo propriamente dito ou da ruptura prematura de membranas (*roprema*); e eletiva, quando decorre de indicação médica, devido intercorrências maternas e/ou fetais. Em torno de 30% a 35% dos partos pré-termo são realizados por indicação médica; 40% a 45% seguem-se ao trabalho de parto espontâneo; e 25% a 30% deles ocorrem devido à *roprema*, o que pode ocasionar parto prematuro (MADI et al., 2012).

Os bebês nascidos com menos de 2.500g são atendidos como baixo peso, enquanto recém-nascidos de muito baixo peso são aqueles com menos de 1.500g e os extremos baixo peso, são aqueles com menos de 1.000g. Para diagnóstico de idade gestacional (IG), é imprescindível se obter a história adequada da última menstruação. Destaca-se que se considera como data da última menstruação adequada para cálculo da IG, oriunda de ciclos menstruais regulares. Muitas vezes há necessidade de medidas fetais ultrassonográficas para diagnóstico correto da IG (AIRES, 2015).

A despeito da maior sobrevivência do Recém-nascido Pré-termo (RNPT), sobretudo nos centros terciários, a prematuridade é considerada como a causa

principal de morbimortalidade neonatal. Ao passo que a morbidade está diretamente relacionada aos distúrbios respiratórios e complicações infecciosas e neurológicas; com destaque para o parto pré-termo responsável por 50% das lesões neurológicas em crianças (MADI et al., 2012).

Os recém-nascidos pré-termo são considerados de alto risco e constituem importante problema de saúde com possíveis consequências graves, tanto médicas como sociais, o que pode representar para a família desse recém-nascido sonhos e desejos desfeitos (ZANI; TONETE; PARADA, 2014).

O nascimento de recém-nascidos pré-termo se configura como um grande desafio para os serviços de saúde pública em todo o mundo, por se tratar de um fator preponderante para a morbimortalidade neonatal (ALMEIDA et al., 2012).

No Brasil há um crescimento de partos prematuros ao contrário do que se poderia esperar visto que o país tem reduzido suas taxas de mortalidade. Dados do Sistema de informação de Nascidos Vivos (SINASC) indicam esse crescimento de 6,8% para 11,1%, entre os anos de 2000 a 2014. Esses dados mantêm o Brasil na décima posição mundial em relação à prematuridade. Paradoxalmente, as regiões mais desenvolvidas do Brasil, como as Regiões Sul e Sudeste apresentam uma maior taxa de prematuridade, 12% e 12,5% (SILVA, 2014). Já no ano de 2015 no Brasil, no Nordeste, no Piauí, em Teresina, a prevalência da prematuridade foi respectivamente 11,1%, 11,1%, 10,3%, e 10,9% (BRASIL, 2015c).

2.2 Método Canguru: Hospitalar e na Atenção Básica

O Método Canguru teve sua origem na Colômbia no ano de 1979, no Instituto Materno Infantil de Bogotá, pelos médicos Dr. Reys Sanabria e Dr. Hector Martinez, com o objetivo de melhorar a assistência ao recém-nascido prematuro naquele país. Essa nova proposta visava diminuir os custos da assistência perinatal e proporcionar um maior vínculo afetivo, maior estabilidade térmica e melhor desenvolvimento do recém-nascido através do contato pele a pele de forma precoce entre a mãe e seu bebê. Esse novo Método ganhou o mundo adquirindo adeptos e opositores (BRASIL, 2013).

Já no Brasil o Método Canguru existia desde 1992 de forma independente no Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP) e Hospital Guilherme Álvaro em

Santos. Porém, sua implantação se deu efetivamente quando o MS publicou a Portaria de número 693, de 5 de junho de 2000 (BRASIL, 2000), estabelecendo a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru, sendo mais tarde atualizada pela Portaria n. 1.683, em 12 de julho de 2007 (BRASIL 2007). Esse método surge com características próprias, voltadas para a humanização da assistência ao RN pré-termo e/ou de baixo peso, através de práticas do contato pele a pele com sua mãe com a finalidade de favorecer o vínculo afetivo, incentivar o aleitamento materno, promover maior segurança no cuidado com seu bebê (VÉRAS, 2010).

Uma vez estabelecida uma norma para nortear a prática do MC no Brasil, surge à necessidade de elaborar estratégias para sua implantação e implementação nos hospitais do País. Desta forma em 2008 foi criado o Projeto de Expansão e Fortalecimento do MC, com confirmação inicial pelo MS de cinco centros de referências nacionais e de referências estaduais. Esses centros eram responsáveis por ministrar cursos sobre essa metodologia de cuidados do RN pré-termo, com 40h de duração, para profissionais multidisciplinares de diferentes hospitais do país (BRASIL, 2013).

Para dar continuidade aos treinamentos das equipes de saúde multidisciplinar, o MS publica em 2011 a segunda edição do manual técnico do Método Canguru (BRASIL, 2011b). Sendo realizada em 2013 a primeira reimpressão deste manual, o que constitui um conjunto de medidas adotadas pelo MS para melhorar a atenção à saúde da gestante, do RN pré-termo e/ou de baixo peso e sua família de forma mais humanizada.

Gontijo (2012) reafirma essa assistência humanizada pelo Método Canguru baseada no acolhimento ao bebê e sua família, respeito às particularidades, contato pele a pele (posição canguru) e o envolvimento da mãe nos cuidados com o filho. Essas ações preconizadas pelo MC ocorrem de maneira gradativa, sendo desenvolvidas em três etapas interligadas e interdependentes.

A 1ª etapa inicia no pré-natal de alto risco, com orientações e cuidados específicos para essa gestante, seguido da internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) ou Unidade de Cuidados Intermediários Convencional (UCINCO) do RN pré-termo, com atendimento individualizado, redução das intervenções e os estímulos ambientais, acolhimento dos pais com a garantia do

acesso e permanência livre na Unidade, realização da posição canguru o mais precoce possível, promoção do aleitamento materno e estimulação do envolvimento dos pais nos cuidados com seu bebê (COSTA, 2015c).

O bebê com estabilidade clínica fica alojado com sua mãe na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa) na 2ª etapa, isso ocorre de forma contínua em posição canguru durante o máximo de tempo possível, o que favorece o vínculo afetivo, o aleitamento materno, ganho de peso, estabilidade térmica, reduz o estresse, a infecção e a dor neonatal. Essa etapa deve ser uma preparação para a alta hospitalar. Finalizando a fase hospitalar, após a alta, o RN é encaminhado à 3ª etapa, na qual ele receberá acompanhamento ambulatorial criterioso de no mínimo duas vezes por semana até atingir o peso de 2.500g. Após atingido o peso ideal e alta definitiva da terceira etapa, o RN e sua família são encaminhados para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na atenção básica (AB) de saúde e também nos programas de seguimento ambulatorial e/ou aos ambulatorios especializados, caso haja necessidade (BUCCINI et al., 2011).

É evidente que a continuidade do cuidado, após a alta hospitalar é importante e necessária para a qualidade de vida do bebê prematuro e sua família, sendo imprescindível que essas crianças sejam acompanhadas por equipes que conheçam as possíveis repercussões que possam surgir durante seu crescimento e desenvolvimento, a médio e longo prazo, para que possam intervir de forma precoce frente às suas necessidades. Pensando nesta perspectiva, o MS lançou, em 2015, o Manual do Canguru - Seguimento compartilhado entre a Atenção Hospitalar e Atenção Básica, com o objetivo de qualificar o cuidado e promover uma articulação em rede entre os dois níveis de atenção com o objetivo de proporcionar apoio aos profissionais de saúde na atenção à saúde da criança de risco (BRASIL, 2015a).

É importante salientar a articulação da atenção hospitalar com a atenção básica, no que se refere a 3ª etapa do MC, em que RN pré-termo, após a alta hospitalar, na primeira semana, deverá receber 3 atendimentos, o retorno à maternidade de origem, visita domiciliar e a consulta na UBS; na segunda semana ele receberá 2 atendimentos, novamente o retorno à maternidade de origem e a consulta na UBS ou visita domiciliar; e, por fim, a partir da terceira semana, ele receberá 1 atendimento alternando com a maternidade e Unidade Básica de Saúde (UBS), até completar 2.500g. Após esse período o RN permanecerá sendo acompanhado pela

unidade básica de saúde e se houver indicação, por programas de seguimento e/ou aos ambulatórios especializados (BRASIL, 2015a).

Esse acompanhamento da criança pré-termo na atenção básica deve ser qualificado e diferenciado, já que esses bebês são muitos vulneráveis a um vasto espectro de morbidades. Quanto menor a idade gestacional, maior o risco de morte e sequelas. As morbidades podem favorecer reinternações e, com isso, influenciar em atraso no crescimento e desenvolvimento e, a longo prazo, maior taxa de mortalidade (BRASIL, 2011a).

Para Buccine et al. (2011), o seguimento desses bebês de risco na atenção básica deve ser realizado por meio de um acompanhamento longitudinal, pautado nos pressupostos da clínica ampliada e do projeto terapêutico singular, com o objetivo de manter a periodicidade das consultas e visitas domiciliares, levando em conta o fator de risco para que se possa intervir, quando necessário, de forma precoce, diminuindo as possíveis reinternações.

Pritchard et al. (2013) afirma ainda que para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças prematuras existe a necessidade de uma consciência de risco médico, social e psicossocial, identificação precoce e intervenções durante o primeiro ano de vida, considerados como indicadores de qualidade do cuidado para esse acompanhamento. A Academia Americana de Pediatria (AAP) aprovou 70 indicadores de qualidade do cuidado para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças prematuras, desses 83% são cuidados primários, reafirmando a necessidade de uma atenção básica qualificada.

2.3 A Estratégia Saúde da Família e a assistência aos prematuros

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado pelo Governo Federal em 1994, através do Ministério da Saúde com os objetivos de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases, e substituir os modelos tradicionais, objetivando melhorar a qualidade de vida da população. Por essa razão, o Brasil já possui pesquisas que evidenciam o impacto da expansão da Atenção Primária à Saúde (APS), fundamentada, especialmente, na Estratégia Saúde da Família. Além desses, muitos outros estudos estão em curso, seja na esfera federal ou nos estados,

financiados em sua maioria com recursos do Proesf¹ (BRASIL, 2012a).

A Estratégia Saúde da Família é um modelo de organização dos serviços de APS do SUS, baseada em equipes multiprofissionais composta por no mínimo um médico generalista, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, responsáveis pela atenção integral e continua de cerca de 600 a 1000 famílias residentes em limites territoriais e geográficos definidos (MACINKO, HARRIS E ROCHA, 2017; PAIM et al., 2011).

Com a implantação da ESF, as ações se tornaram mais programáticas, com demanda espontânea, favorecendo a vigilância da saúde da população, com atendimento centrado no usuário e na família. Por conseguinte, essa nova dinâmica aos serviços de saúde, tem proporcionado um atendimento mais humanizado, de forma intersetorial, favorecendo para o fortalecimento dos princípios da universalidade, da integralidade, acessibilidade e da equidade do SUS (AIRES, 2015; RODRIGUES, 2010).

Sobretudo com o fortalecimento do SUS e a ampliação de suas estruturas financeiras e operacionais, tornou-se frequente o emprego do conceito de Atenção Básica como referência aos serviços municipais, por essa razão a ESF tem se expandido no cenário brasileiro, nos últimos anos (CONASS, 2011).

Esses profissionais da ESF necessitam de constantes capacitações e formações continuada com a finalidade de atualizarem seus conhecimentos e práticas para prestarem uma melhor assistência, tendo em vista que eles são uma ferramenta importante com funções de informar, educar, implantar e implementar ações necessárias a saúde da população (SANTOS et al., 2012).

Para Barbosa et al. (2013) essa formação continuada torna-se uma ferramenta indispensável que favorece a mudanças profissional, por permitir uma vivência cotidiana de trabalho, rompendo modelos acadêmicos fundamentados em atividades tecnicistas, levando ao um novo olhar de práticas cuidadoras e inovadoras pautada no diálogo com a equipe multidisciplinar e com o usuário, favorecendo a uma maior vinculação entre aspectos importantes como saúde, educação e trabalho.

¹O Proesf é um projeto em curso, com duração total prevista de oito anos, realizado pelo governo brasileiro com parte dos recursos de empréstimo do Banco Mundial, que inclui a disponibilização de recursos específicos para as SES, em especial para os componentes de educação permanente e monitoramento e avaliação (Disponível em: www.saude.gov.br/proesf).

Também para Silva e Andrade (2013) é de fundamental importância à formação continuada desses profissionais, tendo em vista que proporcionará uma melhoria no seu processo de trabalho relacionado à assistência à saúde da família na atenção básica. É importante ressaltar ainda que no processo saúde e doença, a educação está diretamente envolvida, e sua aplicabilidade está relacionada com a construção da autonomia dos indivíduos para a luta e constituição da cidadania.

Dias (2012) confirma essa aproximação dos laços entre a saúde e a educação, com um novo olhar, um novo paradigma a partir da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), de fevereiro de 2004. Outro marco importante desse novo paradigma instituído em novembro de 2005 foi o Programa de Reorientação Profissional em Saúde (Pró-Saúde I) que contemplava apenas os cursos de odontologia, enfermagem e medicina, que posteriormente em 2007 (Pró-Saúde II) foi ampliando para os demais cursos, ainda em 2007 é lançado o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (Pet- Saúde), todas essas iniciativas visavam a aproximação da academia com os serviços público de saúde.

Esses programas estão vinculados ao Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e ao Ministério da Educação, por intermédio da Secretaria de Educação Superior (SESu). O Pró-Saúde que tem a finalidade de reorientar a formação acadêmica e melhorar o funcionamento do SUS e consequentemente promover uma nova abordagem no processo saúde-doença. Já o Pet- Saúde propicia a qualificação na ABS com integração do ensino, serviço e comunidade no contexto da ESF, trazendo o estudante de graduação para essa realidade do trabalho na Atenção Básica (JESUS, 2015).

Desta forma, o Ministério da Saúde tem fortalecido a Atenção Básica, com medidas pertinentes para melhor capacitar os profissionais e proporcionar um melhor atendimento à população, de forma a garantir mais acesso aos serviços de saúde, com atendimento de suas necessidades específicas, que vão desde uma orientação de prevenção a um exame mais complexo, de acordo com a gravidade de cada caso (BEZERRA, 2010).

A respeito das ações prioritárias da Atenção Básica (AB) desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família, ressalta-se a assistência integral à saúde dos recém-nascidos, o que compreende a promoção do aleitamento materno e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, principalmente atenção

aos recém-nascidos de risco, incluindo-se os bebês nascidos com baixo peso e prematuros (AIRES, 2015).

Nesse contexto assistencial o RN de risco necessita ter uma atenção especial, sobretudo na AB que é a porta de entrada desse bebê e seus familiares, após a alta hospitalar. Contudo, o hospital continua sendo a sua referência, indo contra os princípios do SUS de regionalização e hierarquização dos serviços. Com isso, é imprescindível à participação da AB no seguimento desses RNs de riscos evitando assim a superlotação do setor terciário (VASCONCELOS et al., 2012).

Desta forma, as equipes da ESF tornam-se uma grande aliada com ações que assegurem a continuidade da assistência prestados ao RNPT e à sua família, com práticas voltadas para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento que incluem visitas domiciliares, consultas na Unidade Básica de Saúde, especialmente nos 3 primeiro ano de vida, apoio ao aleitamento materno e prevenções de infecções (BRASIL, 2015a).

Para manter esse acompanhamento de forma eficaz, o MS recomenda que a primeiramente visita domiciliar (VD) pela equipe Saúde da Família ao RNPT seja realizada na primeira semana após a alta hospitalar. Durante a VD é necessário que o profissional avalie a situação de risco ambiental, biológico, social e psicológico, sendo importante avaliar: como está estruturada a dinâmica da família com a presença do RNPT, como está sendo a rotina de cuidados com o prematuro, o aspecto físico do bebê, a aceitação da alimentação e sinais de risco, como recusa da amamentação, hipoativo, alterações da coloração da pele (cianose, icterícia, palidez, pele mosqueada), desconforto respiratório, apneias, febre, irritabilidade, vômitos, e perda de peso ou ganhos insuficientes (BRASIL, 2015a).

No que se refere à vacinação do RNPT, o MS recomenda que a criança nascida prematura e que esteja com condições clínicas estáveis deva receber todas as vacinas do Calendário Nacional de Imunização do Ministério da Saúde, levando em conta sua idade cronológica pós-natal, com as algumas observações importantes apresentadas no quadro abaixo.

VACINA	QUANDO TOMAR	INDICAÇÃO	CONTRA- INDICAÇÃO
BCG	A partir de 2000kg	Tuberculose	RNPT < de 2000g

DPTa	RNPT EXT. (<1000g e ≤ 31 sem.)	Difteria, Coqueluche e Tétano	Em caso de reações anafilaxia ou sintomas neurológicos causados por algum componente da vacina ou após a administração de dose anterior.
ROTAVÍRUS	A partir de 2 meses de idade.	Diarreia e vômito causados pelo Rotavírus	Malformação intestinal ou Enterocolite necrosante
PALIVIZUMABE	RNPT com IG <28 sem., portador de cardiopatia congênita com repercussão ou broncodisplasia	Infecções respiratórias pelo vírus sincicial	Reação anterior grave à sua aplicação ou a qualquer de seus excipientes.

QUADRO 1 – Esquema vacinal e recomendações para os RNPT.
Fonte: Ministério da Saúde, 2015a.

Vale ainda ressaltar que a vacina Tríplice bacteriana acelular (DPTa) é recomendada na primeira dose para o RNPT, para evitar apneia e bradicardia causadas por vacinas de células inteiras. Também é importante salientar que não se recomenda o uso de antitérmico profilático da febre, pós-vacina, pelo risco de baixa imunogenicidade após a vacinação. (BRASIL, 2011a).

No que diz respeito à alimentação do RNPT, o MS orienta o leite materno como melhor alimento após o nascimento, de forma exclusiva até os seis meses de idade corrigida, devido as suas ricas vantagens como: redução da morbimortalidade, melhora do desenvolvimento pulmonar, neurológico, visual, mental, motor e da inteligência. Em caso de impossibilidade da mãe do RNPT amamentá-lo, é recomendado indicar formulas infantis modificadas que estejam de acordo com a lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006 e a NBCAL (Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes, Crianças e Primeira Infância). É importante salientar que

a alimentação complementar do RNPT deve ser iniciada a partir dos seis meses da idade corrigida, sendo importante observar os “sinais de prontidão” para aceitação de alimentos sólidos (BRASIL, 2013; BRASIL, 2015a).

O acompanhamento do pré-termo na AB requer do profissional uma atenção especial às necessidades de suplementação vitamínica, especialmente nos primeiros anos de vida, sendo necessário o suporte vitamínico com vitamina D, vitamina A e Ferro elementar conforme mostra o quadro abaixo.

SUPLEMENTAÇÃO	IDADE DE INICIO	DOSAGEM
Vitamina D	Primeiro mês de vida até 18 meses;	200 a 400UI/dia até 1 ano de idade
Vitamina A	Dos 6 aos 12 meses de idade corrigida; Dos 12 aos 59 meses	1 cápsula de 100.000 UI (12 aos 59 meses); 1 cápsula de 200.00 UI a cada 6 meses;
Ferro elementar	A partir de 1 mês de vida até 2 anos	- RNPT até 1.500g, 2mg/kg/peso/dia por 1 ano, após administrar 1mg/kg/peso/dia por mais um ano; - RNPT entre 1.000g e 1.500g, 3 mg/kg/peso/dia por 1 ano, após 1 mg/kg/peso/dia por mais um ano; - RNPT < de 1000g, prescrever a dose de 4mg/kg/peso/dia durante um ano e posteriormente 1 mg/kg/peso/dia por mais um ano.

Quadro 2 – Esquema suplementar para o RNPT.
Fonte: Ministério da Saúde, 2015a.

Para o acompanhamento da saúde bucal da criança prematura na atenção básica é importante que a primeira consulta ao dentista seja orientada quando houver a erupção dos primeiros dentes e deve ser orientado aos pais que realizem a limpeza da cavidade bucal do bebê com a ponta da fralda umedecida com água filtrada ou fervida em toda região da gengiva, bochecha e língua. É importante salientar que é

necessário também orientações para a prevenção da cárie com foco no trinômio higiene, dieta e educação familiar (BRASIL, 2015a).

Para que se possa avaliar o crescimento do RNPT há particularidades específicas de extrema importância das quais é necessário o conhecimento dos profissionais das equipes de Saúde da Família. Um dos primeiros pontos importantes é realizar a idade corrigida (IC) para a prematuridade que é feito através do cálculo: $IC = \text{Idade cronológica (dias ou semanas)} - (40 - IG \text{ em semanas})$. A IC é usada para os bebês com IG < 34 semanas até dois anos de idade e se IG < 28 semanas, até três anos. A Academia Americana de Pediatria (AAP) recomenda o uso da IC para o pré-termo ao invés da idade cronológica, que pode trazer interpretações incorretas do crescimento e desenvolvimento, afetando negativamente o cuidado a criança prematura. (AGOSTINO et al., 2011)

É importante ainda durante o acompanhamento do crescimento da criança pré-termo a avaliação, de forma periódica, do peso, que no mínimo deve ter um ganho semanal de 15 a 20g, avaliação do comprimento e perímetro cefálico (PC), semanalmente (BRASIL, 2015a). Ainda sobre o crescimento do bebê prematuro existe o *Catch-up* que é a fase de crescimento acelerado ou recuperação do crescimento do RNPT, ele inicialmente acontece entre 36 e 40 semanas de idade corrigida, devendo ser alcançado até os três anos de vida. É importante ressaltar que as curvas da OMS são as recomendadas pelo MS e encontram-se na Caderneta da Criança para a avaliação nutricional, do crescimento e desenvolvimento do prematuro (BRASIL, 2011a).

O cuidado do RN pré-termo na atenção básica requer também dos profissionais um acompanhamento da sua visão, pois este sentido é um dos mais importantes no desenvolvimento físico e intelectual da criança. Portanto, é necessário que o Teste do Reflexo Vermelho (TRV) seja realizado ao nascer ainda na maternidade, caso não tenha sido realizado antes da alta da maternidade, o médico ou enfermeiro da ESF, capacitado, deve realizá-lo na primeira consulta à unidade básica. Isso é importante porque o período ideal para realizar a cirurgia de catarata é até os três meses de vida. É recomendado ainda que esse teste seja repetido com dois, seis e doze meses de vida e após um ano de idade, duas vezes por ano (BRASIL, 2015a).

Outro ponto importante e que deve fazer parte do acompanhamento da criança prematura nesse nível de assistência é a avaliação da acuidade auditiva durante a consulta na unidade básica para que sua deficiência não seja diagnosticada tardiamente, muito embora isso seja uma realidade do Brasil que é um país com grande incidência de deficiência auditiva, com prevalência de 1 a 6 neonatos para cada 1000 nascidos vivos. O MS recomenda que até os três meses de vida do bebê seja concluído o diagnóstico funcional da deficiência auditiva e se o RN tiver indicador de risco deve ser repetido esse exame com 6 meses, 24 meses e até o surgimento da linguagem. A Triagem Auditiva Neonatal (TAN), mais conhecida como teste da orelhinha deve ser realizado com 24 a 48h de vida e no máximo com 1 mês de vida. É um teste rápido e indolor. O profissional da ESF pode avaliar a acuidade auditiva da criança pré-termo por meio de uma observação apurada e pela resposta do bebê ao som de um chocalho fora do seu campo visual da criança (BRASIL, 2015a).

O RNPT pode apresentar um atraso na aquisição da linguagem que pode influenciar no seu desenvolvimento. Portanto, é necessário um bom acompanhamento do recém-nascido visto que os dois primeiros anos de vida são cruciais para essa aquisição. É importante observar precocemente os atrasos e desvios, bem como atentar para as queixas do cuidador, saber o que o bebê já consegue fazer, o que ainda não faz, além de observar e interagir com a criança, utilizando brinquedos, conversar com ela e observar suas respostas (BRASIL, 2015a).

Desta forma a ESF se constitui como uma grande aliada do MC com o seguimento desses recém-nascidos de risco na AB. Suas ações devem assegurar a continuidade da assistência prestada ao RNPT e sua família, através das visitas domiciliares, consultas agendadas, identificação de forma precoce das possíveis complicações e encaminhamentos necessários, favorecendo um cuidado qualificado e promovendo uma articulação em rede. Para tanto, recomenda-se Fluxograma de atendimento à criança de risco na Rede Básica, como forma de avaliação rápida, levando em conta os dados da Caderneta de Saúde da Criança e da Gestante e informações do resumo de alta do período de internação do bebê na unidade neonatal. Desta forma, é possível traçar estratégias para um bom atendimento do RN pré-termo na Atenção Básica (BRASIL, 2015a).

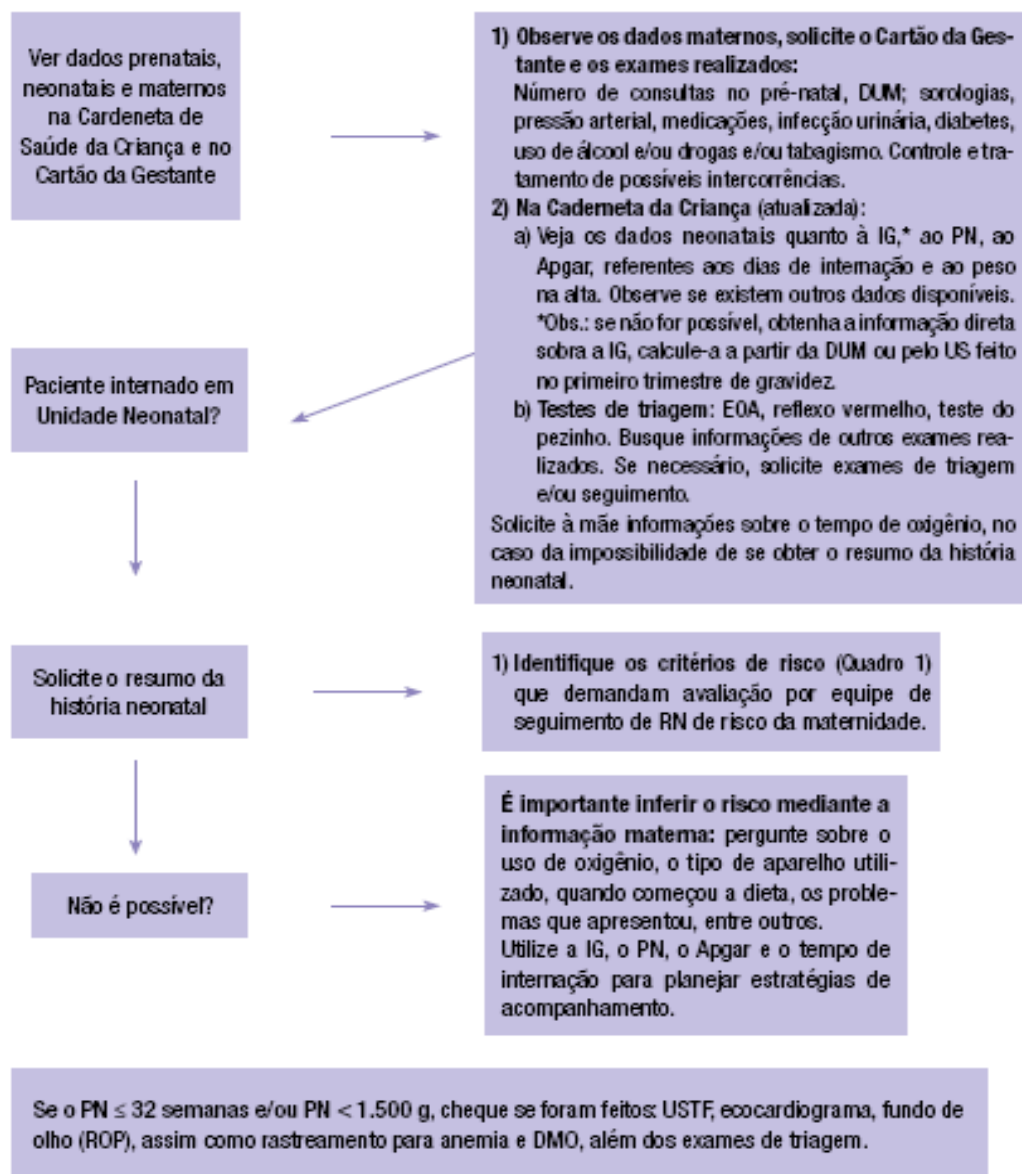


Figura 1: Fluxograma – avaliação de risco do RNPT
Fonte: Ministério da Saúde (2015)

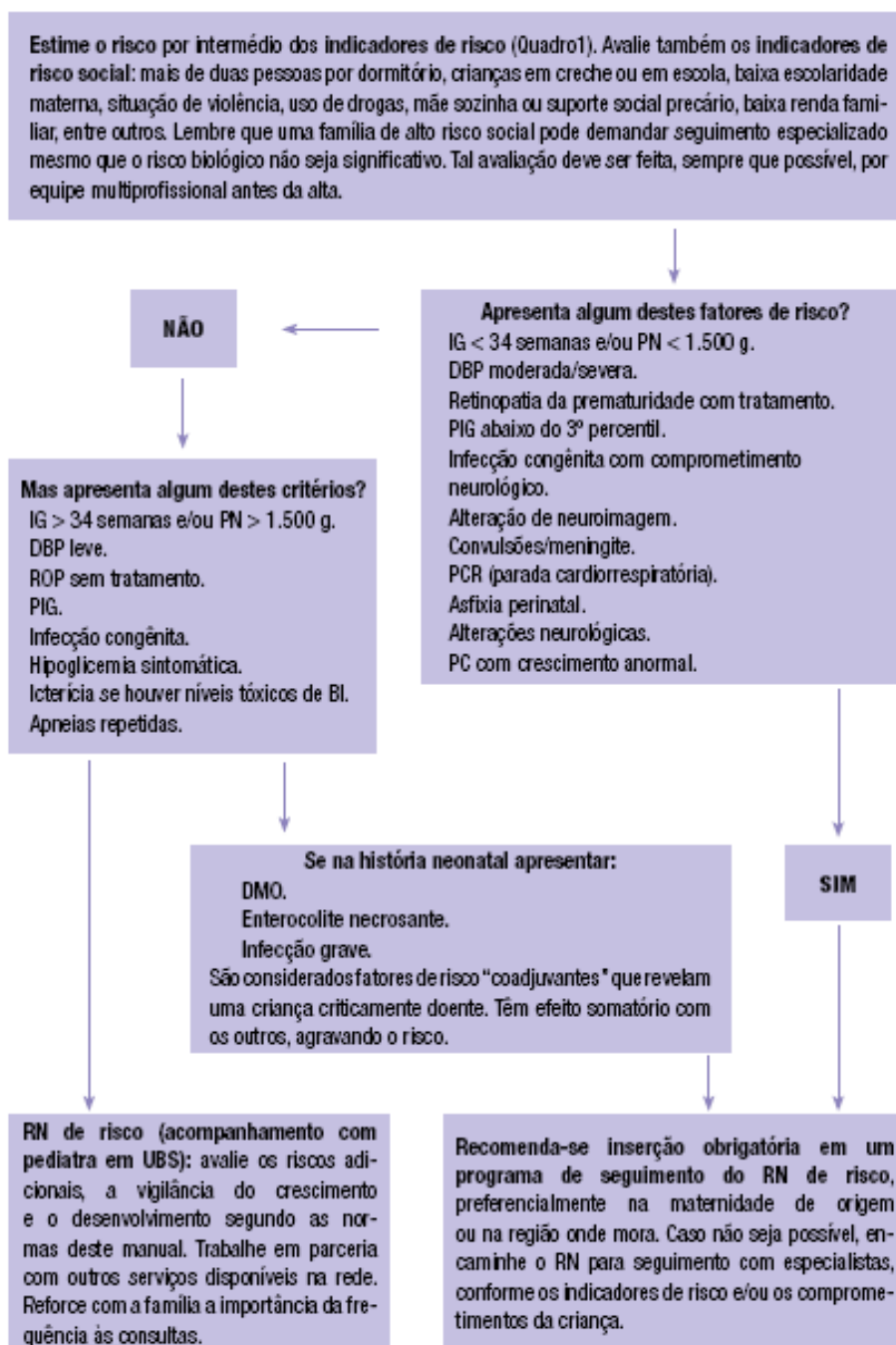


Figura 1: Fluxograma – avaliação de risco do RNPT. Conclusão.
Fonte: Ministério da Saúde (2015)

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo do estudo

Trata-se de um estudo de campo exploratório-descritivo com abordagem quantitativa por possibilitar uma melhor investigação sobre a problemática da pesquisa. O estudo quantitativo-descritivo tem por objetivo investigar pesquisas empíricas com a finalidade de observar, avaliar, analisar e registrar os fenômenos, com isolamento de variáveis principais ou chave, sem que aja a interferência do pesquisador (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Já o estudo exploratório é um tipo de pesquisa de campo, no qual se desenvolvera uma investigação exploratório do novo para o qual ainda foi evidenciado teorias específicas, cujo objetivo é a formulação de questões ou de um problema, com a finalidade de familiarizar o pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno para modificar ou clarificar conceitos (MINAYO, 2010).

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado na cidade de Teresina, capital do Piauí, localizada no Centro-Norte piauiense, distante do litoral a 366 km, possui uma área de 1.381,981 km² e uma população estimada em 844.245 habitantes (IBGE, 2014).

O local da pesquisa foram as Unidades Básicas de Saúde com suas respectivas equipes da ESF que tinham RNPTs egressos de uma Maternidade Estadual de referência, situada na cidade de Teresina – PI, residentes nas áreas adstritas das ESF. Esta maternidade foi inaugurada em 1976 e é a maior maternidade do estado do Piauí, de grande porte, contando com 248 leitos obstétricos e 167 leitos neonatais, responsável por 63% de todos os nascimentos de Teresina. Apresenta ainda uma média de 1200 internações por mês, das quais 900 são caracterizadas por partos (SEDUC-PI, 2016).

Dados do Ministério da Saúde apontam que Teresina é a capital brasileira com maior cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), no Brasil. A capital piauiense possuía três zonas da ESF. As ESF estavam divididas em três regionais de saúde subordinadas a Fundação Municipal de Saúde (FMS) que por sua vez está

hierarquicamente subordinada à Secretaria Municipal de Saúde de Teresina. À época de realização da coleta de dados Teresina possuía uma organização de 3 regionais de saúde, Diretoria Regional de Saúde (DRS) Leste-sudeste, DRS Centro-Norte e DRS Sul. Em 2017 essas regionais foram desfeitas e atualmente as equipes da ESF encontram-se interligadas diretamente a sede da Fundação Municipal de Saúde (FMS). Atualmente Teresina conta com 258 equipes de saúde da família (BRASIL, 2015b).

3.3 Participantes do estudo

Foi realizado um levantamento na Unidade de Cuidados Intermediário Canguru (UCINCa) da maternidade de referência para identificar os recém-nascidos pré-termos internados nesse setor no ano 2015, residentes em Teresina, totalizando 145 RNPTs, após isso, foi selecionado os endereços desses RNPTs e as respectivas ESF que eles estavam inseridos nas várias regiões de Teresina, totalizando 98 equipes da ESF com 196 profissionais, médicos e enfermeiros. Partindo dessa população foi feito o cálculo amostral usando a fórmula: $N = Z^2 \times 0,25 \times N / E^2 (N-1) + Z^2 \times 0,25$ (Z – é o valor crítico, N – tamanho da população em estudo e E –margem de erro), para o grau de confiança de 95% e margem de erro de 5% com mais 20% para correções de perdas.

A partir dessa seleção das equipes e por meio do cálculo amostral foi identificado na regional Sul um quantitativo de 28 eSF, com um total de 56 profissionais médicos e enfermeiros, na regional Centro- Norte, 24 eSF com 48 profissionais e na Regional Leste-Sudeste, 27 eSF com 54 profissionais, totalizando uma amostra de 158 profissionais de 79 equipes da ESF que possuem RNPTs. As equipes da Estratégia Saúde da Família foram selecionadas por sorteio aleatório de cada regional de saúde.

Como critérios de inclusão participaram do estudo: médicos e enfermeiros das equipes das ESF que possuem crianças pré-termo residindo na área de atuação que tenham nascido na referida maternidade, que realizassem assistência a crianças prematuras, profissionais que atuam na ESF há pelo menos um ano e com atuação na área urbana. Quanto aos critérios de exclusão, foram excluídos do estudo: técnicos de enfermagem, agente comunitário de saúde, odontólogos, estagiários, profissionais

que desenvolvem atividades voluntárias e os que estiverem de licença para tratamento de saúde, afastamento ou férias.

3.4 Técnica e instrumento para coleta de dados

De início foi feito um contato prévio com os profissionais, médicos e enfermeiros nas suas respectivas equipes de Saúde da Família para esclarecimento da pesquisa e agendamento da data e horário para realizar as entrevistas com aplicação do formulário, porém alguns profissionais, por dispor de tempo no momento da abordagem, resolveram participar da pesquisa no mesmo dia do contato inicial.

Para a coleta dos dados utilizou-se uma entrevista, por permitir maior flexibilidade para possíveis intervenções e possibilitar investigação mais ampla sobre o tema. Para Minayo (2010), a entrevista pode ser verbalmente ou por escrito e inclui a presença ou interação direta entre o pesquisador e os atores sociais e é complementada por uma prática de observação participante.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um formulário com 45 questões semiestruturadas (APÊNDICE A), detalhado e organizado, com 3 perguntas abertas e o restante fechadas, no qual os participantes tiveram a possibilidade de responder questões que tratam sobre os objetivos do estudo, discorrer sobre o tema, abordando aspectos como: caracterização sócio demográfica e de formação dos profissionais de saúde, assistência ao recém-nascido pré-termo, no que se refere à vacinação, a nutrição, saúde bucal, crescimento e desenvolvimento, visão, audição, linguagem e as dificuldades enfrentadas pelos profissionais da ESF para o atendimento e acompanhamento do RNPT na atenção básica. O referido instrumento foi elaborado tendo como parâmetro o manual do MS, Manual do Método Canguru: Seguimento Compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica (2015), que define as ações que devem ser realizadas pelos profissionais da ESF na assistência ao RNPT.

Os participantes do estudo foram abordados em horário conveniente para os mesmos ao longo do seu expediente, não sendo imposto pelo pesquisador tempo máximo de resposta para os profissionais. As entrevistas foram realizadas mediante autorização prévia dos participantes.

3.5 Análise dos dados

Para análise dos dados, foi construído um banco no software Microsoft Office Excel 2016, na etapa seguinte o banco foi importado e analisado com a utilização do software Action Stat, versão 3.0.2. (EQUIPE ESTATCAMP, 2017). Os resultados encontrados foram apresentados em forma de gráficos e tabelas.

Quanto à análise dos acertos sobre os conhecimentos e práticas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, foi elaborada uma classificação para aferição do desempenho da seguinte forma:

A. Para a quantidade de acertos apenas nas questões que envolviam conhecimento teórico:

- Desempenho satisfatório: número de acertos ≥ 15 questões (70% das questões);
- Desempenho mediano: número de acertos ≥ 11 questões < 15 questões (50 a 69% das questões);
- Desempenho Insatisfatório: número de acertos < 11 questões. (0 a 49% das questões).

B. Para a quantidade de acertos apenas nas questões que envolviam conhecimento prático:

- Desempenho satisfatório: número de acertos ≥ 15 questões (70% das questões);
- Desempenho mediano: número de acertos ≥ 11 questões < 15 questões (50 a 69% das questões);
- Desempenho Insatisfatório: número de acertos < 11 questões. (0 a 49% das questões).

Para a comparação entre as médias de nível de conhecimento foi utilizado o teste ANOVA one-way com *post hoc* de Tukey. Os dados também foram analisados através do coeficiente de contingência C para o estudo da associação do nível de conhecimento e as variáveis sociodemográficas e de formação profissional de acordo com a natureza das questões. A classificação do nível de associação do coeficiente de contingência C foi o seguinte: $n \leq 0,1$: associação fraca ou inexistente; $n = 0,1$ a $0,3$: associação moderada; $n \geq 0,3$: associação forte (ARANGO, 2009). Para todos os

testes estatísticos foram fixados $\alpha \leq 0,05$ o nível para rejeição de nulidade entre as associações.

Para a categorização das variáveis explanatórias, utilizou-se a mediana dos resultados, assim tornando-as bicategorizadas para o estudo da dependência entre as médias destas variáveis e a variável resposta nível de conhecimento, empregando o teste do qui-quadrado ou o teste exato de Fisher (se necessário). As variáveis explanatórias analisadas foram categorizadas da seguinte forma: idade (< 49 anos e ≥ 49 anos); Sexo (masculino e feminino); profissão (Médicos e enfermeiros); ano de formação (<1995 e ≥ 1995); pós-graduação (sim e não); tipo de pós-graduação (*Lato-sensu* e *Stricto-sensu*) tempo de experiência (< 12 anos e ≥ 12 anos); conhece o MC (sim e não); conhece o MC na ESF (sim e não); Fez curso de capacitação/treinamento sobre a assistência ao RNPT na ESF (sim e não); ano de capacitação do curso (<2010 e ≥ 2010).

3.6 Elaboração do produto

Foi desenvolvido um vídeo direcionado a nortear os pais para a continuidade dos cuidados dos recém-nascidos pré-termo no domicílio e seguimento na AB. A primeira fase para a elaboração do vídeo consistiu na análise e seleção do conteúdo, levando em consideração às recomendações do Manual Método Canguru – Seguimento Compartilhado entre a Atenção Hospitalar e Atenção Básica (BRASIL, 2015a).

Os temas abordados, foram: Testes de triagem neonatal, consultas na ESF, importância do aleitamento materno, dos aspectos afetivo dos pais e familiares com o RNPT, das vacinas, do correto posicionamento da criança pré-termo para um melhor crescimento e desenvolvimento.

Na segunda fase contou-se com o auxílio do programa Poow Toon, foi escolhido a formatação, imagens, textos em forma de vídeo para a apresentação com duração de 10 min. Dessa forma, foi desenvolvido um instrumento educacional utilizando-se muitas cores e ilustrações, acreditando na estimulação da memória visual, de forma que facilite a compreensão e auxilie os pais nos cuidados com o RNPT no domicílio e o seu seguimento na ESF.

3.7 Aspectos éticos e legais

Inicialmente, o projeto foi encaminhado à comissão de ética e pesquisa da Fundação Municipal de Saúde (FMS) de Teresina -PI, que após análise emitiu a declaração de autorização da instituição coparticipante - FMS, posteriormente o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Setor de Ciências da Saúde do Centro Universitário UNINOVAFAPI, sob parecer nº 1.541.108/2016, em 12 de agosto de 2016 (ANEXO B). Conforme prever a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS).

Quanto aos aspectos éticos dispostos na Resolução 466/12 do CNS foram garantidos por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B), atendendo às exigências éticas e científicas fundamentais de uma pesquisa envolvendo seres humanos, em que foram esclarecidas aos participantes as etapas e objetivos da pesquisa (BRASIL, 2012b). A participação se deu em total anonimato, e as identidades dos participantes ficaram em sigilo, somente com os pesquisadores.

Essa Resolução trata das diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos. A mesma incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012b).

Todos os participantes que concordarem em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B) em duas vias, uma para o participante e outra para o pesquisador, garantindo a segurança de ambos. As entrevistas foram realizadas mediante autorização prévia dos participantes.

3.7.1 Riscos e benefícios

Toda pesquisa possui riscos potenciais, maiores ou menores, de acordo com o objeto de pesquisa, seus objetivos e a metodologia escolhida. Os participantes deste estudo correram riscos mínimos, como constrangimento na abordagem, insegurança quanto ao sigilo das informações e/ou o receio da crítica por parte dos

pesquisadores. Para minimizar estes riscos, atentou-se para a correta e apropriada abordagem, priorizando o bem-estar do participante e zelando pelo sigilo das informações. Ressalta-se, ainda, que a aplicação dos questionários foi previamente agendada, respeitando a disponibilidade de tempo dos participantes e que o mesmo ficou à vontade para responder ou não os questionamentos e sua identificação não foi revelada.

Quanto aos benefícios, mesmo que não imediatos, irão surgir por meio da divulgação científica dos resultados desse estudo e com a elaboração de vídeo com orientações para as mães sobre os cuidados com o RNPT em domicílio e o seguimento destes na ESF com base nas condutas definidas pelo MS, de acordo com o que preconiza os manuais do Ministério da Saúde - Manual do Método Canguru Seguimento Compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica (2015), Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso - Método Canguru (2013), Atenção à Saúde do Recém-nascido –Cuidados com o Recém-nascido Pré-Termo (2011) para este grupo. Também permitirá a definição de ações que estimulem a interação entre a pesquisa e a prática, sendo de grande proveito para o conhecimento científico, saúde pública e sociedade.

4 RESULTADOS

4.1 Manuscrito

Conhecimentos e práticas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre a assistência à criança pré-termo

Knowledge and practices of the professionals of Family health strategy on the care of premature children

Conocimiento y las prácticas de los profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia sobre la asistencia al niño prematuro

Carmen Viana Ramos¹, Eliana Campêlo Lago², Lucíola Galvão Gondim Corrêa Feitosa³ Rosimeire Muniz de Araújo⁴, Silvana Santiago da Rocha⁵

RESUMO

Objetivo: Analisar o conhecimento e práticas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) em relação assistência à criança pré-termo, em um município. **Método:** Estudo transversal, em que participaram 134 profissionais da ESF. Os dados foram coletados por meio de formulário semiestruturado. Utilizou-se o teste ANOVA *one-way* com post hoc de *Tukey*, para comparação entre os níveis de conhecimento e teste qui-quadrado para verificação da associação entre o nível de conhecimento e as variáveis sociodemográficas e de formação. **Resultados:** Os profissionais apresentaram desempenho insatisfatório tanto no que diz respeito ao conhecimento teórico (85,1%), como em relação a prática (55,97%). Houve associação significativa entre o conhecimento teórico e a variável conhecer o método canguru na ESF ($p=0,03$). Já na prática houve associação significativa entre as variáveis: idade ($p < 0,01$) e ano de graduação ($p<0,01$), anos de experiência ($p < 0,03$) e se conhecia o método canguru na ESF ($p < 0,01$). **Conclusão:** os profissionais da ESF possuem pouco conhecimento sobre a assistência à criança pré-termo. É necessário implementar estratégias como treinamentos e capacitações para aprimorar e melhorar essa assistência.

Palavras-chave: Recém-nascido prematuro; Estratégia Saúde da Família; Profissionais de saúde; Conhecimento; Prática. Assistência.

¹Professora Doutora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPÍ. Teresina, PI, Brasil. nutricarmen2@yahoo.com.br. (86)999865410. ² Professora Doutora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPÍ. Teresina, PI, Brasil. ³ Professora Doutora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPÍ. Doutora em Políticas Públicas da UFPI. ⁴ Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPÍ. Teresina, PI, Brasil. ⁵ Professora Doutora do Programa de Mestrado e doutorado em enfermagem da UFPI. Teresina, PI, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To analyze the knowledge and practices of Family Health Strategy (FHS) professionals from a municipality in relation to pre-term care Method: A cross-sectional study involving 134 FHS professionals. The data were collected through a semi-structured form. One-way ANOVA with post hoc Tukey test was used to compare knowledge levels and chi-square test to verify the association between knowledge level and sociodemographic and training variables. **Results:** The professionals presented an unsatisfactory performance both in terms of theoretical knowledge (85.1%) and in relation to practice (55.97%). There was a significant association between the theoretical knowledge and the variable know the kangaroo method in FHS ($p = 0.03$). In practice, there was a significant association between age ($p < 0.01$) and graduation year ($p < 0.01$), years of experience ($p < 0.03$) and the kangaroo method in FHS ($p < 0.01$). **Conclusion:** ESF professionals have little knowledge about preterm child care. It is necessary to implement strategies such as training and capacity building to improve and improve this assistance.

Keywords: Preterm newborn; Family Health Strategy; Health Professional; Knowledge. Practice; Care.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el conocimiento y las prácticas de los profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) de un municipio en relación con el cuidado del niño pre-término Método: Estudio transversal, en el que participaron 134 profesionales de la ESF. Los datos fueron recolectados por medio de formulario semiestructurado. Se utilizó la prueba ANOVA de una forma con post hoc de Tukey, para comparación entre los niveles de conocimiento y prueba chi-cuadrado para verificación de la asociación entre el nivel de conocimiento y las variables sociodemográficas y de formación. **Resultados:** Los profesionales presentaron desempeño insatisfactorio tanto en lo que se refiere al conocimiento teórico (85,1%), como en relación a la práctica (55,97%). Se observó una asociación significativa entre el conocimiento teórico y la variable de conocer el método canguro en la ESF ($p = 0,03$). En la práctica hubo asociación significativa entre las variables: edad ($p < 0,01$) y año de graduación ($p < 0,01$), años de experiencia ($p < 0,03$) y se conocía el método canguro en la ESF ($p < 0,01$). **Conclusión:** los profesionales de la ESF poseen poco conocimiento sobre la asistencia al niño pre-término. Es necesario implementar estrategias como entrenamientos y capacitaciones para mejorar y mejorar esa asistencia.

Palabras-clave: Recién nacido prematuro; Estrategia Salud de la Familia; Profesionales de la salud; Conocimiento; Práctica. Asistencia.

INTRODUÇÃO

O conhecimento é definido como a consciência de inovar e adquirir saber, alcançados por meio da compreensão da teoria e da prática vivenciada ⁽¹³⁾. Ele torna-se uma ferramenta indispensável para que o profissional possa agir nas diferentes situações da prática diária proporcionando capacidade para utilizar e integrar esses saberes, visando à solução dos problemas cotidianos para melhor atender as necessidades da população que procura os serviços de saúde ⁽²³⁾.

Dentre esses problemas está a prematuridade que é definida como a interrupção da gravidez antes de completar as 37 semanas de gestação e se configura como um problema social que afeta milhares de recém-nascidos. Os nascidos de 32 a 36 semanas de gestação são classificados como prematuros leves, os de 28 a 31 semanas de gestação, como prematuros moderados e os abaixo de 28 semanas, prematuros extremos ⁽²²⁾.

Estima-se que cerca de 20 milhões de bebês prematuros nascem todos os anos no mundo. Isso contribui de maneira substancial para elevar a taxa de mortalidade neonatal ainda existente em várias regiões, principalmente nos países pobres, nos quais um terço destas crianças morre antes de completar um ano de vida ⁽⁷⁾. A prematuridade representa a principal causa de mortalidade neonatal no mundo, com um percentual de 75% das mortes ⁽³⁾.

Considerada como um dos fatores que favorece ao aumento da mortalidade neonatal, a prematuridade tem apresentado um discreto aumento como mostram os dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) no ano de 2015 em que a taxa de prematuridade no Brasil, no Nordeste, no Piauí, em Teresina foram respectivamente 11,1%, 11,1%, 10,3%, 10,9%, diferentemente do ano de 2011 em que a taxa de prematuridade no país era de 9,8%, na região nordeste de 10,5% e no Piauí de 10,7% ⁽⁸⁾. Esses dados ainda mantêm o Brasil na décima posição mundial em relação à prematuridade ⁽¹⁹⁾.

Com a finalidade de melhorar esse panorama do país e visando à humanização da assistência ao recém-nascido, o Ministério da Saúde (MS) lançou, através da Portaria n.º 693, de 5 de julho de 2000, atualizada pela Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007, a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo

Peso- Método Canguru (MC), que contempla todas as informações necessárias para à implantação do MC nos hospitais ⁽⁷⁾.

Desta forma, o MC é uma estratégia do governo brasileiro para a redução da mortalidade infantil e que também integra a Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança (PNAISC). Em 2015 foi lançado o “Manual do Canguru - Seguimento compartilhado entre a Atenção Hospitalar e Atenção Básica”, com a finalidade de promover essa articulação em rede entre esses dois níveis de atenção e promover treinamentos e capacitações para as equipes objetivando uma assistência mais efetiva e eficaz aos recém-nascidos de risco ⁽⁸⁾.

Nessa perspectiva, o MS vem desenvolvendo estratégia para que a terceira etapa do Método Canguru seja compartilhada com a atenção básica com a finalidade de fortalecê-la para a sua participação no acompanhamento das crianças prematuras egressas do MC desenvolvido no contexto hospitalar. Porém, constatam-se fragilidades dos profissionais em dar seguimento ao cuidado desses bebês de risco em conjunto com os dois níveis de atenção ⁽¹⁾. É necessário ainda afirmar que esses bebês de risco necessitam receber intervenções precoces a fim de amenizar as possíveis sequelas no primeiro ano de vida ⁽¹⁵⁾.

Sob esse enfoque, o presente estudo objetiva analisar o conhecimento e práticas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), de Teresina, em relação assistência à criança pré-termo. Sendo estes recém-nascidos egressos de uma maternidade pública, que é referência no alto risco para o estado do Piauí. Ressalta-se que em 2016, 2.338 (20,5%) dos nascidos vivos dessa maternidade foram prematuros, destes 885 (42%) eram residentes na cidade de Teresina o que denota a necessidade desse município em direcionar ações específicas para a assistência a esse grupo considerado de alto risco.

MÉTODO

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, com delineamento transversal e abordagem quantitativa, realizado em Teresina (PI), Brasil. O período de realização do estudo foi de agosto a dezembro de 2016.

População ou amostra, critérios de inclusão e exclusão

O estudo foi realizado junto aos profissionais que atuam na ESF do município de Teresina, no Piauí. O município dispõe de 258 (duzentos cinquenta e oito) equipes de saúde da família com a cobertura de 95% de atendimento à população da cidade. Para a identificação da população alvo do estudo foi realizado um levantamento na Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa) da maternidade de referência, com vistas a identificar os recém-nascidos pré-termos internados nesse setor no ano 2015, residentes em Teresina, totalizando 145 RNPTs, após isso, foi selecionado os endereços desses RNPTs e as respectivas ESF que eles estavam inseridos nas três regionais de saúde do município, totalizando 98 equipes da ESF com 196 profissionais, médicos e enfermeiros. Partindo dessa população foi feito o cálculo amostral usando a fórmula: $N = Z^2 \times 0,25 \times N / E^2 (N-1) + Z^2 \times 0,25$ (Z – é o valor crítico, N – tamanho da população em estudo e E –margem de erro), para o grau de confiança de 95% e margem de erro de 5% com mais 20% para correções de perdas.

A partir dessa seleção das equipes e por meio do cálculo amostral foi totalizado uma amostra de 158 profissionais de 79 equipes da ESF que possuem RNPTs. As equipes da Estratégia Saúde da Família foram selecionadas por sorteio aleatório. Foram incluídos no estudo: médicos e enfermeiros das equipes das ESF que possuíam crianças pré-termo residindo na área de atuação que tenham nascido na referida maternidade, que realizam assistência a crianças prematuras, atuam na ESF há pelo menos um ano, na área urbana e excluídos os técnicos de enfermagem, agente comunitário de saúde, odontólogos, estagiários, profissionais que desenvolvem atividades voluntárias e os que estiverem de licença para tratamento de saúde, afastamento ou férias.

Protocolo do estudo

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um formulário com 45 questões semiestruturadas detalhado e organizado, com 3 perguntas abertas e o restante fechadas, no qual os sujeitos tiveram a possibilidade de responder questões que tratam sobre os objetivos do estudo, discorrer sobre o tema, abordando aspectos

como: caracterização sócio demográfica e de formação dos profissionais de saúde, assistência ao recém-nascido pré-termo, no que se refere à vacinação, a nutrição, saúde bucal, crescimento e desenvolvimento, visão, audição, linguagem e as dificuldades enfrentadas pelos os profissionais da ESF para o atendimento e acompanhamento do RNPT na atenção básica.

O referido instrumento foi elaborado tendo como parâmetro o manual do MS, Manual do Método Canguru: Seguimento Compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica (2015), que define as ações que devem ser realizadas pelos profissionais da ESF na assistência ao RNPT.

Análise dos resultados e estatística

Para análise dos dados, foi construído um banco no software Microsoft Office Excel 2016, na etapa seguinte o banco foi importado e analisado com a utilização do *software Action Stat*, versão 3.0.2. ⁽¹⁰⁾. Os resultados encontrados foram apresentados em forma de gráficos e tabelas.

Quanto à análise dos acertos sobre os conhecimentos e práticas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, foi elaborada uma classificação para aferição do desempenho da seguinte forma:

A. Para a quantidade de acertos apenas nas questões que envolviam conhecimento teórico:

- Desempenho satisfatório: número de acertos ≥ 15 questões (70% das questões);
- Desempenho mediano: número de acertos ≥ 11 questões < 15 questões (50 a 69% das questões);
- Desempenho Insatisfatório: número de acertos < 11 questões. (0 a 49% das questões).

B. Para a quantidade de acertos apenas nas questões que envolviam conhecimento prático:

- Desempenho satisfatório: número de acertos ≥ 15 questões (70% das questões);
- Desempenho mediano: número de acertos ≥ 11 questões < 15 questões (50 a 69% das questões);

- Desempenho Insatisfatório: número de acertos < 11 questões. (0 a 49% das questões).

Para a comparação entre as médias de nível de conhecimento foi utilizado o teste ANOVA *one-way* com *post hoc* de *Tukey*. Os dados também foram analisados através do coeficiente de contingência C para o estudo da associação do nível de conhecimento e as variáveis sociodemográficas e de formação profissional de acordo com a natureza das questões. A classificação do nível de associação do coeficiente de contingência C foi o seguinte: $n \leq 0,1$: associação fraca ou inexistente; $n = 0,1$ a $0,3$: associação moderada; $n \geq 0,3$: associação forte⁽⁴⁾. Para todos os testes estatísticos foram fixados $\alpha \leq 0,05$ o nível para rejeição de nulidade entre as associações.

Para a categorização das variáveis explanatórias, utilizou-se a mediana dos resultados, assim tornando-as bicategorizadas para o estudo da dependência entre as médias destas variáveis e a variável resposta nível de conhecimento, empregando o teste do qui-quadrado ou o teste exato de Fisher (se necessário). As variáveis explanatórias analisadas foram categorizadas da seguinte forma: idade (< 49 anos e ≥ 49 anos); Sexo (masculino e feminino); profissão (Médicos e enfermeiros); ano de formação (<1995 e ≥ 1995); pós-graduação (sim e não); tipo de pós-graduação (*Lato-sensu* e *Stricto-sensu*); tempo de experiência (< 12 anos e ≥ 12 anos); conhece o MC (sim e não); conhece o MC na ESF (sim e não); Fez curso de capacitação/treinamento sobre a assistência ao RNPT na ESF (sim e não); ano de capacitação do curso (<2010 e ≥ 2010).

Aspectos éticos

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário UNINOVAFAPÍ sob parecer nº 1.541.108/2016, em 12 de agosto de 2016, conforme prevê a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional do Ministério da Saúde. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Participaram desse estudo, 134 profissionais de nível superior, médicos e enfermeiros de 67 equipes da ESF, que possuem crianças pré-termo nas suas áreas adstritas, distribuídas nas três regiões: centro/norte, sul e leste/sudeste da cidade de Teresina. Em relação aos critérios de exclusão, 24 profissionais foram excluídos do estudo, destes oito (09) tinham menos de 1 ano de experiência na ESF, quatro (08) encontravam-se de licença para tratamento de saúde e três (07) estavam de férias.

As características sociodemográficas e de formação apresentam-se descritas na **Tabela 1**. Observou-se que 51,49% dos entrevistados possuíam idade igual ou maior a 49 anos, sendo a maior parte do sexo feminino (86,57%). Em relação à formação profissional, 61,19% eram enfermeiros, e 38,81%, médicos. Quanto ao tempo de formação acadêmica dos profissionais, evidenciou-se que grande parte dos entrevistados tinham acima de 22 anos de profissão (50,75%). A maioria possuía pós-graduação (91,79%), do tipo lato-senso (82,84%). A faixa de tempo de atuação desses profissionais na ESF foi igual ou maior que 12 anos de experiência (55,22%). Quanto à questão se tinha conhecimento sobre o Método Canguru, 86,57% afirmaram conhecer e relacionado ao conhecimento do Método Canguru na ESF, 84,33% afirmaram não conhecer. Quando questionados sobre a participação em curso de capacitação sobre a assistência ao RNPT, apenas 9,7% informaram que participaram; destes, 5,7% dos cursos ocorreram a partir do ano de 2010.

Tabela 1- Características sociodemográficas e de formação dos profissionais da ESF. Teresina. PI, 2017.

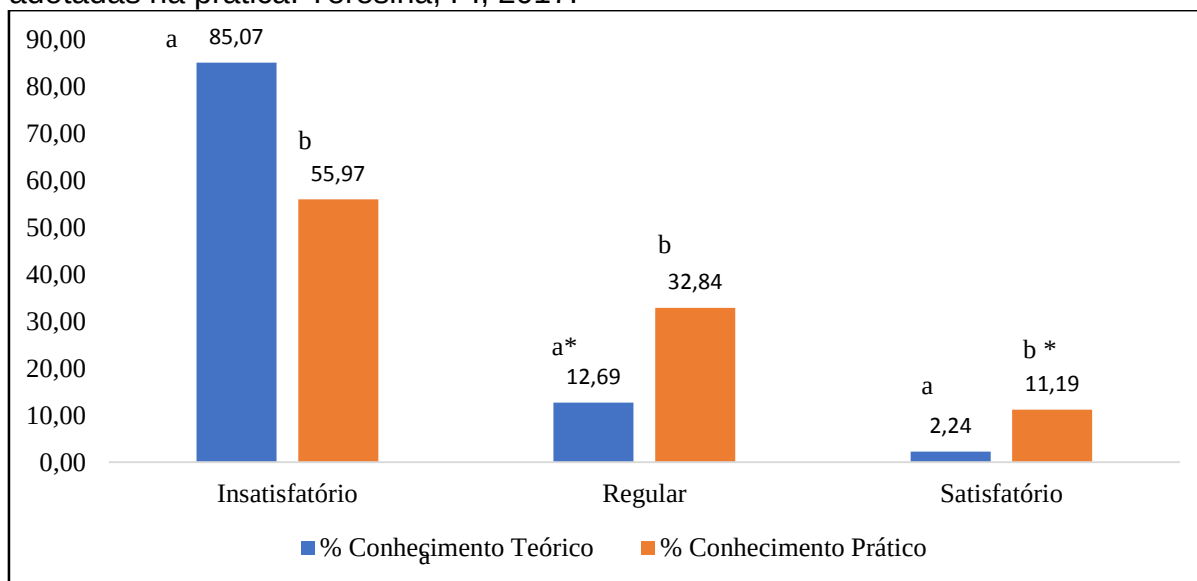
Variáveis	n	%
Idade		
< 49 anos	65	48,51
≥ 49 anos	69	51,49
Sexo		
Masculino	18	13,43
Feminino	116	86,57
Profissão		
Médico	52	38,81
Enfermeiro	82	61,19
Ano de formação		
< 1995	68	50,75

≥ 1995	66	49,25
Pós-graduação		
Sim	123	91,79
Não	11	8,21
Tipo de pós-graduação		
<i>Lato-sensu</i>	111	82,84
<i>Stricto-sensu</i>	12	8,96
Anos de experiência		
< 12 anos	60	44,78
≥ 12 anos	74	55,22
Conhece o Método Canguru		
Sim	116	86,57
Não	18	13,43
Conhece o Método Canguru na ESF		
Sim	21	15,67
Não	113	84,33
Fez curso de capacitação sobre a assistência ao RNPT na ESF		
Sim	13	9,70
Não	121	90,30
Ano da capacitação		
< 2010	3	2,24
≥ 2010	8	5,97

Fonte: Pesquisa direta

A Figura 2, apresenta o desempenho dos profissionais em relação ao conhecimento teórico e condutas adotadas na prática. As médias apresentaram diferenças significativas ao nível de 1% e se diferiram, segundo o teste de *Tukey*, ou seja, a maioria dos participantes tiveram desempenho insatisfatório tanto na teoria (85,07%) como na prática (55,97%). O desempenho regular na teoria foi de 12,69% e na prática 34,82%, já o desempenho satisfatório foi de apenas 2,24% na teoria e 11,19% na prática o que evidenciou um melhor desempenho dos profissionais nas condutas adotadas na prática.

Figura 2. Desempenho dos profissionais por conhecimento teórico e condutas adotadas na prática. Teresina, PI, 2017.



*diferença significativa ao nível de 1%, pela ANOVA

Letras diferentes, indicam diferenças entre as médias, pelo teste de Tukey.

Fonte: Pesquisa direta

A Tabela 2, ilustra o Coeficiente de contingência C (CC) e valores de p em associação com o desempenho nas questões de conhecimento teórico e as variáveis sociodemográficas e de formação. A variável que apresentou associação estatisticamente significativa foi apenas uma: se conhecia o método canguru na ESF ($p=0,03$) e $CC=0,22$. De acordo com os valores de coeficiente de contingência C, essa variável apresentou associação moderada (0,1 a 0,3) com o desempenho dos entrevistados do estudo, revelando que os profissionais que não conheciam essa política do Método Canguru na ESF apresentaram um pior desempenho nas questões abordadas.

Tabela 2. Coeficiente de contingência C (CC) e valores de p. segundo o desempenho nas questões de conhecimento teórico e as variáveis sociodemográficas e de formação. Teresina, PI, 2017.

VARIÁVEIS	INSATISFATÓRIO		REGULAR		SATISFATÓRIO		CC ¹	p ²
	N	%	N	%	N	%		
Idade								
< 49 anos	51	38,06	12	8,96	2	1,49		
≥ 49 anos	63	47,01	5	3,73	1	0,75	0,18	0,11
Sexo								
Masculino	16	11,94	2	1,49	0			
Feminino	98	73,13	15	11,19	3	2,24	0,06	0,76

Profissão								
Médico	41	30,60	10	7,46	1	0,75		
Enfermeiro	73	54,48	7	5,22	2	1,49	0,15	0,19
Ano de formação								
< 1995	62	46,27	5	3,73	1	0,75		
≥ 1995	52	38,81	12	8,96	2	1,49	0,17	0,13
Pós-graduação								
Sim	9	6,72	2	1,49	0	0,00		
Não	105	78,36	15	11,19	3	2,24	0,06	0,75
Tipo de pós-graduação								
<i>Lato-sensu</i>	95	70,90	13	9,70	3	2,24		
<i>Stricto-sensu</i>	10	7,46	2	1,49	0	0,00	0,06	0,76
Anos de experiência								
< 12 anos	48	35,82	10	7,46	2	1,49		
≥ 12 anos	66	49,25	7	5,22	1	0,75	0,13	0,32
Conhece o Método Canguru								
Sim	96	71,64	17	12,69	3	2,24		
Não	18	13,43	0	0,00	0	0,00	0,16	0,16
Conhece o Método Canguru na ESF								
Sim	18	13,43	1	0,75	2	1,49		
Não	96	71,64	16	11,94	1	0,75	0,22	0,03
Fez curso de capacitação sobre a assistência ao RNPT na ESF								
Sim	11	8,21	2	1,49	0			
Não	103	76,87	15	11,19	3	2,24	0,05	0,82
Ano da capacitação								
< 2010	3	2,24	0	0,00	0	0,00		
≥ 2010	6	4,48	2	1,49	0	0,00	-	-

¹Medida de associação, com referencial de: $n \leq 0,1$: associação fraca ou inexistente; $n = 0,1$ a $0,3$: associação moderada; $n \geq 0,3$: associação forte. ²valores de p para o teste do qui-quadrado, com nível de significância $\alpha \leq 0,05$.

Fonte: Pesquisa direta.

A Tabela 3, exibe a associação entre as variáveis sociodemográficas e o desempenho das questões de condutas adotadas na prática dos 134 entrevistados. Conforme o CC, as variáveis idade (CC = 0,33 e $p < 0,01$) e ano de graduação (CC = 0,31 e $p < 0,01$) apresentaram forte associação (CC $\geq 0,3$) com alto nível de significância estatística, com o valor de $p < 0,01$. Já as variáveis: anos de experiência (CC = 0,22 e $p = 0,03$) e se conhecia o método canguru na ESF (CC = 0,27 e $p < 0,01$), apresentaram associação moderada. Os resultados evidenciaram um pior

desempenho para os profissionais que tinham maior idade, maior tempo de formação, mais experiência na ESF nas questões abordadas.

Tabela 3. Coeficiente de contingência C (CC) e valores de p. segundo o desempenho nas questões de condutas adotadas na prática e as variáveis sociodemográficas e de formação. Teresina, PI, 2017.

Variáveis	INSATISFATÓRIO		REGULAR		SATISFATÓRIO		CC ¹	p ²
	N	%	N	%	N	%		
Idade								
< 49 anos	25	18,66	29	21,64	11	8,21		
≥ 49 anos	50	37,31	15	11,19	4	2,99	0,33	<0,01
Sexo								
Masculino	11	8,21	6	4,48	1	0,75		
Feminino	64	47,76	38	28,36	14	10,45	0,07	0,71
Profissão								
Médico	24	17,91	21	15,67	7	5,22		
Enfermeiro	51	38,06	23	17,16	8	5,97	0,16	0,19
Ano de formação								
< 1995	49	36,57	15	11,19	4	2,99		
≥ 1995	26	19,40	29	21,64	11	8,21	0,31	<0,01
Pós-graduação								
Sim	5	3,73	4	2,99	2	1,49		
Não	70	52,24	40	29,85	13	9,70	0,08	0,67
Tipo de pós-graduação								
<i>Lato-sensu</i>	64	47,76	35	26,12	12	8,96		
<i>Stricto-sensu</i>	6	4,48	5	3,73	1	0,75	0,06	0,77
Anos de experiência								
< 12 anos	26	19,40	25	18,66	9	6,72		
≥ 12 anos	49	36,57	19	14,18	6	4,48	0,22	0,03
Conhece o Método Canguru								
Sim	61	45,52	41	30,60	14	10,45		
Não	14	10,45	3	2,24	1	0,75	0,17	0,13
	N	%	N	%	N	%		
Conhece o Método Canguru na ESF								
Sim	6	4,48	9	6,72	6	4,48		
Não	69	51,49	35	26,12	9	6,72	0,27	<0,01
Fez curso de capacitação sobre a assistência ao RNPT na ESF								
Sim	8	5,97	4	2,99	1	0,75		
Não	67	50,00	40	29,85	14	10,45	0,04	0,88

Ano da capacitação

< 2010	3	2,24	0	0,00	0	0,00		
≥ 2010	4	2,99	4	2,99	0	0,00	-	-

¹Medida de associação, com referencial de: $n \leq 0,1$: associação fraca ou inexistente; $n = 0,1$ a $0,3$: associação moderada; $n \geq 0,3$: associação forte. ²valores de p para o teste do qui-quadrado, com nível de significância $\alpha \leq 0,05$

Fonte: Pesquisa direta.

Por último, questionados sobre as dificuldades encontradas pelos profissionais acerca da assistência à criança pré-termo na AB as listadas foram as seguintes: falta de capacitação (79,10%), falta de protocolo (11,94%), falta de orientações dos pais (2,24%), desarticulação da rede (1,49%), 2,99% informaram não ter dificuldades e 2,24% não responderam (dados não apresentados em tabela).

DISCUSSÃO

A partir dos resultados encontrados no presente estudo foi possível analisar o nível de conhecimento teórico e condutas adotadas na prática dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre a assistência à criança pré-termo. O presente estudo é a primeira pesquisa que se tem conhecimento no Estado sobre o acompanhamento dessas crianças na ESF. Apesar da importância de se fazer avaliações nos serviços de saúde, constatou-se que são poucos os estudos nessa referida área no Brasil ⁽¹⁾.

O predomínio dos aspectos da feminização encontrado entre os profissionais da ESF nesse estudo corrobora com outros estudos que evidenciam o número crescente das mulheres no mercado de trabalho na área da saúde nas últimas décadas ^(9,12). Este fato torna-se mais evidente principalmente na Estratégia Saúde da Família ⁽¹⁴⁾.

A distribuição dos profissionais com predominância na idade maior que 48 anos, 20 ou mais anos de profissão, mais de doze anos de atuação na ESF se opõem aos resultados de outros estudos que encontraram idade predominante entre 25 a 35 anos, com até 10 anos de graduação e até cinco anos de experiência na ESF ^(2,18).

Relacionado ao tempo de formação, os profissionais apresentaram uma grande tendência à educação continuada, com altos percentuais de cursos *lato sensu*, principalmente na área de ESF e percentual menor de cursos *stricto sensu*, corroborando com outro estudo realizado em um município de Minas Gerais que encontrou 79,3% de profissionais pós-graduados na ESF ⁽⁹⁾. Entretanto, verificou-se

uma lacuna igual ou maior que 12 anos para a realização desses cursos, caracterizando possíveis desatualizações na área da educação continuada o que pode interferir diretamente na assistência à criança pré-termo na AB. A educação continuada é um processo de atualização contínuo de ensino-aprendizagem, de forma ativa e permanente com a finalidade de atualizar e melhorar a capacitação pessoal ou grupal, diante das necessidades sociais e institucionais ⁽¹⁹⁾.

Outro dado levantado nessa pesquisa foi em relação ao conhecimento do MC, a maioria dos participantes afirmaram conhecer essa Política. Entretanto, quando questionado sobre MC na ESF, os entrevistados demonstraram, em maior porcentagem, desconhecimento acerca desta, porém o percentual dos que afirmaram conhecer essa política na ESF, tinham realizado curso de capacitação na área da assistência à criança pré-termo mais recentemente. Essa fragilidade do seguimento do MC pelos profissionais na AB demonstra semelhança com outro estudo realizado com profissionais médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem da ESF nas unidades básicas de saúde do município de Joinville, Santa Catarina ^(1,11).

Acerca do desempenho dos profissionais em relação ao conhecimento teórico e condutas adotadas na prática, a maioria dos entrevistados tiveram desempenho insatisfatório em ambas temáticas abordadas, entretanto fato que se demonstrou relevante foi que estes apresentavam um melhor desempenho nas questões das condutas adotadas na prática, mesmo não associando ou conhecendo os conteúdos teóricos relacionados. Entretanto, o processo ensino-aprendizagem gera pontos positivos quando há uma estreita relação entre a teoria e a prática o que leva a competência clínica em questão ⁽¹³⁾.

Outro fato importante nesse estudo que mostrou associação significativa foi a relação entre as condutas adotadas na prática com os participantes que tinham maior idade, maior tempo de graduação, maior experiência na ESF e a falta de conhecimento do MC na ESF que evidenciou um pior desempenho dessa assistência, reafirmando a necessidade de educação permanente nessa área. A educação permanente viabiliza ações embasadas na problematização no contexto do trabalho em saúde, objetivando transformações do agir profissional e gerenciamento do trabalho, levando em conta as necessidades de saúde da população ⁽²¹⁾.

Um estudo realizado em um município do Sul do Brasil com os pais sobre o cuidado domiciliar ao RN de risco demonstra dificuldades e fragilidade dos

profissionais nesse acompanhamento na AB ⁽⁴⁾. A terceira etapa do MC consiste no acompanhamento da criança pré-termo após a alta hospitalar no ambulatório intercalando com consultas na atenção básica. O MS recomenda essa participação da AB nessa etapa juntamente com o hospital por meio de atualizações das equipes das Equipes de Saúde da Família ⁽¹⁾.

O MS ainda reforça a necessidade dessa contínua e permanente educação para os profissionais da saúde através da criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), por meio da Portaria GM/MS nº 198⁽⁶⁾. Esta Política se propõe a integrar ações práticas ao cotidiano de forma metodológica, reflexiva e científica que por meio da educação permanente proporciona uma transformação das práticas profissionais e gerencias levando em conta as necessidades de saúde da população ⁽¹⁷⁾.

Em se tratando dessa temática sobre o seguimento do Método Canguru na atenção básica, o estudo mostrou que os profissionais têm pouco conhecimento sobre a magnitude dessa política. Essa dificuldade se deve ao fato do limitado conhecimento já citado anteriormente, da falta de capacitação, falta de protocolo, falta de orientações dos pais, desarticulação da rede e frágil comunicação entre a referência e UBS, dificuldades mencionadas pelos participantes do estudo.

Cabe destacar que o seguimento do MC na Atenção Básica é apontado como eixo estratégico na Política de Atenção Integrada à Saúde da Criança, publicado em 2015 pelo Ministério da Saúde, que também estabelece a necessidade de alta qualificada do RNPT da maternidade com vinculação da família à AB de forma precoce garantindo uma rede articulada de atenção para a continuidade do cuidado ⁽⁸⁾.

A constante formação dos profissionais faz-se necessária para um bom funcionamento do trabalho em saúde. Os profissionais de saúde devem ser capacitados frequentemente para se manterem atualizados, visto que são os profissionais que implementam, realizam as ações de saúde, informam e educam a população ⁽¹⁶⁾.

O profissional competente tem capacidade para melhor agir em situações problemáticas e encontrar soluções para esses problemas de saúde que afligem a população, mas para isso é necessário conhecimento, atualizações e habilidades para o enfrentamento dessas questões ⁽²³⁾. Contudo destaca-se que o conhecimento vinculado a boas práticas dos profissionais da ESF em relação à assistência à criança

prematura precisam ser melhor estudados, com a finalidade de conhecer essa realidade e peculiaridade dessa população e com isso aprimorar e melhorará esse conhecimento refletindo em mudanças desse paradigma atual.

É importante ressaltar a necessidade dos gestores repensarem a assistência prestada aos RNPTs na atenção básica devido aos indicadores significativos e evidentes de prematuridade. É necessário investimento na formação, em especial, no treinamento do método canguru na atenção básica, visto que já existe uma norma do MS para o seguimento desses bebês na AB.

CONCLUSÃO

O estudo revelou que os profissionais da ESF possuem pouco conhecimento sobre assistência à criança pré-termo, necessitando, portanto de qualificação para aprimorar essa assistência, tendo em vista que esse conhecimento é de suma importância para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do RNPT na atenção básica devido as peculiaridades inerentes ao seu desenvolvimento.

A educação permanente em saúde é uma ferramenta de extrema importância para aprimorar o conhecimento profissional uma vez que esse agente se configura com um educador perante a sua comunidade, pois conhece de perto os problemas enfrentados pela mesma e o seu trabalho visa à melhoria dessa qualidade de vida de toda a comunidade.

Foi evidenciado nesse estudo a predominância do gênero feminino, dentre os profissionais médicos e enfermeiros da ESF a grande maioria tinha mais de 20 anos de formação com pós-graduação do tipo lato-sensu, a experiência destes na ESF foi igual ou superior a 12 anos. Um outro ponto identificado nesse estudo foi as dificuldades dos profissionais da ESF em relação a assistência à criança pré-termo que dentre elas destacou-se a falta de capacitação e conhecimento na área, além da falta de protocolo, de infraestrutura, falta de articulação da Rede, dificuldades mencionadas pelos profissionais durante as entrevistas.

É importante frisar que os profissionais da ESF tiveram um melhor desempenho nas questões relacionadas as condutas práticas sobre a assistência à criança pré-termo. Entretanto os profissionais tiveram um maior desempenho

insatisfatório quando estes apresentavam mais idade, maior tempo de formação, maior experiência na ESF e o não conhecimento do Método Canguru na ESF. É de extrema importância a atualização nessa política que integra cuidados essenciais a sobrevivência dos recém-nascidos pré-termo na Atenção Básica.

Conclui-se que é possível melhorar o conhecimento dos profissionais da ESF sobre a assistência à criança prematura na atenção básica através de cursos, treinamentos e capacitações. Contudo é necessário que os gestores possam repensar a assistência prestada aos RNPTs na atenção básica devido aos significativos indicadores de prematuridade. É necessário investimento na formação, em especial, no treinamento do Método Canguru na atenção básica, visto que já existe uma norma do MS para o seguimento desses RNPT na Atenção Básica.

É importante frisar as limitações desse estudo que são as perdas que refletem a insegurança dos profissionais da ESF nesse tipo de assistência, o tamanho do instrumento que dificultou as respostas dos profissionais, a aplicação do instrumento no horário de trabalho o que gera ansiedade e possível omissão das informações pela pressa de retornar à atividade laboral, e por fim, a falta de tempo referida pelos profissionais em participar da pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Aires L C P, Santos E K A, Costa R, Borck M, Custódio Z A O. Seguimento do bebê na atenção básica. Rev. Gaúcha Enferm.2015; 36 (esp):224-32.
2. Arantes C I S, Montrone AV G, Milioni D B. Concepções e conhecimento sobre amamentação de profissionais da atenção básica à saúde. Rev. Eletr. Enf. 2008; 10 (4): 933-944.
3. Almeida A C, Jesus A C P, Lima P F T, Araújo M F M, Araújo, T M. Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz–MA. Rev. Gaúcha de Enf. 2012; 33 (2), 86-94.
4. Arango H G. Bioestatística teórica e computacional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
5. Brambila I L M, Oliveira T P, Silva J M, Barreto M S. O cuidado domiciliar ao recém-nascido de risco no primeiro ano de vida: experiência dos pais. Rev. Diálogos & Saberes. 2015; 11(1), 73-92.
6. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília; 2009.
7. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru. 2ª ed. Brasília; 2013.
8. Brasil. 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. 1ª ed. Brasília; 2015.
9. COSTA S M. et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais. Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade. 2013; 8(27) 90-96.
10. Equipe Estatcamp. Software Action. Estatcamp- Consultoria em estatística e qualidade. São Paulo;2017.
11. Klossowski D G, Godói V C, Xavier C R, Fujinaga C I. Assistência integral ao recém-nascido prematuro: implicações das práticas e da política pública. Rev. CEFAC. 2016; 18 (1) 137-150.

12. Matos I B, Toassi R F C, Oliveira M C. Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações. *Rev. Athena Digital*. Barcelona 2013; 13(2) 239-244.
13. Moura E C C. Ensino -aprendizagem de enfermagem simulação clínica: desenvolvendo competência profissional para prevenção de úlceras por pressão. 2013. 299 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Universidade de São Paulo, Riberão Preto. 2013.
14. Pinto E S G, Menezes R M P, Villa T C S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará- Mirim. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2010; 44 (3) 657-664.
15. Pritchard M A, Colditz P B, Cartwright D, Gray P H, Tudehope D, Beller E. Risk determinants in early intervention use during the first postnatal year in children born very preterm. *BMC Pediatrics*. 2013; 13:201.
16. Santos J C.; Florencio R S, Oliveira C J, Moreira T M M. Adesão do idoso para hipertensão arterial e intervenções de enfermagem. *Rev. da rede de enfermagem do Nordeste*. 2012; 13(2) 343-353.
17. Silva A N, Santos A M G, Cortez E A, Cordeiro B C. Limites e possibilidades do ensino à distância (EaD) na educação permanente em saúde: revisão integrativa. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(4) 1099-1107.
18. Silvestre PK, Carvalhaes MA, Venâncio SI, Tonete VL, Parada CM. Conhecimentos e práticas de profissionais de saúde sobre aleitamento materno em serviços públicos de saúde. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2009; 17(6):953-960.
19. Souza L P, Lima M G. Educação continuada em unidade de terapia intensiva: revisão da literatura. *J. Health Biol Sci*. 2015; 3(1):39-45.
20. World Health Organization. Born too soon: the global action report on preterm birth. Geneva: World Health Organization; 2012.
21. Viana D M, Araújo R S, Vieira R M, Nogueira C A, Oliveira V C, Rennó H M S. A educação permanente em saúde na perspectiva do enfermeiro na estratégia de saúde da família. *Rev. Enf. Cent. O. Min*. 2015; 5(2): 1658-1668.
22. Vieira C S, Lomba G O, Costa M A, Braga P P, Gesteira E C R. Vivência discente e docente na continuidade do cuidado à criança de risco: relato de experiência. *Rev. Enf. Cent. O. Min*. 2014; 3(4): 1393-1399.

23. Zoboli E L CP, Soares, F A C. Capacitação em bioética para profissionais da Saúde da Família do município de Santo André, SP. Rev. Esc. de Enfermagem USP. 2012; 46 (05)1248-1253.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os recém-nascidos pré-termo constituem um problema de saúde pública, pois apresentam altos índices de morbimortalidade infantil, necessitando de cuidados diferenciados e especiais, uma vez que possuem maior risco de desenvolver complicações, transformando-os em um desafio para os profissionais da ESF o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na Atenção Básica.

É indiscutível a importância do acompanhamento do recém-nascido de risco na Atenção Básica que deve ser realizado por uma equipe capacitada e integrada. É de extrema importância que esses profissionais conheçam o seguimento do método canguru na Atenção Básica, e saibam quais RN necessitam desse acompanhamento e encaminhamento para que, de uma forma precoce possam intervir nas possíveis complicações desse grupo.

O presente estudo é a primeira pesquisa que se tem conhecimento no estado sobre o acompanhamento do RNPT na ESF. Os resultados apresentados demonstram que os profissionais da ESF possuem pouco conhecimento sobre a assistência à criança pré-termo, necessitando, portanto de capacitações para melhorar essa deficiência, tendo em vista que esse conhecimento é de suma importância para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do RNPT na atenção básica devido a suas peculiaridades inerente ao seu desenvolvimento.

A educação permanente em saúde é uma ferramenta de extrema importância para aprimorar o conhecimento profissional, uma vez que esse agente se configura com um educador perante a sua comunidade, pois conhece de perto os problemas enfrentados pela mesma, e o seu trabalho visa à melhoria dessa qualidade de vida de toda a comunidade.

Faz-se necessária a constante formação dos profissionais para um bom funcionamento do trabalho em saúde, pois estes devem ser capacitados frequentemente, para se manterem atualizados, visto que são eles que implementam, realizam as ações de saúde, informam e educam a população.

Dentre os profissionais de medicina e enfermagem entrevistados na presente pesquisa foi possível constatar que ocorre a predominância do gênero feminino, destacando-se ainda que a grande maioria possui mais de 20 anos de formação, além de pós-graduação do tipo lato-sensu, e a experiência destes na ESF foi igual ou superior a 12 anos.

Outro ponto identificado nesse estudo foram as dificuldades dos profissionais da ESF em relação a assistência à criança pré-termo, dentre elas, destacaram-se a falta de capacitação e conhecimento na área, além da falta de protocolo, de infraestrutura, dificuldades mencionadas pelos profissionais durante as entrevistas.

Espera-se que este estudo possa colaborar na superação das dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde, levando-os a adotarem uma postura crítica e reflexiva, na tentativa de alcançar uma melhor assistência à criança prematura, visto que essa população de risco necessita de equipes capacitadas e habilitadas para assisti-los de forma eficaz e efetiva com ações que promovam um adequado acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

Conclui-se que é possível melhorar o conhecimento dos profissionais da ESF sobre a assistência à criança prematura na atenção básica através de cursos, treinamentos e capacitações. Contudo é necessário que os gestores repensem a assistência prestada aos RNPTs na Atenção Básica devido aos significativos índices de prematuridade na Capital. É necessário investimento na formação, em especial, no treinamento do Método Canguru na Atenção Básica, visto que já existe uma norma do Ministério da Saúde para o seguimento desses bebês na AB. Com isso foi desenvolvido um vídeo direcionado a nortear os pais para a continuidade dos cuidados dos recém-nascidos pré-termo no domicílio e seguimento na AB.

Contudo, é necessário destacar as limitações apresentadas no presente estudo, uma vez que ocorrem algumas perdas que refletem a insegurança dos profissionais da ESF ao realizarem esse tipo de assistência, por essa razão, o instrumento de pesquisa dificultou as respostas dos profissionais, pois a sua aplicação ocorreu no horário de trabalho acarretando em ansiedade, e possível omissão das informações pela pressa de retornar à atividade laboral, além da própria falta de tempo apontada pelos profissionais para participar da pesquisa.

4.2 Produto: Vídeo educativo contendo informações e orientações para mães de recém-nascido pré-termo sobre os cuidados no domicílio e seguimento na ESF.



APÓS A ALTA DA MATERNIDADE O RECÉM-NASCIDO PRECISARÁ RECEBER:



NA 1ª SEMANA (3 ATENDIMENTOS):

- NA MATERNIDADE;
- UMA VISITA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA;
- NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS).

Dra. Amanda

0:39 / 5:02

CREATED USING Powtoon

APÓS A ALTA DA MATERNIDADE O RECÉM-NASCIDO PRECISARÁ RECEBER:



NA 2ª SEMANA (2 ATENDIMENTOS):

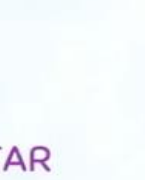
- NA MATERNIDADE;
- UMA CONSULTA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS)
- OU UMA VISITA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA .

Dra. Amanda

0:54 / 5:02

CREATED USING Powtoon

APÓS A ALTA DA MATERNIDADE O RECÉM-NASCIDO PRECISARÁ RECEBER:



NA 3ª SEMANA -

1 ATENDIMENTO, ALTERNANDO COM A MATERNIDADE E A UBS ATÉ ELE COMPLETAR 2500G.

- APÓS ISSO ELE SERÁ ACOMPANHADO PELAS EQUIPES DA ESF E POR PROGRAMAS DE ACOMPANHAMENTO ESPECIALIZADO.

Dra.

CREATED USING Powtoon

VOCÊ SABE QUAIS OS TESTES QUE SEU BEBÊ TEM QUE FAZER?

TESTE DO PEZINHO:

- REALIZAR COM 48H A 1 MÊS DE VIDA;
- SERVE PARA DETECTA DOENÇAS COMO A FENILCETONÚRIA, HIPOTIREOIDISMO, ANEMIA FALCIFORME E TRATÁ-LAS O MAIS RÁPIDO POSSÍVEL.



Enfa.
Rose



CREATED USING
PowToon

1:28 / 5:02

VOCÊ SABE QUAIS OS TESTES QUE SEU BEBÊ TEM QUE FAZER?

TESTE DA ORELHINHA:

- REALIZAR COM ATÉ NO MÁXIMO 3 MÊS DE VIDA, DE PREFERÊNCIA AINDA NA MATERNIDADE, É INDOLOR;
- SERVE PARA DETECTA PROBLEMAS NA AUDIÇÃO E TRATÁ-LOS O MAIS RÁPIDO POSSÍVEL.



Enfa.
Rose



CREATED USING
PowToon

1:44 / 5:02

VOCÊ SABE QUAIS OS TESTES QUE SEU BEBÊ TEM QUE FAZER?

TESTE DO CORAÇÃOZINHO -

- INDICADO PARA BEBÊ QUE TENHA NASCIDO ACIMA DE 34 SEMANAS;
- REALIZAR ENTRE 24H A 48H DE VIDA, É INDOLOR;
- SERVE PARA DETECTAR ALTERAÇÕES CARDÍACAS E TRATÁ-LAS O MAIS RÁPIDO POSSÍVEL.



Enfa.
Rose



CREATED USING
PowToon

1:59 / 5:02

ATENÇÃO!

Todo recém nascido prematuro (< 36 semanas e/ou < 2.500g) deve receber:

- Suplementação com polivitamínico que contenha vitamina D (400UI) a partir de 7 dias de vida;
- E também suplementação com sulfato ferroso a partir de 30 dias de vida, em dose que varia de acordo com o peso de nascimento (2-4 mg/Kg/dia).



CREATED USING
PowToon

2:21 / 5:02



SOBRE AS VACINAS

1 Ele deve receber todas as vacinas do calendário, com algumas observações.

2 A VACINA BCG SÓ COM 2 KG

3 Tomar a tríplice bacteriana acelular na primeira dose se o RN for pré-termo extremo (< 1.000 g ou ≤ 31 semanas)

CREATED USING
PowToon

2:30 / 5:02



SOBRE AS VACINAS - cont.

Tomar Palivizumabe:

- Se ele tiver nascido < 28 semanas,
- Portador de problemas cardíacos ou com broncodisplasia.
- Tomar entre fev. a junho, 1x ao mês, nos 2 primeiros anos de vida.
- Protege contra o vírus Sincicial.

Não dar antitérmico antes de tomar a vacina, só após, com prescrição médica e se ele sentir alguma coisa.

CREATED USING
PowToon

2:57 / 5:02

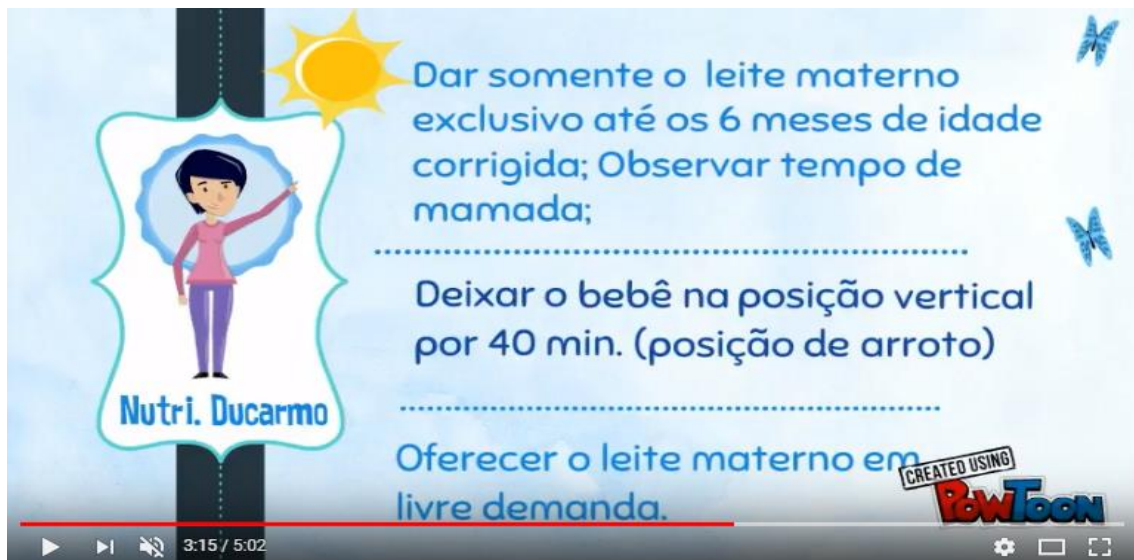


Nutri. Ducarmo

VAMOS FALAR SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO!

CREATED USING **PowToon**

3:03 / 5:02



Nutri. Ducarmo

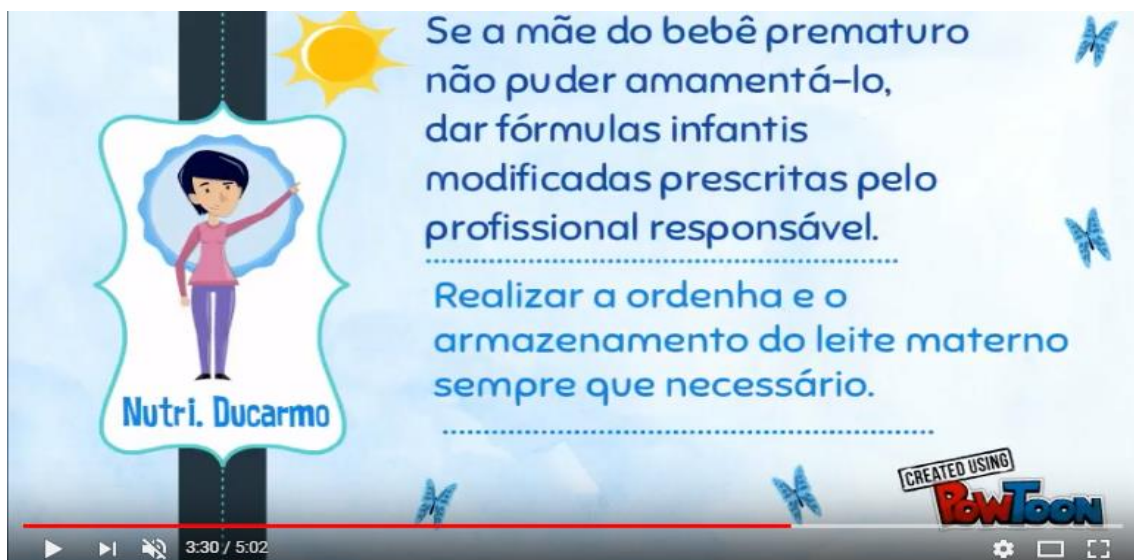
Dar somente o leite materno exclusivo até os 6 meses de idade corrigida; Observar tempo de mamada;

Deixar o bebê na posição vertical por 40 min. (posição de arrote)

Oferecer o leite materno em livre demanda.

CREATED USING **PowToon**

3:15 / 5:02



Nutri. Ducarmo

Se a mãe do bebê prematuro não puder amamentá-lo, dar fórmulas infantis modificadas prescritas pelo profissional responsável.

Realizar a ordenha e o armazenamento do leite materno sempre que necessário.

CREATED USING **PowToon**

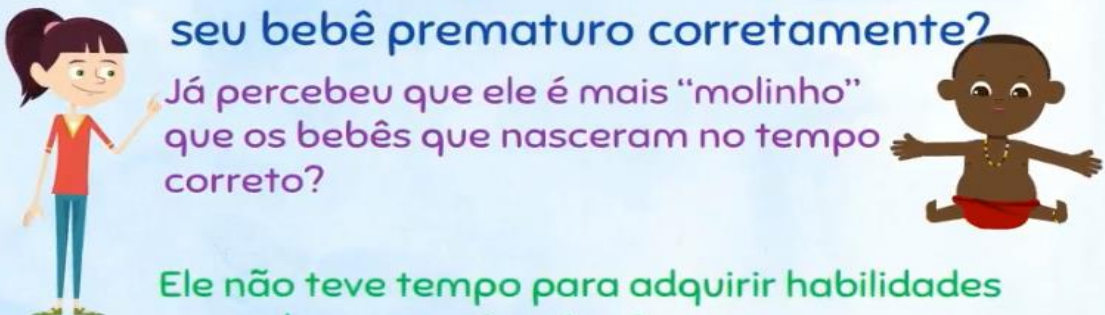
3:30 / 5:02

Você sabe a importância de posicionar o seu bebê prematuro corretamente?

Já percebeu que ele é mais “molinho” que os bebês que nasceram no tempo correto?

Ele não teve tempo para adquirir habilidades musculares e posturais e isso provoca um “atraso do desenvolvimento”

Fisio.: Laysa



3:04

3:43 / 5:02

CREATED USING PowToon

Você sabe a importância de posicionar o seu bebê prematuro corretamente?

Existe 2 formas de deixar o bebê bem posicionado e contribuir para o desenvolvimento do cérebro.

POSICIONAMENTO TERAPÊUTICO NO LEITO (dentro do rolinho)

POSIÇÃO CANGURU (que proporciona aquecimento e vínculo, estimulação do equilíbrio, coordenação motora)



3:59 / 5:02

CREATED USING PowToon

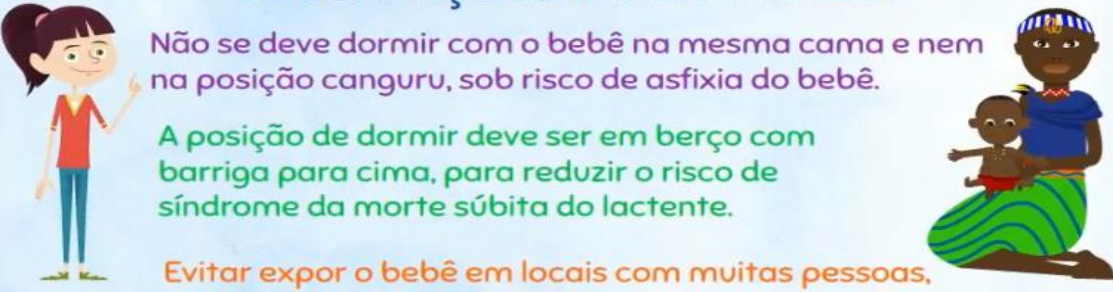
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES!

Não se deve dormir com o bebê na mesma cama e nem na posição canguru, sob risco de asfixia do bebê.

A posição de dormir deve ser em berço com barriga para cima, para reduzir o risco de síndrome da morte súbita do lactente.

Evitar expor o bebê em locais com muitas pessoas, pessoas com quadros virais e sempre ser manuseado após adequada higiene das mãos.

Fisio.: Laysa



4:15 / 5:02

CREATED USING PowToon



VC SABE A IMPORTÂNCIA DO AFETO ADEQUADO E O APEGO SEGURO PARA O BEBÊ PREMATURO?

Em casa é muito importante que este bebê continue a receber toda a atenção e afeto, agora também dos demais familiares;



Psicóloga
Lydia

CREATED USING
PowerToon

4:29 / 5:02



VC SABE A IMPORTÂNCIA DO AFETO ADEQUADO E O APEGO SEGURO PARA O BEBÊ PREMATURO?

A CADA CUIDADO COM O BEBÊ É IMPORTANTE:

- O diálogo, a emoção através da fala, da música, dos gestos.
- Isso proporciona o AFETO ADEQUADO e o APEGO SEGURO, contribuindo para o desenvolvimento da linguagem e comunicação do bebê.



Psicóloga
Lydia

CREATED USING
PowerToon

4:40 / 5:02



Seja feliz com seu bebê...e se precisar estamos aqui para lhe ajudar!

CREATED USING
PowerToon

4:49 / 5:02



Link: <https://youtu.be/r46jglmy4ty>

REFERÊNCIAS

- AIRES, L. C. P. **Percepção dos profissionais de saúde da atenção básica sobre o seguimento do bebê pré-termo e/ou baixo peso e à sua família**: interfaces com a terceira etapa do Método Canguru. 2015. 183 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina (SC).
- AIRES, L.C.P et al. Seguimento do bebê na atenção básica: interface com a terceira etapa do método canguru. **Revista Gaúcha Enfermagem**. v.36, n spe, p. 224-232, 2015.
- ALMEIDA, A. C. et al. Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz–MA. **Revista Gaúcha Enfermagem**. v. 33, n. 02, p. 86-94, 2012.
- AGOSTINO, D.A.J; HOFFMAN. C.; PHALEN, A. Provider Use of Corrected Age During Health Supervision Visits for Premature Infants. **Journal of Pediatric Health Care**. v.27 n. 3, p. 172-179, 2011.
- ARANGO, H. G. **Bioestatística teórica e computacional**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 438, 2009.
- ARANTES, C. I. S; MONTRONE, A.V. G; MILIONI, D. B. Concepções e conhecimento sobre amamentação de profissionais da atenção básica à saúde. **Rev Eletr Enferm**. v. 10, n.4, p.933-944,2008.
- BARBOSA, G.C.; MENEGUIM, S.; LIMA, S.A.M.; MORENO, V. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 66, n. 01. p. 123, 2013.
- BEZERRA, S. M. G. **Prevalência de úlceras por pressão em pacientes acamados e cuidados dispensados no domicílio**. 106 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Universidade Federal do Piauí (PI). 2010.
- BRAMBILA, I. L. M et al. O cuidado domiciliar ao recém-nascido de risco no primeiro ano de vida: experiência dos pais. **Revista Diálogos & Saberes**. v. 11, n. 1, p 73-92, 2015.
- BORCK, M; SANTOS, E.K.A. Terceira etapa Método Canguru: convergência de práticas investigativas e cuidado com famílias em atendimento ambulatorial. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.31, n. 4, p.761-8, 2010.
- 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 matern. infan**, v. 11, n. 3, p. 239-247, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma de Orientação para a implantação do Método Canguru**. Portaria nº 693/GM. 5 de julho de 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Norma de Orientação para a implantação do Método Canguru**. Portaria nº 1.683/GM. 12 de julho de 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde Brasília**: Ministério da Saúde, 2011a.4 v.

_____. 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, 2011b

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. 2. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão de ética e Pesquisa (CONEP). **Resolução nº 466/2012, sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília DF, 2012b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 10 ago 2015.

_____. 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** 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Teto, credenciamento e implantação da Estratégia Saúde da Família**. Dezembro, 2015b. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php> Acesso em 20 de abril de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. DATASUS. **Informações de Saúde. Estatísticas Vitais - Mortalidade e Nascidos Vivos**, 2015c. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 10 de outubro 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília, 2011.

COSTA, S. M. et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. v. 8, n. 27, p. 90-96, 2013.

COSTA, G. D. et al. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeira, Minas Gerais (MG, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3229-3240, 2011.

COSTA, R. et al. Interdisciplinaridade na atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso em um centro de referência nacional do método canguru. **Rev. Holos**, v. 31, n. 3, p.404, 2015.

DIAS, H. S.; LIMA, L.D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 18, n. 06, p. 1613-1624, 2012.

EQUIPE ESTATCAMP. Software Action. Estatcamp - Consultoria em estatística e qualidade. São Paulo;2017.

FEITOSA, M. R. et al. Primary Health Care Follow-Up Visits: Investigation Of Care Continuity Of Preterm Newborns From A Kangaroo-Mother Care Unit. **International Archives of Medicine**, v. 10, n.32, 2017.

FISCHER, A.; GUIMARÃES, E. C.; MELO, E. C. P. A influência de fatores sócio-demográficos na prematuridade. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**. v. p:73-78,2010.

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DO PIAUÍ (FMS). Portal da Saúde. **Unidades Básicas de Saúde**. Disponível em: <<http://fms.teresina.pi.gov.br/unidades-basicas-de-saude>>. Acesso em: 10 jan 2016

GONTIJO, L. T; XAVIER, C. C; FREITAS, M. I. F. Avaliação da Implantação do Método Canguru por gestores, profissionais e mães de recém-nascidos. **Caderno de Saúde Pública**, v. 5, n. 28, p. 935-944, 2012.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Censo Demográfico**, 2014. Disponível em:<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/estimativa_tcu.shtm>. Acesso em: 15 set 2015.

JESUS, S. J. A. O papel da educação em saúde frente às implicações da atenção básica: do Profissional à comunidade. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 2, n. 7, 2015.

KLOSSOSWIKI, D. G, et al. Assistência integral ao recém-nascido prematuro: implicações das práticas e da política pública. **Rev. CEFAC**, v. 18, n. 1, p.137-150, 2016.

MACINKO, J; HARRIS, M. J; ROCHA, M.G. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ). **The Journal of ambulatory care management**, v. 40, n. 2, p. S4–S11, 2017.

MADI, J. M et al. Avaliação dos fatores associados à ocorrência de prematuridade em um hospital terciário de ensino. **Rev amrigs**, v. 2, n. 56, p: 111-118, 2012.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MATOS, I. B; TOASSI, R. F. C, OLIVEIRA, M. C. Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações. **Athenea digital: revista de pensamento y investigación social**, v.13, n.2, p. 239-244, 2013.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 29 ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MOURA, E. C. C. **Ensino-aprendizagem de enfermagem simulação clínica: desenvolvendo competência profissional para prevenção de úlceras por pressão**. 299 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2013

NEVES, P. N.; RAVELLI, A. P. X.; LEMOS, J. R. D. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso: percepções de puérperas. **Revista Gaúcha Enfermagem**. v.31, n. 1, p. 48-54, 2010.

PAIM, J. et al. O Sistema de Saúde Brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778- 1797, 2011.

DE PAULA JÚNIOR, J. D. et al. Perfil da mortalidade neonatal no município de Ubá/MG. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**. v. 18, n. 3, p. 24-31, 2016.

PINTO, E. S. G; MENEZES, R. M. P; VILLA, T. C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 3, p. 657-64, 2010.

PRITCHARD, M. A.; COLDITZ, P. B.; CARTWRIGHT, D.; GRAY, P. H.; TUDEHOPE, D.; BELLER, E. Risk determinants in early intervention use during the first postnatal year in children born very preterm. **BMC Pediatrics**. v. 13, n.1, p. 201, 2013.

PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde Materna e Neonatal: Ciclo 6. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2015. p. 9-28. (Sistema de Educação Continuada a Distância; v. 4.

ROCHA, S. S; DANTAS, A. L. B; LINO, F. S. **Método Canguru e alojamento conjunto: construindo um cuidado integral**. In: Associação Brasileira de Enfermagem, Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras. 2015.

RODRIGUES, T. M. M. **A visita domiciliar como instrumento do cuidado na Estratégia Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Universidade Federal do Piauí (PI). 106f. 2010.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ (SESAPI). Portal da Saúde. **Maternidade Evangelina Rosa**. Disponível em: <<http://www.saude.pi.gov.br/paginas/33-maternidade-evangelina-rosa>>. s/a. Acesso em: 10 jan 2016.

SILVA, E. F. **Condições de Nascimento do recém-nascido pré-termo tardios**. 56 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul (RS), 2014.

SANTOS, J. C.; FLORENCIO, R. S.; OLIVEIRA, C. J.; MOREIRA, T. M. M. Adesão do idoso para hipertensão arterial e intervenções de enfermagem. **Revista da rede de enfermagem do Nordeste**. v.13, n.2, p.343-353, 2012.

SILVA, N. C.; ANDRADE, C. S. Agente comunitário de saúde: questões ambientais e promoção da saúde em comunidades ribeirinhas. **Trab. educ. e saúde**. v.11, n.1, p.113-128, 2013.

SILVEIRA, M. F. et al. Prevalência de nascimentos pré-termo por peso ao nascer: revisão sistemática. **Rev Saúde Pública**, v. 47, n. 5, p. 992-1000, 2013.

SILVESTRE, P.K. et al. Conhecimentos e práticas de profissionais de saúde sobre aleitamento materno em serviços públicos de saúde. **Rev Lat-am Enfermagem**, v. 17, n. 6, p.953-960, 2009.

SOUZA, L. P; LIMA, M. G. Educação continuada em unidade de terapia intensiva: revisão da literatura. **J. Health Biol Sci**, v. 3, n. 1, p. 39-45, 2015.

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M.L.M. Habilidades e competência entre trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.16, n.40, 2012.

VIANA, D. M. et. al. A educação permanente em saúde na perspectiva do enfermeiro na estratégia de saúde da família. **R. Enferm. Cent. O. Min**, v. 5, n. 2, p. 1658-1668, 2015.

VETTORE, M. V. et al. Avaliação da qualidade da atenção pré-natal dentre gestantes com e sem história de prematuridade no Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. v. 2, n. 13 p: 89-100, 2013.

VERÁS, M. R.; YEPÉZ. M. A. T. A maternidade na política de humanização dos cuidados ao bebê prematuro e/ou de baixo peso – Programa Canguru. **Estudos Feministas**. vol. 1, n 18, p: 288, 2010.

VIEIRA, V. C. L. et al. Puericultura na Atenção Primária à saúde: atuação do enfermeiro. **Revista Cogitare Enfermagem**. v.17, n.1, p.119-125, 2012.

VIEIRA, C S. et al. Vivência discente e docente na continuidade do cuidado à criança de risco: relato de experiência. **Rev. Enf. Cent. O. Min.** v. 3, n.4, p. 1393-1399, 2014.

VASCONCELOS, V. M. et al. Puericultura em enfermagem e educação em saúde: percepção de mães na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p.326-31, 2012.

ZANI, A. V; TONETE, V. L. P; PARADA, C. G. L. Cuidados a recém-nascido de baixo peso por equipes de Saúde da Família: Revisão Integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE online**.v.8, n.5, p.1347-53.2014.

ZOBOLI, E.C.P.; SOARES, F.A.C. Capacitação em bioética para profissionais da Saúde da Família do município de Santo André, SP. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n.5, p. 1248-1253, 2012.

APÊNDICE

APÊNDICE A – FORMULÁRIO

Teresina/PI, _____ de _____ de 2107. Horário de início da entrevista: _____ Horário de término da entrevista: _____ Código do participante: _____
1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA Idade: _____ (anos completos) Gênero: () masculino () feminino Formação profissional: _____ Ano de conclusão: _____ Possui Pós-graduação? () não () sim Em caso afirmativo, qual tipo? () especialização () mestrado () doutorado Especifique: _____ Tempo de experiência na ESF: _____ (anos completos) Forma de ingresso neste emprego através de: () concurso público () seleção publica () Substituto () outro _____ Você sabe o que é o Método Canguru? a) () SIM b) () NÃO E o Método Canguru na Atenção Básica? a) () SIM b) () NÃO Você recebeu curso de capacitação e atualização na área de assistência ao recém-nascido pré-termo? () sim () não Em caso afirmativo, especifique qual _____ Data da última capacitação: ____/____/____

A-QUESTÕES GERAIS

1- A Fundação Municipal de Saúde ou a equipe da Estratégia da Saúde da Família dispõe de um protocolo de atendimento para o recém-nascido pré-termo diferenciado?

a) ☐ SIM b) ☐ NÃO c) ☐ AS VEZES d) ☐ Não sabe e) ☐ Outro__

2- A Fundação Municipal de Saúde encaminha os nomes das crianças pré-termo de sua área de ESF egressas da MDER após a alta para acompanhamento?

a) SIM ☐ b) ☐ NÃO c) ☐ NÃO SABE d) ☐ OUTRO

3- Quando você realiza a primeira visita domiciliar do RN pré-termo após a alta da MDER?

- a) ☐ Na 1ª semana pós-alta
- b) ☐ Segunda semana pós-alta
- c) ☐ Com 15 dias após a alta
- d) ☐ Com 30 dias após a alta
- e) ☐ Não sabe
- f) ☐ Outro_____

4- No que se refere ao atendimento do RN pré-termo, você realiza avaliação do risco do bebê?

a) SIM ☐ b) ☐ NÃO c) ☐ NÃO SABE d) ☐ OUTRO

5- Se SIM, de que forma você avalia esse risco?

- a) Pela análise apenas da Caderneta de Saúde da Criança e do Cartão da Gestante;
- b) Pela análise da Caderneta de Saúde da Criança, do Cartão da Gestante e da história neonatal;
- c) Pelas informações da mãe sobre a internação hospitalar do RNPT;
- d) Não sabe
- e) Outro_____
- f) Não faz

6- Você avalia os indicadores de risco social para esse bebê pré-termo?

a) SIM ☐ b) ☐ NÃO c) ☐ NÃO SABE d) ☐ OUTRO

2. QUESTÕES REFERENTES AO CONHECIMENTO E A ASSISTÊNCIA PRESTADA PELOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA À CRIANÇAS PRÉ-TERMO E AS DIFICULDADES ENCONTRADAS POR ESTES PROFISSIONAIS.

B-VACINAÇÃO
1- No que se refere à vacinação do RNPT você segue o mesmo calendário para o RN termo? a) () SIM b) () NÃO c) () AS VEZES d) () Não sabe e) () Outro__
2- Existe um calendário de vacinação próprio do RN pré-termo? a) () SIM b) () NÃO c) () AS VEZES d) () Não sabe e) () Outro__
3-Você orienta a mãe a usar antitérmico profilático da febre na administração de vacina? a) () SIM b) () NÃO c) () AS VEZES d) () Não sabe e) () Outro__
4- Com qual peso você recomenda a administração da vacina BCG no RN pré-termo e/ou de baixo peso? a) () Ao nascer b) () Com 1.500g c) () Com 2.000g d) () Não deve ser feita e) () Não sabe f) () Outro _____
5- Quais os RNPT que devem fazer uso da Palivizumabe? a) () Todos os RNPT; b) () RNPT com IG < 28 semanas , portador de cardiopatia congênita ou com broncodisplasia; c) () RNPT com IG > 28 semanas com maior risco de contrair infecção pelo vírus H1N1 ; d) () Não é recomendado para os RNPT. e) () NÃO SABE f) () OUTRO _____
6- A vacina tríplice bacteriana acelular (DTPa) é recomendada na primeira dose para quais RNPT? a) -() RNspre- termo extremo (< 1.000 g ou ≤ 31 semanas); b) () RNspre- termo (> 1.000 g ou > 31 semanas); c) () RNspre- termo extremo (< 1.000 g ou > 31 semanas); d) () RNspre- termo (> 2.500g); e) () Não sabe f) () Outro _____

C-NUTRIÇÃO NA INFANCIA

1 – Qual o alimento recomendado para a criança pré-termo após o nascimento:

- a) ☐ Leite materno
- b) ☐ Fórmulas especiais para prematuros
- c) ☐ Não sabe
- d) ☐ Outro: _____

2 - Até que idade a criança deve ser amamentada de forma exclusiva?

- a) ☐ Até 6 meses de idade cronológica
- b) ☐ Até 6 meses de idade corrigida
- c) ☐ Não sabe
- d) ☐ Outro

3- E na impossibilidade da mãe do RNPT amamentá-lo, o que você orienta dar?

- a) ☐ Leite de vaca; b) ☐ Leite de cabra; c) ☐ Fórmulas infantis modificadas;
- d) ☐ Leite de soja. e) ☐ Não sabe f) ☐ Outro _____

4 - Com que idade se deve iniciar a alimentação complementar com a criança pré-termo?

- a) ☐ a partir dos 6 meses de idade cronológica
- b) ☐ a partir dos 6 meses de idade corrigida
- c) ☐ Não sabe; d) ☐ OUTRO _____

5- Quais os dois aspectos importantes de se observar antes da introdução da alimentação complementar para o RNPT?

- a) ☐ Idade corrigida e “sinais de prontidão” (redução do reflexo de protusão da língua, bom controle da cabeça e capacidade de se manter sentado com apoio) ;
- b) ☐ Idade corrigida e peso;
- c) ☐ Apenas a idade corrigida;
- d) ☐ Idade cronológica e “sinais de prontidão” (redução do reflexo de protusão da língua, bom controle da cabeça e capacidade de se manter sentado com apoio)
- e) ☐ Não sabe;
- f) ☐ Outro. _____

6- Você prescreve suplementação (Vitamina A e ferro) de rotina para o RNPT?

- a) ☐ SIM b) ☐ NÃO c) ☐ AS VEZES d) ☐ Não sabe e) ☐ Outro _____

7- A suplementação de Ferro para o RNPT você realiza a partir de qual idade e até no máximo quanto tempo?

- a) ☐ De 1 mês até 4 anos;

SAÚDE BUCAL	
b) () De 2 meses a 6 meses	
1- Quando você orienta a realização da primeira consulta do RNPT ao dentista?	
a) (d)) Quando todos os dentes de leite já tiverem nascidos;	
b) (e)) Quando o início da erupção dentária;	
c) (f)) Quando estiver nascendo os dentes definitivos;	
d) () Quando todos os dentes definitivos estiverem nascidos.	
e) () Não sabe	
f) () Outro _____	
2- Qual é o trinômio de suas orientações para prevenir a cárie?	
a) () apenas educação familiar;	
b) () Higiene + educação alimentar + dieta restritiva;	
c) () apenas a higiene;	
d) () Higiene + dieta+ educação familiar.	
e) () Não sabe	
f) () Outro _____	

E-CRESCIMENTO	
1- Na sua consulta do RNPT para avaliar crescimento e desenvolvimento você realiza a idade corrigida (IC) ou pós concepcional para a prematuridade?	
a) () SIM b) () NÃO c) () AS VEZES d) () Não sabe e) () Outro__	
2- Quais bebês você utiliza a idade corrigida para a prematuridade?	
a) () RNPTs com IG > 34 semanas; b) () RNPTs com IG < 36 semanas;	
c) () RNPTs com IG > 37 semanas; d) () RNPTs com IG < 34 semanas;	
e) () Não sabe; f) () Outro _____	
3- Como você calcula a idade corrigida (IC) para o prematuro?	
a) () IC= Idade cronológica (dias ou semanas) – (30 – IG em semanas);	
b) () IC= Idade gestacional (dias ou semanas) – (40 – IG em semanas);	
c) () IC= Idade cronológica (dias ou semanas) – (35 – IG em semanas);	
d) () IC= Idade cronológica (dias ou semanas) – (40 – IG em semanas);	
e) () Não sabe	

f) () Outro _____

4- Até qual idade você utiliza a idade corrigida para a prematuridade?

- a) Até 2 anos e se IG < 37 semanas até 3 anos;
- b) Até 2 ano e se IG < 28 semanas até 3 anos;
- c) Até 6 meses e se IG > 28 semanas até 3 anos;
- d) Até 2 ano e se IG < 36 semanas até 3 anos.
- e) Não sabe;
- f) Outro _____

5- Quais são os RNPTs que necessita de acompanhamento especial no seu crescimento?

- a) () RNs com muito baixo peso ao nascer (<1500g), RNs pequenos para a idade gestacional (PIG) sem displasia broncopulmonar ;
- b) () RNs com muito baixo peso ao nascer (<1500g), RNs pequenos para a idade gestacional (PIG) ou com displasia broncopulmonar;
- c) () RNs com muito baixo peso ao nascer (<1500g), RNs adequados para a idade gestacional (AIG) ou com displasia broncopulmonar;
- d) () RNs com peso adequado (2500g), RNs pequenos para a idade gestacional (PIG) ou com displasia broncopulmonar.
- e) () Não sabe;
- f) () Outro _____

6- Para acompanhar se o crescimento do RNPT está adequado quantas vezes você mede o PC e a estatura dele?

- a) () Uma vez por mês; b) () duas vezes por mês; c) () Uma vez por semana;
- d) () duas vezes por semana; e) () Não sabe; f) () Outro _____

7- Quais as medidas periódicas que devem fazer parte na sua avaliação do crescimento do RN pré-termo?

- a) Peso, comprimento e perímetro cefálico; b) Peso, comprimento, perímetro cefálico e braquial; c) Peso, perímetro cefálico e torácico; d) Peso, comprimento e perímetro torácico. e) Não sabe; f) Outro _____

8 - Qual o ganho de peso semanal, mínimo diário, desejável para o recém-nascido pré-termo?

- a) () 20 a 30g; b) () 15 a 20g; c) () 5 a 20g; d) () 10 a 15g; e) () Não sabe ; f) () Outro _____

9- O *catch-up* é a fase do crescimento acelerado ou recuperação do crescimento do RNPT, desta forma com quantas semanas de idade corrigida ele, inicialmente, acontece?

- a) Acontece entre 36 e 40 semanas de idade corrigida;
- b) Acontece entre 33 e 39 semanas de idade corrigida;
- c) Acontece entre 38 e 41 semanas de idade corrigida;
- d) Acontece entre 37 e 40 semanas de idade corrigida.
- e) Não sabe;

f) Outro _____

10- Até que idade o RNPT deve alcançar o *catch-up*?

- a) Até 5 anos; b) Até 2 anos; c) Até 1 ano; d) Até os 3 anos; e) Não sabe;

f) Outro _____

11- Qual (is) a (s) medida (s) confiável (is) e prática para a avaliação nutricional que deve ser realizada nos RNPTs?

- a) () Perímetro cefálico; b) () Perímetro braquial; c) () Peso; d) () Compriment
- e) () Não sabe; f) () Outro _____

12- Qual a curva recomendada para a avaliação nutricional, do crescimento e desenvolvimento do RNPT?

- a) () Curva Fenton na caderneta da criança;
- b) () Curva da ONU com idade corrigida na caderneta da criança;
- c) () Curva da OMS com idade corrigida na caderneta da criança;
- d) () Curva do Prematuro na caderneta da criança.
- e) () Não sabe;

f) () Outro _____

F-VISÃO

1-Você sabe o que é o Teste do Reflexo Vermelho (TRV)?

- a) () SIM b) () NÃO c) () AS VEZES d) () Não sabe e) () Outro__

2-Você realiza o Teste do Reflexo Vermelho (TRV) durante sua consulta do RN pré-termo?

- a) () SIM b) () NÃO c) () AS VEZES d) () Não sabe e) () Outro__

3- Se SIM, qual a idade para realizá-lo?

- a) () Com 1 mês de vida; b) () ao nascer; c) () Com 6 meses de vida;

d) () Com 1 ano de vida; e) () Não sabe; f) () Outro
4- Por que é necessária a identificação precoce da Catarata no Recém-nascido?
a) () Porque o melhor período para a cirurgia de Catarata é até os 8 meses de idade;
b) () Porque o melhor período para a cirurgia de Catarata é até os 6 meses de idade;
c) () Porque o melhor período para a cirurgia de Catarata é até os 3 meses de idade;
d) () Porque o melhor período para a cirurgia de Catarata é até o 1 mês de idade.
e) () Não sabe;
f) () Outro _____
5- Com quais idades, respectivamente, o TRV deve ser repetido no RNPT?
a) () Com 4 meses, 8 meses e 18 meses;
b) () Com 12 meses, 6 meses e 2 meses;
c) () Com 5 meses, 7 meses e 12 meses;
d) () Com 2 meses, 6 meses e 12 meses;
e) () Não sabe;
f) () Outro _____

3- Até qual idade o MS recomenda que deverá ser fechado o diagnóstico funcional da deficiência auditiva?
a) () 1 mês de vida; b) () 2 meses de vida; c) () 3 meses de vida; d) () 4 meses de vida; e) () Não sabe; f) () Outro

H-LINGUAGEM
1-Durante o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do RN pré-termo você avalia o desenvolvimento da linguagem?
G-AUDICÃO
1-Na sua consulta, você realiza a avaliação da acuidade auditiva do RN pré-termo?
a) () SIM b) () NÃO c) () AS VEZES d) () Não sabe e) () Outro _____
2- Se SIM, de que forma você avalia o desenvolvimento da linguagem nesses bebês?
2- Se o RN for de risco, quais as idades, respectivamente, para se repete o exame da Triagem Auditiva Neonatal (TAN)?
a) () Com 6 meses, 24 meses e até o surgimento da linguagem;
b) () Com 3 meses, 12 meses e até o surgimento da linguagem ;

- c) () Com 12 meses, 24 meses e até o surgimento da linguagem;
d) () Com 18 meses, 24 meses e até o surgimento da linguagem
e) () Não sabe;
f) () Outro _____

3-QUAIS AS DIFICULDADES ENFRENTADAS PARA O ATENDIMENTO E ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA PRÉ-TERMO NA ATENÇÃO BÁSICA?

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a), você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário da pesquisa **CONHECIMENTO E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A ASSISTÊNCIA À CRIANÇA PRÉ-TERMO**, desenvolvida por **Rosimeire Muniz de Araújo**, discente do curso de Mestrado profissional em saúde da família pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI, sob orientação da Professora **Carmen Viana Ramos**. Ressaltamos que sua participação é fundamental para a realização dessa pesquisa, pois é através dela que se conseguem informações necessárias no sentido de atender aos objetivos desse estudo. Portanto, sua participação é muito importante, pois o senhor(a) é médico e/ou enfermeiro equipes das ESF que possuem crianças pré-termo residindo na área de atuação que tenham nascido na maternidade Dona Evangelina Rosa (MDER).

O Senhor (a) precisa decidir se quer participar ou não como participante da pesquisa. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. De acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, participante de pesquisa é o (a) participante pesquisado (a), individual ou coletivamente, de caráter voluntário, vedada qualquer forma de remuneração.

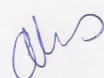
Trata-se de uma pesquisa de campo descritiva e exploratória com abordagem quantitativa, cujo objetivo é investigar o conhecimento e práticas dos profissionais da estratégia saúde da família sobre a assistência à criança pré-termo. Será adotada como procedimento de coleta de dados, a aplicação de um questionário semi-estruturado para a realização da entrevista.

Esse trabalho se justifica pela importância de se investigar qual o conhecimento e práticas dos profissionais da estratégia saúde da família sobre a assistência à criança pré-termo, além de identificar as dificuldades e facilidades que esses profissionais de saúde possam ter nessa assistência ao pré-termo, para que com isso se torne possível a promoção de ações e criação de produto que facilitem a melhoria e efetividade dessa assistência, por esses profissionais, à criança pré-termo. Esse estudo traz como benefícios, mesmo que em longo prazo, a elaboração de um manual de condutas de bolso destinado aos profissionais da Estratégia Saúde da Família, que prestam assistência às crianças pré-termo de acordo as condutas definidas pelo MS, com o intuito de melhorar essa assistência.

É importante destacar, que essa pesquisa poderá ocasionar risco como constrangimento para o senhor (a) em virtude das perguntas que serão realizadas, na tentativa de minimizar esta situação, as entrevistas serão realizadas em local e horário adequado para o senhor (a), e em local privativo para não expô-lo no momento da entrevista. Ressalta-se que se você vier a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não no termo de consentimento, além do direito à assistência integral, têm direito à indenização, conforme itens III.2.0, IV.4.c, V.3, V.5 e V.6 da Resolução CNS 466/12.

Serão esclarecidos os objetivos e os benefícios da pesquisa para você. Será assegurado o anonimato e sigilo das suas informações, toda e qualquer informação individual será mantida em segredo, sendo divulgada apenas em publicações acadêmicas e científicas. Os dados serão organizados e analisados em programas estatísticos. Apenas o pesquisador responsável e o pesquisador participante terão acesso a esses dados. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/UNINOVAFAPÍ.

Além disso, será garantido o respeito à privacidade e liberdade de participar ou não da pesquisa no momento que desejar sem sofrer nenhuma penalidade. Em qualquer etapa da pesquisa, você terá acesso aos pesquisadores responsáveis pela presente pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.



Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do UNINOVAFAPÍ, no endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 – Uruguai, CEP: 64073-505 - Teresina – Piauí, Tel - (086) 2106-0738, e-mail: cep@uninovafapi.edu.br. O Comitê de Ética em Pesquisa é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade. Após ser esclarecido (a) sobre a pesquisa, no caso de decidir participar da mesma, assine duas vias deste documento, sendo uma sua e a outra da pesquisadora responsável.

Carmen Viana Ramos

Profa. Dra. Carmen Viana Ramos (Pesquisadora responsável)

RG: 721629-SSP/PI /CPF: 386.902.843 – 20

Rosimeire Muniz de Araújo

Rosimeire Muniz de Araújo (Pesquisador participante)

RG: 1300.395-SSP/PI/CPF: 736567553-53

Contato com a pesquisadora responsável: Carmen Viana Ramos, endereço: UNINOVAFAPÍ, Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 – Uruguai, CEP: 64073-505 - Teresina – Piauí -Tel: (86) 9986 5410 - e-mail: cvramos@uninovafapi.edu.br

Teresina, ____ de ____ de 2016.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome legível do participante: _____

RG: _____ CPF: _____

APÊNDICE C- DECLARAÇÃO DOS PESQUISADORES



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP /UNINOVAFAPI

APÊNDICE C – DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

Teresina, 18 de julho de 2016.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI

Eu Carmen Viana Ramos, pesquisadora responsável e Rosimeire Muniz de Araújo, pesquisadora participante da pesquisa intitulada **"Conhecimento e práticas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre a assistência à criança pré-termo"** declaro (amos) que:

- Assumimos o compromisso de cumprir os Termos da **Resolução nº 466/12**, do CNS.
- Os materiais e os dados obtidos ao final da pesquisa serão arquivados sob a responsabilidade de Rosimeire Muniz de Araújo da área do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI, 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/ UNINOVAFAPI será comunicado da suspensão ou do encerramento da pesquisa por meio de relatório circunstanciado apresentado anualmente ou na ocasião da suspensão ou do encerramento da pesquisa com a devida justificativa;
- O CEP/ UNINOVAFAPI será imediatamente comunicado se ocorrerem efeitos adversos resultantes desta pesquisa com o participante da pesquisa;
- Esta pesquisa ainda não foi realizada.

Carmen Viana Ramos

Profa. Dra. Carmen Viana Ramos

Pesquisadora Responsável

CPF: 386902843-20

Professora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família
Centro Universitário UNINOVAFAPI

Rosimeire Muniz de Araújo

Mestranda Rosimeire Muniz de Araújo

Pesquisador Participante

CPF: 73656755-53

Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família
Centro Universitário UNINOVAFAPI

ANEXOS

ANEXO A -DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE



DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Declaro estar ciente que o Projeto de Pesquisa "**CONHECIMENTO E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A ASSISTÊNCIA À CRIANÇA PRÉ-TERMO**" será avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa do sistema CEP/CONEP e concordar com o parecer ético emitido por este CEP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a **Resolução CNS 466/12**. Esta Instituição está ciente de suas coresponsabilidades como instituição coparticipante do presente Protocolo de Pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança.

Autorizo as pesquisadoras CARMEN VIANA RAMOS e ROSIMEIRE MUNIZ DE ARAÚJO acesso as Unidades Básica de Saúde selecionadas para o estudo, para entrevistar médicos e enfermeiros, utilizando-se da infraestrutura dessa Instituição.

Teresina, 12 de julho de 2016.

Ayla Maria Calixto de Carvalho

Ayla Maria Calixto de Carvalho
Comissão de Ética em Pesquisa da
Fundação Municipal de Saúde

Ayla Maria Calixto de Carvalho
Gerente de Atenção Básica
GEAB/FMS



Rua Governador Artur de Vasconcelos, Nº 3015
Bairro Aeroporto, Teresina - PI | CEP: 64002-530



86 3215 7700 | 86 3215 7701

ANEXO B- CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE FAMILIA SOBRE A ASSISTÊNCIA À CRIANÇA PRÉ-TERMO

Pesquisador: Carmen Viana Ramos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58205616.5.0000.5210

Instituição Proponente: SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR E TECNOLÓGICO DO PIAUÍ LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.677.974

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratório-descritiva, com delineamento transversal e abordagem quantitativa, a ser realizada com os profissionais da Estratégia Saúde da família de Teresina, Piauí. O instrumento para a coleta dos dados será um questionário semiestruturado que visa identificar o perfil dos profissionais de saúde e reportar aos seus conhecimentos e práticas em relação à assistência à crianças pré-termos egressas de uma maternidade pública de alto risco. De posse dos dados, serão realizadas análises estatísticas descritivas para classificação das variáveis.

Objetivo da Pesquisa:

Investigar o conhecimento e práticas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre a assistência à criança pré-termo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os autores descrevem adequadamente os riscos e benefícios (indiretos) relacionados à pesquisa, conforme item V da Res. 466/12 do CNS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa bem formatado, redigido, com metodologia sólida e bem descrita; Pesquisas que visam avaliar a percepção da atuação de profissionais envolvidos em programas de saúde

Theonas Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAPI

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E**



Continuação do Parecer: 1.677.974

pública vinculados a atenção básica tem uma grande importância e relevância, visto o impacto na qualidade de vida dos usuários.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram devidamente descritos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa está elaborado conforme recomendações da Res. 466/12 do CNS, portanto está aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_761050.pdf	29/07/2016 14:25:17		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOOK.pdf	29/07/2016 14:23:14	Rosimeire Muniz de Araújo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	LATTESROSIMEIRE.pdf	29/07/2016 14:14:42	Rosimeire Muniz de Araújo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	LATTESCARMEN.pdf	29/07/2016 14:14:32	Rosimeire Muniz de Araújo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	INSTRUMENTO.pdf	29/07/2016 14:14:20	Rosimeire Muniz de Araújo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaonovo.pdf	29/07/2016 14:14:08	Rosimeire Muniz de Araújo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	cartanova.pdf	29/07/2016 14:13:48	Rosimeire Muniz de Araújo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO.pdf	29/07/2016 14:13:23	Rosimeire Muniz de Araújo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	29/07/2016 14:13:06	Rosimeire Muniz de Araújo	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA.pdf	29/07/2016 14:12:43	Rosimeire Muniz de Araújo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Theonas Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAPI

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

UF: PI

Município: TERESINA

CEP: 64.073-505

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E



Continuação do Parecer: 1.677.974

Não

TERESINA, 12 de Agosto de 2016

Assinado por:
Theonas Gomes Pereira
(Coordenador)

Theonas Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAPÍ

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

*CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

ANEXO C- NORMAS DE SUBMISSÃO DA REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP.

2017-5-17

Rev. esc. enferm. USP - Instruções aos autores



ISSN 0080-6234 versão impressa
ISSN 1980-220x versão on-line

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Orientações Básicas](#)
- [Processo de Avaliação](#)
- [Categorias de Publicações](#)
- [Estratégias de Qualificação dos Manuscritos](#)
- [Estrutura e Preparo dos Manuscritos](#)
- [Modelos de Referências](#)

Orientações Básicas

A REEUSP aceita artigos inéditos e originais, condena o plágio e o autoplágio. Textos que apresentarem semelhanças com outros já publicados serão excluídos do processo de avaliação. Nesses casos a Revista adota as orientações do Committee on Publication Ethics (COPE) (<http://publicationethics.org/>). Ideias já publicadas devem ser creditadas, em conformidade com as normas de referências.

O conteúdo dos artigos deve agregar **conhecimento e representar um avanço** para a prática, o ensino ou a pesquisa em enfermagem e saúde.

Nas pesquisas envolvendo seres humanos é necessário o envio de cópia da aprovação por um Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS ou órgão equivalente no país de origem da pesquisa.

Os manuscritos podem ser submetidos nos idiomas português, inglês e espanhol e destinados exclusivamente à REEUSP, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, parcial ou integralmente.

A REEUSP possui uma versão eletrônica em idioma inglês. Quando o artigo for aprovado para publicação, a tradução deverá ser providenciada de acordo com as orientações da **Revista**, sendo o custo financeiro de responsabilidade dos autores.

O artigo deve ser submetido *online* no sistema *ScholarOne* (<http://mc04.manuscriptcentral.com/reeusp-scielo>), acompanhado de carta à Editora Científica informando os motivos pelos quais a REEUSP foi selecionada para a submissão. Adicionalmente, devem ser destacados os avanços e as contribuições do texto frente às publicações recentes já veiculadas sobre a temática.

Os autores devem colocar o nome por extenso, assinar e enviar a Declaração de Responsabilidade e de Cessão de Direitos Autorais ([modelo anexo](#)).

Custos de publicação

Taxa de Submissão/Publicação

Taxa de submissão: R\$ 100,00 (cem reais)

Taxa de publicação: R\$ 800,00 (oitocentos reais)

As taxas deverão ser pagas através de transferências/depósitos bancários para:

Centro de Apoio à Pesquisa Escola de Enfermagem da USP - CEAP/EE

CNPJ: 13.523.056/0001-72

Banco: Santander (033)

Agência: 0201
Conta: 13.004932-3

Ao submeter o manuscrito no ScholarOne o comprovante da transferência ou do depósito (escaneado) deverá ser anexado em File Upload: Payment Proof.

Após o pagamento preencha os dados no link para emissão de recibo.
ceapee.com.br/enviocomprovante.htm

OBS: A taxa de submissão não será devolvida se o manuscrito não for aceito para publicação.

Processo de Avaliação

Este processo é realizado em diversas fases, envolvendo a Equipe Técnica (ET), a Editora Científica (EC), as Editoras Associadas (EA) e os pareceristas as hoc.

Para o julgamento do mérito do manuscrito é utilizado o instrumento do sistema *ScholarOne*.

OBS: O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento. Os pareceres entre os revisores e autores podem ser abertos, com a anuência dos envolvidos.

- Fase 1: Análise inicial pela Secretaria da REEUSP, quanto ao cumprimento das normas estabelecidas nas **Instruções aos Autores**. Caso o manuscrito não atenda às normas estabelecidas, será devolvido para correção.
- Fase 2: Uma vez adequado às normas da Revista, o manuscrito é direcionado à Editora Científica (EC);
- Fase 3: A EC avalia a qualidade e o interesse do manuscrito para a REEUSP e encaminha à Editora Associada (EA);
- Fase 4: A EA avalia o manuscrito e o encaminha a dois pareceristas;
- Fase 5: Os pareceristas emitem julgamento do mérito no instrumento disponibilizado pelo sistema *ScholarOne*. Havendo discordância nos pareceres, o manuscrito é encaminhado a um terceiro parecerista;
- Fase 6: A EA, tendo por base os pareceres, toma a decisão editorial (aceitar, revisar ou recusar) e envia à EC;
- Fase 7: A EC, tendo por base os pareceres e a decisão da EA, toma a decisão editorial e dá conhecimento aos autores;
- Fase 8: Em caso de aceite, o manuscrito entra no processo de editoração para publicação;
- Fase 9: Revisão de português, o manuscrito é enviado para uma revisora da língua portuguesa;
- Fase 10: Revisão bibliográfica, o bibliotecário faz a leitura do manuscrito para validar as referências, verificando a sequência das citações no texto e a correlação com a lista final. Elabora a padronização das referências no estilo "Vancouver" e dos descritores de acordo com o DeCS e o MeSH Database

Categorias de Publicações

a) Artigo original: resultado de pesquisa primária, com metodologia rigorosa, clara, discussão aprofundada e interface com a literatura

científica nacional e internacional. Limitado a 15 páginas (incluindo resumos, tabelas, figuras e referências).

b) Revisão sistemática com ou sem meta-análise ou metassíntese: análise de estudos primários, quantitativos ou qualitativos, tendo por finalidade a busca de evidências. Limitada a 25 páginas (incluindo resumos, tabelas, figuras e referências).

c) Estudo teórico: análise de teorias ou métodos que sustentam a ciência da enfermagem ou de áreas correlatas que contribuem para o desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem. Limitado a 15 páginas (incluindo resumos, tabelas, figuras e referências).

d) Relato de experiência profissional: estudo de situação de interesse para a atuação de enfermeiros em diferentes áreas, contendo análise de implicações conceituais, descrição de procedimentos com estratégias de intervenção ou evidência metodológica apropriada para a avaliação da eficácia de um procedimento ou estratégia. Limitado a 15 páginas (incluindo resumos, tabelas, figuras e referências).

e) Carta à Editora Científica: destinada a comentários de leitores sobre os trabalhos publicados na Revista, expressando concordância ou discordância sobre o assunto abordado. Limitado a uma página.

Estratégias de Qualificação dos Manuscritos

Relações que podem estabelecer **conflito de interesse**, ou mesmo nos casos em que não ocorra, devem ser esclarecidas.

A REEUSP adota como estratégias de qualificação para a publicação de estudos de pesquisa, tais como as da Organização Mundial da Saúde (OMS), *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) e *Enhancing the Quality and Transparency of Health Research* (EQUATOR network). Tais estratégias constituem recursos que favorecem o potencial de publicação e sua utilização em referências em pesquisas. A seguir, apresentam-se alguns protocolos internacionais validados a serem utilizados conforme o desenho da pesquisa:

Ensaaios clínicos: CONSORT <http://www.consort-statement.org/downloads> e identificação de Registros de Ensaaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e pelo ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE (www.icmje.org). O número de identificação deve constar do final do abstract.

Revisões sistemáticas e meta-análises: PRISMA <http://www.prisma-statement.org/2.1.2%20-%20PRISMA%202009%20Checklist.pdf>. Apresentar, sempre que possível, o método de concordância adotado para a análise dos artigos incluídos, por ex., Kappa.

Estudos observacionais em epidemiologia: STROBE http://stroke-statement.org/fileadmin/Strobe/uploads/checklists/STROBE_checklist_v4_combined.pdf

Estudos qualitativos: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349.long>

OBS: protocolos de outros tipos de estudos são encontrados na rede EQUATOR <http://www.equator-network.org/> e no artigo de Larson E, Cortazal M. Publication guidelines: need widespread adoption. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2012;65:239-246.

Estrutura e Preparo dos Manuscritos

- **Formato do arquivo:** doc ou docx (MS Word)

Texto: ortografia oficial em folhas A4; espaço entrelinhas de 1,5; fonte *Times New Roman*, tamanho 12, inclusive nas tabelas. As margens superiores, inferiores e laterais devem ter 2,5 cm.

Página de título (deve conter):

Título: máximo de 16 palavras em português, inglês e espanhol, sem abreviaturas e siglas, em negrito, utilizando caixa alta somente no início do título e substantivos próprios. Não devem ser usadas abreviaturas, siglas ou a localização geográfica da pesquisa.

Nomes dos autores: completos e sem abreviações, numerados em algarismos arábicos, com as instituições às quais pertencem, o local, o estado e o país.

Autor responsável: indicação do nome, endereço para correspondência, telefone para contato e e-mail.

Manuscrito extraído de dissertação ou tese: indicar por asterisco, em nota de rodapé o título, o ano e a instituição onde foi apresentada.

Resumo: nos idiomas português (resumo), inglês (*abstract*) e espanhol (*resumen*), até (1290 caracteres com espaço). Deve ser estruturado em: **objetivo, método, resultados e conclusão**. Exceção para os **estudos teóricos**. Os ensaios clínicos devem apresentar o número do registro de ensaio clínico ao final como documento anexo ou na carta ao editor.

Descritores: três a seis descritores que identifiquem a temática, acompanhando o idioma dos resumos (português (descritores), inglês (descriptors) e espanhol (descriptores); separados entre si por ponto e vírgula; extraídos do vocabulário DeCS ([Descritores em Ciências da Saúde](#)), elaborado pela BIREME, ou MeSH ([Medical Subject Headings](#)), elaborado pela NLM (*National Library of Medicine*).

OBS: Os títulos, os resumos e os descritores devem ser repetidos no documento principal (**Main Document**), sem a identificação dos autores.

Conteúdo do texto (Main Document): Introdução, Método, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências, em tópicos distintos. Os **Objetivos** devem ser inseridos no final da Introdução.

Introdução: Breve definição do problema estudado, justificando sua importância e as lacunas do conhecimento, com base em referências nacionais e internacionais atualizadas.

Objetivo: Estabelecer a questão principal e as hipóteses a serem testadas

Método: Tipo ou desenho do estudo; população/cenário; critérios de seleção; definição da amostra (se for o caso); fonte, período procedimento de coleta, análise/tratamento dos dados e outros aspectos inerentes ao método. É necessário apresentar em documento anexo o protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e informar no texto sua condução de acordo com os padrões éticos exigidos.

Resultados: Apresentação e descrição somente dos dados encontrados, sem interpretações ou comentários. Para facilitar a compreensão, podem ser acompanhados por tabelas, quadros e figuras. O texto deve complementar ou destacar o que é mais importante, sem repetir os dados das tabelas ou das figuras.

Discussão: Deve restringir-se aos dados obtidos e aos resultados alcançados, enfatizando aspectos novos e relevantes observados no estudo e discutindo as concordâncias e as divergências com outras

pesquisas já publicadas, nacionais e internacionais. Deve apontar as limitações do estudo e os avanços para a área da enfermagem/saúde.

Conclusão: Deve ser direta, clara e objetiva, em resposta às hipóteses ou aos objetivos, fundamentada nos resultados e na discussão. Não citar referências.

Referências: máximo de 30 (exceto em estudos de revisão, a depender da busca e da seleção de inclusão dos estudos). Seguir a proporcionalidade de 80% de artigos de periódicos, no mínimo metade deles citáveis. No máximo de 15% de autocitação dentre os citáveis.

Citações de referências no texto: enumeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, sobrescritos e entre parênteses, sem menção do nome dos autores (exceto os que constituem referencial teórico). Quando forem sequenciais, indicar o primeiro e o último número, separados por hífen. Ex.: (1-4) ; quando intercaladas, deverão ser separados por vírgula, ex.: (1-2,4).

Citações de referências no final do texto: estilo "Vancouver", disponível no endereço eletrônico (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>). Os títulos dos periódicos abreviados de acordo com: *List of Journals Indexed for MEDLINE* (<http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>). Incluir as referências estritamente pertinentes ao assunto abordado, atualizadas (no máximo 5 anos), de abrangência nacional e internacional. Evitar a inclusão de número excessivo de referências na mesma citação. A lista apresentada no final do artigo deve ser numerada de acordo com a sequência em que os autores foram citados no texto.

OBS 1: A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

OBS 2: Referências de artigos publicados na Revista da Escola de Enfermagem da USP e de outros periódicos brasileiros bilíngues devem ser citadas no idioma inglês.

Depoimentos: Frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos da pesquisa devem ser citados em itálico, com sua identificação codificada a critério do autor e entre parênteses.

Citações textuais: devem ser descritas entre aspas, sem itálico e na sequência do texto.

Ilustrações: Tabelas, Quadros e Figuras, no máximo de cinco, devem estar inseridas obrigatoriamente no corpo do texto, com informações não repetidas e com títulos informativos e claros, contendo local e ano.

Fotos e Imagens – Exclusivamente em P&B, com resolução final de 300 DPI.

Fontes de financiamento: Informar o nome das instituições públicas ou privadas que deram apoio financeiro, assistência técnica e outros auxílios.

Errata: Após a publicação do artigo, se os autores identificarem a necessidade de uma errata devem enviá-la imediatamente à Secretaria da Revista por *e-mail*. O prazo máximo para o envio é de **30 dias**.

Siglas: Restrita ao mínimo e somente após terem sido citadas literalmente no texto; não usar em título e resumo.

Modelos de Referências

EXEMPLOS DE CITAÇÕES DE REFERÊNCIAS CONFORME O TIPO DE DOCUMENTO

Periódicos

Artigo padrão

Allen G. Evidence for practice. AORN J. 2010;92(2):236-41.

Artigo com mais de seis autores (citar os seis primeiros, seguidos de et al.)

MacNeela P, Clinton G, Place C, [Scott A](#), [Treacy P](#), [Hyde A](#), et al. Psychosocial care in mental health nursing: a think aloud study. J Adv Nurs. 2010;66(6):1297-307.

Artigo cujo autor é uma organização

American Diabetes Association. Diabetes update. Nursing. 2003;Suppl:19-20,24.

Artigo com múltiplas organizações como autor

American Dietetic Association; Dietitians of Canada. Position of the American Dietetic Association and Dietitians of Canada: nutrition and women's health. J Am Diet Assoc. 2004;104(6):984-1001.

Artigo de autoria pessoal e organizacional

Orchard TJ, Temprosa M, Goldberg R, [Haffner S](#), [Ratner R](#), [Marcovina S](#), et al.; Diabetes Prevention Program Research Group. The effect of metformin and intensive lifestyle intervention on the metabolic syndrome: the Diabetes Prevention Program randomized trial. Ann Intern Med. 2005;142(8):611-9.

Artigo no qual o nome do autor possui designação familiar

King JT Jr, Horowitz MB, Kassam AB, [Yonas H](#), [Roberts MS](#). The short form-12 and the measurement of health status in patients with cerebral aneurysms: performance, validity, and reliability. J Neurosurg. 2005;102(3):489-94.

Oliveira MF, Arcêncio RA, Ruffino-Netto A, Scatena LM, Palha PF, Villa TCS. A porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no Sistema de Saúde de Ribeirão Preto/SP. Rev Esc Enferm USP. 2001;45(4):898-904.

Artigo sem indicação de autoria

Pelvic floor exercise can reduce stress incontinence. Health News. 2005;11(4):11.

Artigo num volume com suplemento

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saúde Pública. 2004;20 Supl 2:S190-8.

Artigo num fascículo com suplemento

Crawford M, Mullan J, Vanderveen T. Technology and safe medication administration. J Infus Nurs. 2005;28(2 Suppl):37-41.

Artigo num volume publicado em partes

Abend SM, Kulish N. The psychoanalytic method from an epistemological viewpoint. Int J Psychoanal. 2002;83 Pt 2:491-5.

Artigo num fascículo publicado em partes

Rilling WS, Drooz A. Multidisciplinary management of hepatocellular carcinoma. *J Vasc Interv Radiol.* 2002;13(9 Pt 2):S259-63.

Artigo num fascículo sem volume

Tom Dwyer AMC. A pesquisa da sociabilidade on-line: três gerações de estudos. *Rev USP.* 2012;(92):100-13.

Artigo num número especial

Salvetti MG, Pimenta CAM, Braga PE, Corrêa CF. Disability related to chronic low back pain prevalence and associated factors. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46(n.esp):16-23.

Artigo sem indicação de fascículo e volume

Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. *HRSA Careaction.* 2002 Jun:1-6.

Artigo com paginação em algarismos romanos

Chadwick R, Schuklenk U. The politics of ethical consensus finding. *Bioethics.* 2002;16(2):iii-v.

Artigo com publicação de errata

Altizer L. Strains and sprains. *Orthop Nurs.* 2003;22(6):404-11. Erratum in: *Orthop Nurs.* 2004;23(1):38.

Artigo publicado eletronicamente antes da versão impressa (ahead of print)

Chen SL, Lee WL, Liang T, Liao IC. [Factors associated with gender differences in medication adherence: a longitudinal study.](#) *J Adv Nurs.* 2014 Feb 10. [Epub ahead of print]

Artigo no prelo "In press"

Pereira S, Vianna LAC. Cursos de capacitação em prevenção da violência: o impacto sobre os profissionais do setor da saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(2). No prelo

Artigo provido de DOI

Eduardo LP, Egry EY. Brazilian Child and Adolescent Statute: workers' views about their practice. *Rev Esc Enferm USP.* 2010;44(1):18-24.
DOI: 10.1590/S0080-62342010000100003.

Livros

Livro padrão com autor pessoal

Marquis BL, Huston CJ. Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed; 2010.

Eyre HJ, Lange DP, Morris LB. Informed decisions: the complete book of cancer diagnosis, treatment, and recovery. 2nd ed. Atlanta: American Cancer Society; c2005.

Organizador, editor, coordenador como autor

Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Instituição como autor

Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ª ed. Brasília; 2009.

Capítulo de livro, cujo autor é o mesmo da obra (adaptado)

Moreira A, Oguisso T. Profissionalização da enfermagem brasileira. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. Gênese da profissionalização da enfermagem; p. 23-31.

Capítulo de livro, cujo autor é um colaborador

Kimura M, Ferreira KASL. Avaliação da qualidade de vida em indivíduos com dor. In: Chaves LD, Leão ER, editoras. Dor: 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem. Curitiba: Ed. Maio; 2004. p. 59-73.

Documentos legais (adaptados)

Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 1.

São Paulo (Estado). Lei n. 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 18 mar. 1999. Seção 1, p. 1.

Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.

Documentos eletrônicos

Artigo de periódico

Costa FA, Silva DLA, Rocha VM. The neurological state and cognition of patients after a stroke. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2011 Nov 28];45(5):1083-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/en_v45n5a08.pdf

Artigo de periódico provido de DOI

Leonello VM, Oliveira MAC. Integralidade do cuidado à saúde como competência educativa do enfermeiro. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010 [citado 2010 jul. 10];63(3):366-70. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3pdf/DOI_10.1590/S0034-71672010000300003.

Livro na íntegra

Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS. Harrison's online [Internet]. 16th ed. Columbus (OH): McGraw-Hill; c2006 [cited 2006 Nov 20]. Available from: <http://www.accessmedicine.com/resourceTOC.aspx?resourceID=4>

Capítulo de livro

Loizzo F, Menthonnex E, Menthonnex P, Filipack VA. A regulação das saídas das unidades móveis de cuidados intensivos na França (SMUR) e no Brasil (UTIM). In: Martinez-Almoyna M, Nitschke CAS, organizadores. Manual de regulação médica dos serviços de atendimento médico de urgência: SAMU [Internet]. Florianópolis; c1999 [citado 2008 nov. 7]. Disponível em: neu.saude.sc.gov.br/arquivos/manual_de_regulacao_medica_de_urgencia.pdf

Documentos legais (adaptados)

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 204, de 27 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o

respectivo monitoramento e controle [Internet]. Brasília; 2007 [citado 2009 mar. 25]. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento Citing Medicine, adaptado pela NLM para as suas bases de dados e utilizado, atualmente, pelo Uniform Requirements (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/?depth=2>)

Observação: Devem ser evitadas citações de documentos não indexados na literatura científica e de difícil acesso aos leitores, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento. Da mesma forma, informações citadas no texto, extraídas de documentos eletrônicos, não mantidos permanentemente em sites, não devem fazer parte da lista de referências. No caso de teses e dissertações, dar preferência para os artigos extraídos destas.

[\[Home\]](#) [\[Sobre a revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

Revista da Escola de Enfermagem da USP
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
CEP 05403-000 - São Paulo - SP - Brasil
Tel. /Fax: +55 11 3061-7553



nursingscholar@usp.br