



**CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

ADRIANA DA SILVA BARROS ANDRADE

**CONSTRUÇÃO DE TECNOLOGIA PARA A ASSISTÊNCIA DOMICILIAR AO
RECÉM-NASCIDO**

**TERESINA
2019**

ADRIANA DA SILVA BARROS ANDRADE

**CONSTRUÇÃO DE TECNOLOGIA PARA A ASSISTÊNCIA DOMICILIAR AO
RECÉM-NASCIDO**

Trabalho de Conclusão 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: Gerenciamento dos
serviços de saúde e formação de recursos
humanos na atenção à saúde da família.

Orientadora: Profa. Dra Ivonizete Pires
Ribeiro

TERESINA
2019

FICHA CATALOGRÁFICA

A553c Andrade, Adriana da Silva Barros.

Construção de tecnologia para a assistência domiciliar ao recém-nascido. Adriana da Silva Barros Andrade. – Teresina: Uninovafapi, 2019.

Orientador (a): Prof. Dr. Ivonizete Pires Ribeiro. Centro Universitário UNINOVAFAPI, 2019.

85. p.; il. 23cm.

Dissertação (Pós-Graduação Stricto Sensu, em Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, 2019.

1. Bibliometria. 2. Tecnologia educacional. 3. Saúde da criança. 4. Atenção primária a saúde. 5. Visita domiciliary.
I.Título. II. Ribeiro, Ivonizete Pires.

CDD 614.073

Catálogo na publicação

Antonio Luis Fonseca Silva– CRB/1035

Francisco Renato Sampaio da Silva – CRB/1028

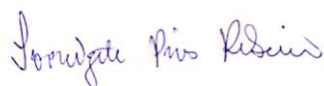
ADRIANA DA SILVA BARROS ANDRADE

**CONSTRUÇÃO DE TECNOLOGIA PARA A ASSISTÊNCIA DOMICILIAR AO
RECÉM-NASCIDO**

Trabalho de Conclusão 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.

APROVADO EM: 14/12/2019

BANCA EXAMINADORA



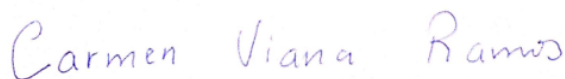
Profa. Dra. Ivonizete Pires Ribeiro – Orientadora/Presidente
Centro Universitário UNINOVAFAPI



Profa. Dra. Maria Zélia de Araújo Madeira – 1ª Examinadora
Universidade Federal do Piauí – UFPI



Profa. Dra. Luana Kelle Batista Moura – 2ª Examinadora
Centro Universitário UNINOVAFAPI



Profa. Dra. Carmem Viana Ramos – Suplente
Centro Universitário UNINOVAFAPI

DEDICATÓRIA

A Deus, por nunca me deixar desistir, ensinar-me a perseverar e acreditar que não há nada nesse mundo que eu não possa alcançar, desde que mereça tal conquista.

A Ele, dedico minha vida.

Aos meus pais, marido, filha e demais familiares, que me apoiaram no passo a passo da efetivação deste momento.

A todos que acreditam em mim e torcem pelo meu sucesso.

A todos vocês, muito obrigada por estarem em minha vida!

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela serenidade, sabedoria e persistência para alcançar o meu objetivo.

Ao Centro Universitário UNINOVAFAPI, na pessoa do Magnífico Reitor Dr. Carlos Alberto Ramos Pinto por permitir a oportunidade de realizar este sonho, proporcionaram-me mais que a busca de conhecimento técnico e científico, mas uma LIÇÃO DE VIDA.

À Coordenação, colaboradores e docentes do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI, minha gratidão por todo apoio.

A Profa. Dra. Ivonizete Pires Ribeiro, pela orientação na elaboração deste trabalho; pela paciência ao lidar com minhas inquietações, incertezas e desconhecimentos; pelo direcionamento correto dado à pesquisa.

Aos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família do município de Floriano-PI que colaboraram na validação deste trabalho, pela disponibilidade e pelo apoio e sugestões valiosas na execução do produto.

Às professoras Dra. Maria Zélia de Araújo Madeira, Profa. Dra. Luana Kelle Batista Moura e Dra. Carmem Viana Ramos pela participação na Banca Examinadora.

A Rose Danielle Carvalho Batista, coordenadora do Núcleo de Educação Permanente em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Floriano-PI pelo carinho, solicitude, apoio, disponibilidade e esforços empreendidos para a construção do produto final do mestrado.

Aos colegas de mestrado, cada um com suas peculiaridades, sempre colaborando um com o outro.

Aos meus amigos e colegas de trabalho, pelo apoio e por sonhar junto comigo.

EPÍGRAFE

Para chegar ao topo, o que importa é começar! Suba o primeiro degrau com fé. Não é necessário que você veja toda a escada. Apenas dê o primeiro passo.

(Martin Luther King)

RESUMO

Introdução: O cuidado com a saúde do recém-nascido tem importância fundamental para a redução da mortalidade infantil. Também contribui com a promoção de melhor qualidade de vida e a diminuição das desigualdades em saúde. No período neonatal, momento de grande vulnerabilidade, concentra-se os riscos biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais. Isto implica necessidade de cuidados especiais, com atuação oportuna, integral e qualificada de proteção social e de saúde. As ações de promoção, prevenção e assistência à saúde, dirigidas ao recém-nascido, têm grande importância, pois apontam para o compromisso de se prover qualidade de vida para a criança, para que esta possa crescer e desenvolver todo o seu potencial. **Objetivos:** Construir tecnologia para a assistência domiciliar ao recém-nascido e analisar a produção científica sobre assistência domiciliar ao recém-nascido na atenção primária. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo desenvolvido em 2 etapas e com abordagens metodológicas diferentes. Na primeira etapa foi realizado um estudo bibliométrico para mapear evidências sobre assistência ao recém-nascido. Na segunda, o desenvolvimento de construção de uma tecnologia leve do tipo do tipo Curso de Capacitação Profissional por meio de um ciclo de palestras acerca da assistência domiciliar ao recém-nascido na atenção primária à saúde para os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família do município de Floriano-PI. **Resultados:** No estudo bibliométrico foram identificados 86 artigos sobre assistência domiciliar ao recém-nascido. Estes artigos estão publicados em 67 periódicos distintos indexados à base de dados em questão e foram escritos por 446 autores que possuem vínculos com 210 instituições, localizadas em 32 países. Para a consecução destes artigos foram utilizadas 2.578 referências, com uma média de aproximadamente 30 referências por artigo. Os países mais representativos foram: Estados Unidos, Reino Unido, Brasil e Índia. Observou-se que os estudos mais recentes foram publicados nos últimos 2 anos, com 02 do ano de 2017 e 08 do ano de 2018. Em um segundo momento, foi realizado o levantamento bibliográfico que apresenta a proposta de construção de uma tecnologia leve do tipo Ciclo de Palestras acerca da assistência domiciliar ao recém-nascido na atenção primária à saúde. **Conclusão:** Acredita-se que esse instrumento de tecnologia educacional tenha potencial para melhorar a relação entre os profissionais e os familiares do recém-nascido, auxiliar na identificação de fatores de riscos e nortear a assistência visando reduzir a mortalidade neonatal.

Palavras-chave: Bibliometria. Tecnologia Educacional. Saúde da Criança. Atenção primária a saúde. Visita domiciliary.

ABSTRACT

Introduction: Care for the newborn's health is of fundamental importance for the reduction of infant mortality. It also contributes to the promotion of a better quality of life and the reduction of health inequalities. In the neonatal period, a time of great vulnerability, biological, environmental, socioeconomic, and cultural risks are concentrated. This implies special care needs, with timely, comprehensive, and qualified social protection and health. The promotion, prevention, and health care actions aimed at the newborn are of great importance, as they point to the commitment to provide quality of life for the child to grow and develop his full potential. **Objectives:** To build technology for home care for the newborn and to analyze the scientific production on home care for the newborn in primary care. **Methods:** This is a descriptive study developed in 2 stages and with different methodological approaches. In the first stage, a bibliometric study was carried out to map evidence on newborn assistance. In the second, the development of construction of a light technology of the type of Professional Training Course through a series of lectures about home care for newborns in primary health care for nurses of the Family Health Strategy in the city of Florianópolis. **Results:** In the bibliometric study, 86 articles on home care for the newborn were identified. These articles are published in 67 different journals indexed to the database in question and were written by 446 authors who have links with 210 institutions located in 32 countries. 2,578 references were used in these articles, with an average of approximately 30 references per article. The most representative countries were: United States, United Kingdom, Brazil, and India. It was observed that the most recent studies were published in the last 2 years, with 02 in 2017 and 08 in 2018. A bibliographic survey was carried out in a second moment that presents the proposal to build a light technology of the type Cycle of Lectures on home care for newborns in primary health care. **Conclusion:** It is believed that this educational technology instrument has the potential to improve the relationship between professionals and family members of the newborn, assist in the identification of risk factors, and guide care aimed at reducing neonatal mortality.

Keywords: Bibliometrics. Educational technology. Children's Health. Primary health care. Home visit.

RESUMEN

Introducción: El cuidado de la salud del recién nacido es de fundamental importancia para la reducción de la mortalidad infantil. También contribuye a la promoción de una mejor calidad de vida y la reducción de las desigualdades en salud. En el período neonatal, una época de gran vulnerabilidad, se concentran los riesgos biológicos, ambientales, socioeconómicos y culturales. Esto implica la necesidad de una atención especial, con protección social y salud oportuna, integral y calificada. Las acciones de promoción, prevención y atención de la salud, dirigidas al recién nacido, son de gran importancia, ya que apuntan al compromiso de brindar calidad de vida al niño, para que pueda crecer y desarrollar todo su potencial.

Objetivos: Construir tecnología para la atención domiciliaria del recién nacido y analizar la producción científica sobre la atención domiciliaria del recién nacido en atención primaria. **Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo desarrollado en 2 etapas y con diferentes enfoques metodológicos. En una primera etapa se realizó un estudio bibliométrico para mapear evidencias sobre la asistencia al recién nacido. En el segundo, el desarrollo de la construcción de una tecnología ligera del tipo Curso de Formación Profesional a través de un ciclo de conferencias sobre atención domiciliaria al recién nacido en atención primaria de salud para enfermeras de la Estrategia Salud de la Familia en la ciudad de Floriano-PI. **Resultados:** En el estudio bibliométrico se identificaron 86 artículos sobre cuidados domiciliarios al recién nacido. Estos artículos se publican en 67 revistas diferentes indexadas a la base de datos en cuestión y fueron escritos por 446 autores que tienen vínculos con 210 instituciones, ubicadas en 32 países. Para lograr estos artículos se utilizaron 2.578 referencias, con una media aproximada de 30 referencias por artículo. Los países más representativos fueron: Estados Unidos, Reino Unido, Brasil e India. Se observó que los estudios más recientes se publicaron en los últimos 2 años, con 02 del año 2017 y 08 del año 2018. En un segundo momento, se realizó un relevamiento bibliográfico que presenta la propuesta para construir una tecnología ligera del tipo Ciclo de Conferencias sobre atención domiciliaria al recién nacido en atención primaria de salud. **Conclusión:** Se cree que este instrumento de tecnología educativa tiene el potencial de mejorar la relación entre los profesionales y los familiares del recién nacido, ayudar en la identificación de factores de riesgo y orientar la atención dirigida a reducir la mortalidad neonatal.

Palabras clave: Bibliometría. Tecnología educativa. Salud infantil. Atención primaria de salud. Visita a domicilio.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CDS	Coleta de dados simplificada
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
ESF	Estratégia Saúde da Família
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
OASISBR	O Portal brasileiro de publicações científicas em acesso aberto
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNH	Política Nacional de Humanização
SciELO	Scientific Electronic Library Online
Siab	Sistema de Informação da Atenção básica
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VD	Visita Domiciliar
RN	Recém-Nascido
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
GM	Gabinete Ministerial
MS	Ministério da Saúde
DPI	Desenvolvimento da Primeira Infância
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ONU	Organização das Nações Unidas
AIDPI	Atenção Integrada a Doenças Prevalentes na Infância
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PSSI	Primeira Semana de Saúde Integral
PAISC	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
MI	Mortalidade Infantil
RAS	Redes de Atenção à Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	Contextualização do Problema	11
1.2	Objeto do Estudo	14
1.3	Questão Norteadora	14
1.4	Objetivos	14
1.5	Justificativa e Relevância	14
2	REFERENCIAL TEMÁTICO	16
2.1	Aspectos da epidemiologia infantil e neonatal	16
2.2	A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) e as estratégias para o cuidado integral à saúde da criança	19
2.3	A Atenção Domiciliar como ferramenta de promoção da saúde e o papel do Enfermeiro na atenção ao recém-nascido na Atenção Primária à Saúde	22
2.4	Tecnologias leves em saúde como práticas de enfermagem na atenção primária à saúde	30
3	MÉTODO	34
3.1	Natureza do Estudo	34
3.2	Instrumentos e procedimentos para a coleta de dados	35
3.3	Processamento e análise dos dados	36
3.4	Elaboração do produto	38
3.5	Aspectos éticos e Legais	40
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
4.1	Manuscrito I - Estudo bibliométrico sobre assistência domiciliar ao recém-nascido na atenção primária à saúde	42
4.2	Produto – Curso de Capacitação “Avaliação do Recém-Nascido na Atenção Primária à Saúde” para os enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família para a melhoria da avaliação e assistência ao recém-nascido	54
5	CONCLUSÃO	68
	REFERÊNCIAS	69
	APÊNDICE	74
	ANEXO	76

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do Problema

A assistência à saúde da criança tem grande relevância em função da vulnerabilidade do ser humano nesta fase do ciclo de vida. Por conseguinte, o acompanhamento da criança saudável, pela puericultura, objetiva diminuir a incidência de doenças e aumentar as chances dessa criança crescer e se desenvolver para alcançar todo o seu potencial (MARTINS, 2017).

Com relação aos indicadores de saúde para essa população, o coeficiente de mortalidade infantil é significativo, pois ele reflete as condições de saúde, econômicas e sociais que moldam a saúde das mães e dos recém-nascidos. O coeficiente ou taxa de mortalidade infantil representa uma estimativa do risco de morte a que uma população de nascidos vivos está exposta, antes de completar um ano de vida (BRASIL, 2015a).

Assim, óbitos em crianças de zero a um ano de idade servem como referência do desenvolvimento e da qualidade da saúde local. Destacam-se alguns fatores que podem estar relacionados ao número de óbitos ocorridos durante ou imediatamente após o parto como a assistência prestada no período gravídico-puerperal, assistência inadequada durante o cuidado ao recém-nascido e a atenção à saúde da criança no seu primeiro ano de vida (BRASIL, 2015a).

Ao mesmo tempo em que representa um momento de comemoração, a chegada de um bebê, evidencia também uma situação de risco para milhões de recém-nascidos em países em desenvolvimento. As situações de risco resultam de falhas na assistência à saúde, principalmente, imediatamente após o parto. No mundo, 2,4 milhões de crianças morreram no primeiro mês de vida em 2019 (WHO, 2020).

Além de biologicamente significativo, o dia do nascimento é um dia cheio de riscos à sobrevivência do recém-nascido. Apesar dos progressos relativos à saúde infantil, o período neonatal, principalmente o primeiro dia de vida tem sido negligenciado. Esse período de vida corresponde a 25-45% das mortes no período neonatal, sendo que o risco de morte é 30 vezes maior em países com baixa renda quando comparados aos de alta renda. No Brasil, um quarto dos óbitos ocorrem no primeiro ano de vida. Felizmente, grande parte dos óbitos podem ser prevenidos por

meio do acesso aos cuidados de qualidade durante o pré-natal, parto e após o parto (TEIXEIRA et al., 2019).

No Brasil, a saúde é um direito constitucional a ser pautado e assegurado pelos princípios da equidade, integralidade e universalidade, além da organização dos setores de forma descentralizada, hierarquizada e com cooperação da comunidade. No tocante à saúde da criança, seu seguimento é um processo complexo e amplo, portanto, necessita de compreensão diante das transformações dos serviços de saúde brasileiros (MELLO et al., 2012).

Nas últimas décadas, no Brasil, a saúde da criança apresentou notáveis progressos, com ênfase para a redução da mortalidade infantil (< 5 anos) que passou de 62 óbitos em 1990 a 14 em 2012 (1.000 nascidos vivos), redução de 77% da mortalidade na infância. De acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), essa foi uma das maiores reduções do mundo e levou o país a cumprir, com três anos de antecedência, o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio de nº 4. Por outro lado, porém, a meta que garante a todas as crianças brasileiras o direito à saúde e à vida, ainda não foi alcançada (BRASIL, 2016a).

Por conseguinte, com o intuito de promover às estratégias de prevenção de agravos e redução da morbimortalidade na infância, o Ministério da Saúde (MS) aprovou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), em dezembro de 2014 pela portaria GM/MS Nº 1.130, de 5 de agosto de 2015 com a intenção de proteger e promover a saúde da criança e o aleitamento materno através da atenção e do cuidado integral e integrado, da gestação até os nove anos de vida, principalmente, na primeira infância e em áreas com populações de maior vulnerabilidade com vistas à diminuir a morbimortalidade e contribuir para a garantia dos direitos humanos (BRASIL, 2015b).

Para que a atenção integral a saúde aconteça de fato, é necessário que exista uma articulação dessa política com as demais políticas sociais, de saúde, de educação, de investimentos econômicos e de assistência social, associadas ao envolvimento e contribuição de famílias, trabalhadores, cuidadores, redes sociais, gestores, conselhos de direitos e de proteção, ratificando assim a relevância da participação comunitária.

Em referência à política da Saúde da Criança, ela estrutura-se em sete eixos estratégicos com o objetivo de qualificar e de orientar as ações e serviços de saúde

da criança no território, levando em consideração os condicionantes e determinantes sociais para garantir o direito à saúde e à vida (BRASIL, 2016b).

O primeiro eixo estratégico da PNAISC é a Atenção Humanizada e Qualificada à Gestação, ao Parto, ao Nascimento e ao Recém-nascido o qual privilegia ações de boas práticas de atenção até os dois anos de vida. O eixo, entre outras ações, enfatiza a adoção do quinto Dia de saúde Integral, em que se recomenda, entre o terceiro e o quinto dia de vida do bebê, uma avaliação das condições de saúde da mãe e do recém-nascido; estímulo ao aleitamento materno e auxílio às dificuldades apresentadas; aplicação de vacinas; triagem neonatal; agendamento de consulta pós-parto; planejamento familiar para a mãe e acompanhamento para a criança (BRASIL, 2018b).

Uma ação que merece notoriedade é a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil que se baseia em diretrizes para conduzir as intervenções voltadas à criança. A agenda propõe a definição de linhas de cuidado, por exemplo, a “Primeira Semana Saúde Integral” que determina ações primordiais aos primeiros sete meses de vida, como avaliar as condições de saúde, incentivar o aleitamento materno, apoiar as dificuldades encontradas, vacinar mãe e bebê, agendar consulta, planejamento familiar e acompanhar o desenvolvimento da criança, todas essas ações devem constar no calendário básico (BRASIL, 2012a).

Diante do exposto acima, observa-se que a atenção à saúde infantil está entre as ações primordiais do MS. Os programas criados procuram proporcionar uma assistência mais humanizada e qualificada para as nossas crianças (BRASIL, 2018a).

Ao considerar que a interação da criança com o ambiente é indispensável para a sua saúde e, conseqüentemente, para o seu desenvolvimento, refletir acerca das condições familiares e do domicílio, deve ser um foco da atenção do profissional de saúde, como competência necessária para obter melhores resultados na saúde infantil, além de colaborar para a estruturação de uma prática integral (CUNHA; SÁ, 2013).

1.2 Objeto do Estudo

A tecnologia leve na assistência domiciliar ao recém-nascido.

1.3 Questão Norteadora

A tecnologia leve é válida na assistência domiciliar à saúde do recém-nascido?

1.4 Objetivos

- Construir tecnologia leve para a assistência domiciliar ao recém-nascido.
- Analisar a produção científica sobre a assistência domiciliar ao recém-nascido na atenção primária.

1.5 Justificativa e Relevância

Diante da situação problema objetivou-se desenvolver um projeto que fizesse articulação entre a enfermagem e a saúde da criança no âmbito da Estratégia Saúde da Família, atuando no cuidado domiciliar ao recém-nascido na primeira semana de vida com a finalidade de sistematizar a assistência ao recém-nascido, uniformizar o atendimento, ou seja, uma assistência a todos os recém-nascidos que considere a mesma sequência de itens e critérios orientados pela Agenda de Compromissos para Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, por meio do uso de uma tecnologia leve em saúde.

A sistematização do processo de trabalho além de favorecer o planejamento das ações, propicia homogeneidade ao atendimento e possibilita a implantação de uma tecnologia leve na assistência ao recém-nascido, em seu domicílio, no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

A atuação da Enfermagem como ciência utiliza-se de tecnologias leves para desenvolver sua metodologia. É importante destacar que as tecnologias apresentam como referência o trabalho que se pretende implementar, conforme a ação intencional sobre a realidade e na busca da produção de bens/produtos que podem

ser concretos ou simbólicos como, por exemplo, a ação de produzir mudança de comportamento a partir da interação no decorrer das atividades de educação em saúde. Essa característica constitui-se em um ótimo método para desenvolver estratégias como a utilização de tecnologias para a promoção da saúde e, assim, contribuir no combate às condições desfavoráveis de saúde da população infantil brasileira.

Com relação ao uso das tecnologias leves, para o profissional de enfermagem enquanto prestador de cuidado é um grande compromisso, mas também, um desafio. A enfermagem, por meio dessas tecnologias, busca construir e consolidar o otimismo entre os envolvidos no processo, ao tempo em que satisfaz as necessidades dos indivíduos e valoriza a profissão, intervindo na concretização do cuidado.

Dessa maneira, a elaboração de uma tecnologia leve na assistência ao recém-nascido, na atenção primária à saúde é capaz de sistematizar esse atendimento na visita domiciliar, ainda na primeira semana de vida, tornando-se essencial e necessária à prática dos profissionais de saúde, dentre eles, o Enfermeiro, considerando-o como o profissional que mais efetua atendimentos ao recém-nascido na primeira semana de vida do bebê.

Este estudo justifica-se, ainda, por investigar e analisar as características da produção científica sobre a visita domiciliar ao recém-nascido na atenção primária o que contribuirá para uma discussão mais aprofundada sobre a temática, pois vai descrever as produções de acordo com a linha temporal de publicação, segundo a área geográfica e a área do conhecimento, os periódicos de publicação e seus respectivos impactos para a comunidade científica, os autores mais produtivos, entre outros.

A partir dessas inquietações, procurando implementar a estratégia orientada pela linha de cuidado “Primeira Semana de Saúde Integral”, entendendo a relevância dessa estratégia para a diminuição da morbimortalidade infantil e levando em consideração que na literatura não foram recuperados instrumentos que subsidiem a utilização de uma tecnologia leve na assistência domiciliar ao recém-nascido, este projeto tem como foco geral a promoção e proteção da saúde dos recém-nascidos, visando atingir os objetivos definidos, fazendo emergir intervenções em nível de educação continuada para a saúde e prevenção de doenças e agravos.

2 REFERENCIAL TEMÁTICO

2. 1 Aspectos da epidemiologia infantil e neonatal

Embora seja evidenciado grandes avanços nas taxas de sobrevivência infantil, de acordo com as estatísticas, no mundo, cerca de 15% dos nascimentos esperados acabam resultando em complicações com risco de vida na gravidez, parto e pós-parto, especialmente, na primeira semana de vida (ALPIREZ et al., 2018).

Por se tratar de um tema de grande relevância, a mortalidade materna e neonatal vem sendo muito discutida nos dias atuais e, por conseguinte, a Organização das Nações Unidas (ONU) propôs como uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), eliminar as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de cinco anos, no intuito de reduzir a mortalidade neonatal, até 2030, para 12 por 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2018c).

Com relação ao período de maior vulnerabilidade do recém-nascido, a primeira semana de vida, verifica-se que os agravos estão associados a determinantes socioeconômicos, biológicos e de atenção à saúde. Este período é considerado um momento de adaptação à vida extrauterina e, portanto, faz com que o acompanhamento materno-infantil seja imprescindível à promoção da saúde. Nessa conjuntura, a assistência prestada pelos profissionais de saúde deve abranger ações direcionadas a identificar os desafios enfrentados pela mãe, no cuidado com o recém-nascido e detectar, por meio da avaliação, os sinais prévios de doença de forma que se efetivem as ações de integralidade do cuidado (SILVA, 2017).

No Brasil, mesmo com os progressos no combate à mortalidade infantil, ela ainda é considerada uma problemática de cunho social de alta magnitude. Diante dessa realidade, o MS estabelece, viabiliza e organiza estratégias com o objetivo de qualificar as Redes de Atenção à Saúde (RAS) Materno-Infantil, com a instituição de programas e políticas que considerem ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e a vigilância em saúde. Uma das propostas desenvolvida pelo MS com vistas a qualificar o cuidado prestado ao recém-nascido é a estratégia: Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), desde 1996. Essa estratégia é uma ação mundial, estruturada inicialmente pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em parceria com o UNICEF, com o propósito de aperfeiçoar a

assistência prestada pelos profissionais de saúde a partir da sistematização do cuidado (critérios para avaliar, classificar e tratar as doenças prevalentes em crianças menores de cinco anos). A AIDPI propõe-se a avaliar, de forma sistemática e integral, os sinais clínicos preditivos de agravos à saúde (BRASIL, 2017b).

Ainda com relação às estratégias que objetivam a redução da mortalidade neonatal o MS, ainda em 2004, criou a Agenda de Compromissos à Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. A agenda contém recomendações de diretrizes baseadas nas linhas de cuidado em todos os níveis de atenção, principalmente, na Atenção Primária à Saúde. Dentre as ações que se destacam nesse contexto podemos citar a linha de cuidados “Atenção Humanizada e qualificada para a gestante e recém-nascido”, cujas ações são orientadas pela Primeira Semana Saúde Integral (PSSI), indicando as prioridades de intervenção em saúde, nos primeiros sete dias de vida do recém-nascido.

A PSSI preconiza ações que abrangem o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, ações consideradas como eixo norteador atenção integral à saúde da criança. A PSSI pressupõe ações intersetoriais eficazes para a promoção da saúde do recém-nascido, contudo, essas ações não são sistematizadas quanto ao processo de avaliação, ou seja, a avaliação dos recém-nascidos não segue uma sequência equivalente de critérios e itens orientados pela Agenda de Compromissos à Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil para a PSSI (BRASIL, 2017a).

No tocante à Atenção Primária à Saúde, este nível de atenção visa garantir uma visita domiciliar ao binômio mãe e recém-nascido para orientar o cuidado de ambos, assim como para oferecer ações programadas para a primeira semana de saúde, oportunizando as consultas do binômio para a mesma data; incentivando o aleitamento materno, a presença do pai sempre que possível, a coleta de sangue para os testes (pezinho, olhinho, orelhinha e coraçãozinho), as imunizações, etc. Tais ações seguem até os dois anos de idade com a finalidade de acompanhar, cuidadosamente, o crescimento e desenvolvimento da criança pelos profissionais da equipe de saúde de forma integral e humanizada, sendo fundamental para o projeto terapêutico de cada criança/família (BRASIL, 2012a).

Em vários países a visita domiciliar é gratuita, a participação é voluntária e o serviço está integrado num sistema abrangente de saúde materno-infantil. A Dinamarca, por exemplo, implementou visitas domiciliárias em 1937, após um

programa piloto que demonstrou menores taxas de mortalidade infantil, associada aos serviços de visitantes domésticos. A França fornece atendimento pré-natal universal e visitas domiciliares de parteiras e enfermeiras as quais educam as famílias sobre tabagismo, nutrição, uso de drogas, habitação e outras questões relacionadas à saúde. O programa Holandês NFP, VoorZorg, reduziu os índices de violência doméstica, auto relatados, durante a gravidez e 2 anos após o nascimento, entre as mulheres jovens com baixa escolaridade, havendo ainda menos relatos de abuso infantil. Aos 24 meses, evidenciaram-se melhorias no ambiente doméstico das famílias participantes e as crianças apresentaram uma redução significativa nas alterações psíquicas. O programa Early Start na Nova Zelândia intervém em famílias, com 2 ou mais fatores de risco. Os ensaios controlados randomizados mostraram melhoria no acesso aos cuidados de saúde, menores taxas de hospitalização por lesões e envenenamentos, mais investimento na educação infantil e parentalidade mais positiva (BRANCA, 2018).

No Reino Unido, os cuidados de saúde habituais, prestados a todos os cidadãos, incluem visita domiciliar realizada por enfermeiros especialistas em saúde pública da comunidade, pré e pós-parto, até aos dois anos de vida da criança (PEREIRA, 2019).

Em Portugal a visita domiciliar ao recém-nascido e família é também recomendada, sendo referido no Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) que,

[...] é de particular importância desenvolver os meios que possibilitem a visita domiciliar, elemento fundamental na vigilância e promoção da saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade, nas situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de crianças, famílias ou situações identificadas como de risco. (DGS, 2013, p. 7).

Investimentos na implementação de programas de visita domiciliar foram incentivado nos Estados Unidos da América. A assistência, nesses programas, era realizada por enfermeiros e direcionada a mulheres grávidas e recém-nascidos. O modelo Nurse-Family Partnership (NFP) é um programa de visita domiciliar pré e pós-natal (até os 2 anos de vida) em que os enfermeiros assistem famílias de risco e desfavorecidas com o propósito de prevenir abuso infantil e maus tratos, assim como favorecer o desenvolvimento saudável das crianças. O profissional enfermeiro

tem formação específica para atuar no programa e guia-se por um manual de procedimentos rigorosos os quais especificam as finalidades de cada visita domiciliar. O programa foi alvo de uma extensa pesquisa, realizada nas últimas três décadas. Ensaios aleatórios e controlados foram conduzidos com três populações diversas, começando em Elmira, Nova York, em 1977, em Memphis, Tennessee, em 1990, e em Denver, Colorado, em 1994. Os três ensaios foram destinados a mães com dificuldades socioeconômicas. A pesquisa de acompanhamento continua até hoje, estudando os resultados em longo prazo para mães e crianças nestes três ensaios (OLDS, 2018).

2.2 A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) e as estratégias para o cuidado integral à saúde da criança

A Política de Atenção à Criança, no Brasil, está interligada com a saúde materna, fixada como política de Saúde Materno-Infantil. A concepção disseminada da criança como um em ser contínuo desenvolvimento, resulta de um extenso processo que englobou modificações na organização social, desde a esfera privada (das famílias) até as políticas públicas que consentiram na adoção de condutas e práticas para esse processo de mudança. Essas práticas reportam-se à saúde, à educação e à assistência ao ratificarem, como alternativa à luta da questão social da criança, a adoção de um caráter obrigatório, universal e de responsabilidade do Estado com a população infantil. Portanto, a atenção à saúde da criança retrata um campo prioritário dentro da assistência à saúde da população. Nesse âmbito, o cuidado básico em saúde apresenta importância como viabilidade para o combate aos problemas de qualidade de vida, mortalidade e morbidade da população infantil (MEDEIROS, 2014; PEREIRA, 2018).

Em uma ação organizada, na década de 80, entre o governo federal, o MS e as secretarias estaduais e municipais de Saúde, foi criado o Programa de Atenção Integral a Saúde da Criança (PAISC) por meio de cinco ações básicas: imunização, aleitamento materno, orientação alimentar para o desmame, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Com o PAISC o MS instituiu uma diretriz política para expandir e consolidar a rede básica de serviços, ao utilizar a estratégia da assistência integral. A ação básica, de realizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento foi o eixo de integração das práticas assistenciais à criança,

através da sistematização de retornos aos serviços de saúde (UFMA, 2016; ANJOS et al., 2017).

Em 1986, de acordo com Maeyama, Dolny e Knoll (2018), os investimentos em saúde foram ampliados com o propósito de fomentar a organização da Atenção Primária à Saúde nos municípios brasileiros. Para isto, o MS definiu o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF) como otimizadores da vigilância de saúde infantil, com ênfase para a propagação do Cartão da Criança como ferramenta de monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil. A partir das décadas de 80 e 90, as políticas de saúde no contexto da saúde da criança desenvolveram programas com o objetivo de ofertar um atendimento à criança mais efetivo e qualitativo. Dentre os programas, evidenciam-se o PSF, o PAISC, a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (Método Canguru), o Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno, o Projeto Acolhimento mãe e bebê e a estratégia AIDPI.

É importante destacar que, apesar dos avanços alcançados, alguns indicadores de saúde da criança como a mortalidade infantil ainda indicam problemas que necessitam de intervenções, ações e práticas na tentativa de melhorá-los ou revertê-los. Com a finalidade de alterar essa realidade, o MS lançou a Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, em 2004, e definiu ações profissionais, possuindo como foco a criança nos vários espaços de atenção (domicílio, unidades de saúde, escolas, creches, hospitais). Nesses contextos sociais, a criança poderá ser favorecida, integralmente, por uma equipe de saúde interdisciplinar que entenda suas necessidades e direitos como indivíduo (COIMBRA et al., 2017).

No que tange à atenção integral à saúde da criança, atualmente a Organização Mundial de Saúde (OMS) indica como estratégias, as Linhas de Cuidado, na busca de uma forma para superar a desarticulação entre os diversos níveis de atenção em saúde e possibilitar o cuidado integral.

Nesse contexto, a PNAISC estrutura-se em três eixos principais, englobando ações que vão desde a anticoncepção à concepção, da atenção ao parto e ao puerpério, passando pelos cuidados com o recém-nascido. As linhas estratégicas de intervenção do PNAISC esclarecem a definição de integralidade, por meio da oferta de ações promocionais, educativas, de diagnóstico, preventivas e de recuperação da saúde. É, por conseguinte, uma relevante contribuição, como política pública

abrangente e inovadora, tanto nas ações propostas como nas suas concepções, defendendo a integralidade, com grande mobilização social de agentes e de instituições diversas (BRASIL, 2018a).

A Atenção à Saúde da Criança, dessa maneira, retrata um marco ao preconizar assistência à saúde infantil com enfoque na integralidade do cuidado e, esta posição se apresenta como um passo relevante para o reconhecimento dos direitos da criança. Tais condições concorrem para a integralidade do cuidado, abrangendo o desenvolvimento de ações preventivas e assistência a agravos como objetivos que, para além da diminuição da mortalidade infantil, direcionam para a responsabilidade de prover qualidade de vida para a criança. Portanto, apresenta-se, o desafio de proporcionar à criança crescer e desenvolver-se com todo o seu potencial.

A PNAISC, aprovada pela portaria GM 1.130, de 5 de agosto de 2015 é o documento que reúne o conjunto de ações programáticas e estratégicas para garantir o pleno desenvolvimento da criança em todas as etapas do ciclo de vida, considerando-se as diferentes culturas e realidades, com foco na promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, assistência e reabilitação à saúde, e defesa dos direitos da criança, desde a gestação até os 9 anos de idade (BRASIL, 2015b).

Considerando-se os marcos legais brasileiros os quais primam pela proteção integral à criança, como a Constituição Federal Brasileira de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990, foi instituída, em 2015, a PNAISC no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal documento objetiva promover e proteger a saúde dos infantes, com especial atenção à primeira infância, por meio da atenção e cuidados integrais, visando à redução da morbimortalidade desse grupo populacional, bem como seu pleno desenvolvimento (SOUZA; VIEIRA; LIMA JÚNIOR, 2019).

Para Góes et al. (2018) o PNAISC estrutura-se em eixos estratégicos, com a finalidade de orientar e qualificar ações e serviços de saúde voltados para a infância brasileira, levando em consideração os fatores determinantes e condicionantes sociais, sendo eles: atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido; aleitamento materno e alimentação complementar saudável; promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral; atenção integral à criança em situação de violência, prevenção de acidentes

e promoção da cultura de paz; atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade; e vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno.

Assim sendo, a PNAISC, dentre outros aspectos, vislumbra diminuir os danos que podem acometer a primeira infância, período de grande vulnerabilidade biológica, psicológica e social. Tal fase da vida precisa ser protegida integralmente, dada a sua importância para o desenvolvimento cognitivo, socioemocional e físico do ser humano, já que é durante os anos iniciais da vida que o cérebro tende a se desenvolver de forma mais rápida e, por conseguinte, ser mais sensível a influências protetoras ou de risco.

Nessa lógica, o acompanhamento das condições de saúde na primeira infância, que compreende o período de zero a cinco anos, onze meses e vinte e nove dias de idade, é fundamental para o adequado crescimento e desenvolvimento dos pequenos, de modo que sejam garantidos os melhores benefícios para a saúde, o aprendizado e a autonomia. Entretanto, a atenção integral à saúde da criança é considerada um desafio nos serviços, exigindo conhecimentos técnicos e científicos que amparem a apreensão ampliada de suas necessidades, por parte dos profissionais de saúde (GÓES et al., 2018).

A linha de cuidado da saúde da criança é aquela que assume o compromisso de reduzir a mortalidade infantil e abordar integralmente a saúde da criança, com promoção da qualidade de vida e equidade. Ela tem como eixo estruturante o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e a assistência que se baseia na promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e recuperação dos agravos à saúde.

2.3 A Atenção Domiciliar como ferramenta de promoção da saúde e o papel do Enfermeiro na atenção ao recém-nascido

A atenção domiciliar brasileira tem como propósito elaborar novas práticas para incorporar os profissionais de saúde no âmbito de vida dos usuários para oportunizar vínculos e possibilitar um cuidado integral. Contudo, apesar das diversas possibilidades que poderiam ser fornecidas por meio dessa estratégia, as práticas ainda se encontram centradas no modelo biomédico de saúde, onde o atendimento

é centrado em queixas básicas, e os profissionais de saúde são pouco capacitados para a assistência neste espaço (ALBUQUERQUE, 2016).

É notória a primazia do modelo biologicista, isto é, a assistência em saúde direcionada ao enfrentamento da doença e com ações pontuais e não voltada para a vigilância em saúde da criança, percebida em seus aspectos familiar e biopsicossocial. Atendendo os aspectos peculiares a cada indivíduo, os profissionais de saúde poderão atender às necessidades de saúde da população e reduzir as complicações evitáveis que possam ser solucionadas em nível de atenção primária e empoderar os usuários para o seu autocuidado e com a sua família.

Com a aproximação da equipe de saúde ao contexto de vida das famílias, a visita domiciliar torna-se um instrumento importante para a troca de informações vinculadas às necessidades particulares de cada indivíduo, favorecendo desta forma, atividades educativas e mais humanizadas.

Visitas domiciliares são recomendadas às famílias de RN até o 5º dia de vida, após a alta da maternidade e, posteriormente a esse período, a periodicidade deve ser pactuada com a equipe de saúde e com a família a partir das necessidades evidenciadas, considerando os fatores de risco e de vulnerabilidade. Em todas as visitas, é importante que o profissional saiba identificar os sinais de perigo à saúde da criança (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2016).

O puerpério é um período assinalado por grande vulnerabilidade emocional, não só para a mulher como também para a família. O nascimento de um filho requer da família um período de recuperação e reestruturação para todos os envolvidos. Essa nova etapa deve ser orientada e supervisionada para atingir níveis de otimização saudáveis.

Conforme Curado (2018), a visita ao RN em domicílio deve ser feita, tendo em conta as especificidades de cada realidade, não podendo haver uniformização das diversas necessidades. Todos os aspectos identificados devem ser levados em consideração, evitando-se subestimações, mas ao contrário devem ser feitas valorações a todos os aspectos positivos, por mais básicos que sejam como ponto de partida. Pequenas metas tangíveis possibilitam objetivos exequíveis que promovem a autonomia da família e que futuramente se refletem no desenvolvimento do RN, assim como em relacionamentos familiares saudáveis.

A VD é propícia à detecção precoce de riscos familiares que podem ser definitivos no vínculo do RN com os pais e refletindo-se no desenvolvimento e crescimento do novo ser. Cada mãe/pai e RN revelam, pois, um mundo próprio e único, com diferentes necessidades.

A VD é, de acordo com Pacheco (2012), uma metodologia de trabalho de caráter educacional, assistencial e exploratório. É definida como a prestação de cuidados de saúde ou de âmbito social, no local de residência do utente/família, no seu meio ambiente. Permite uma maior proximidade do profissional com a família, revelando-se o melhor recurso para conhecer a família no seu contexto habitacional relacional, estrutural e redes de apoio, com o intuito de aconselhar, orientar e capacitar os indivíduos para a resolução dos seus problemas, de forma a torná-los autónomos e independentes, proporcionando ganhos em saúde a todos os elementos da família (BRANCA, 2018).

A comunicação que se estabelece no domicílio é mais fluente, espontânea e num ambiente de maior liberdade, promovendo um conhecimento apropriado dos êxitos quotidianos e a adoção de uma relação de ajuda mais coesa, com uma avaliação completa e realista do meio físico, familiar e social. A VD deve realizar-se o mais precocemente possível e ao longo do ciclo vital, nas alturas de maior mudança e adaptação a novos papéis familiares, de modo a dotar as famílias de instrumentos que as faça ultrapassar de forma saudável essas crises.

A UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) e a OMS, numa declaração conjunta, afirmam que a realização de visitas domiciliárias após o nascimento é uma estratégia que fornece elementos efetivos de cuidados aos recém-nascidos e aumenta a sobrevivência dos mesmos, sendo recomendada a realização de pelo menos uma VD nos primeiros 15 dias de vida, por profissionais de saúde qualificados, que podem prestar a assistência essencial para o fornecimento de cuidados preventivos e curativos (BRASIL, 2014; SCHULZ, 2017).

Apesar do nascimento de uma criança ser um acontecimento saudável e de não estarem indicados serviços destinados a tratar doenças e lesões traumáticas, envolve um período de recuperação o qual requer supervisão, e uma crise de desenvolvimento, que a família deve resolver de forma a manter-se saudável. Depreende-se ainda, que um programa de visitas domiciliárias no pós-parto permite reconhecer as diferenças e delinear estratégias, para ir ao encontro das necessidades desta população singular. A intenção de um programa deste tipo é

começar o trabalho no ponto onde o hospital ou a maternidade parou, não duplicando ou omitindo quaisquer elementos essenciais.

Numa revisão sistemática da literatura, realizada por Rocha e Cordeiro (2015), sobre intervenções, programas e serviços universais de apoio à vigilância da saúde materna e infantil realizados na Europa, foi evidenciado que as intervenções com melhores resultados e maior nível de evidência combinaram, consultas de vigilância de saúde, programas educacionais para pais e crianças, iniciados já no começo da gravidez, incluíram visitas domiciliárias realizadas por profissionais especializados e oferta de contato telefônico, quando necessário. Isso proporcionou treino aos pais e recursos materiais, para capacitá-los como agentes ativos da intervenção.

De acordo com Brasil (2012b) e com a OMS e a UNICEF, os cuidados básicos na VD, para todos os recém-nascidos e família, devem incluir a promoção e o apoio da amamentação inicial e exclusiva, a promoção da manutenção da temperatura do bebê, a lavagem das mãos, os cuidados ao coto umbilical, os cuidados com a pele, a identificação das condições que requerem cuidados adicionais e o aconselhamento sobre quando levar o recém-nascido para um estabelecimento de saúde. Os Recém-nascidos e as mães devem ser examinadas para detectar sinais de perigo nas visitas domiciliárias. Ao mesmo tempo, as famílias devem ser informadas para identificarem os sinais de risco e para a necessidade de procura imediata de cuidados, se tais sinais estiverem presentes.

Como já mencionado anteriormente, os dias e semanas após o parto são uma fase crítica na vida das famílias e dos recém-nascidos e os cuidados recebidos são determinantes para assegurar a saúde e bem-estar de todos. As recomendações mais recentes da OMS, sobre os cuidados no pós-parto à mãe e RN, reforçam a necessidade de fortalecer o atendimento pós-natal, através de visitas domiciliárias, como uma boa prática no cuidado pós-natal para todas as mães e recém-nascidos.

Posto isso, é imprescindível o investimento na visita domiciliar com assistência sistematizada, considerando as necessidades biológicas vinculadas às condições sociais da população na Atenção Primária à Saúde. O cuidado sistematizado proporcionará visibilidade às intervenções e, por conseguinte, refletirá no avanço da qualidade da assistência à saúde da população infantil, especialmente, no primeiro ano de vida. O acompanhamento sistemático presume o

emprego de instrumentos padronizados e estruturados que favoreçam a compilação dos dados e a comunicação multiprofissional de forma a orientar o planejamento das ações e determinar prioridades na assistência.

De acordo com Lacerda (2010), o processo de comunicação no domicílio deve basear-se na ética e no respeito pelas vivências humanas, referindo o domicílio como o local onde se podem desenvolver os melhores cuidados de saúde às pessoas e famílias, uma vez que é um espaço mais íntimo e privado. Rice (2004) reforça que as intervenções no domicílio podem envolver todos os membros da família, incidindo tal ação sobre a educação em saúde e cuidados em nível psicológico, sociológico, espiritual e físico, exigindo do profissional respeito à individualidade dos utentes, estimulando uma relação de confiança baseada na confiança e participação mútua, estimulando o utente a participar dos cuidados.

A eficácia dos cuidados prestados na VD depende da relação estabelecida entre o enfermeiro, a pessoa e o seu ambiente familiar e social. Em contexto de VD, o enfermeiro é um cuidador, um hóspede educado na casa do utente, um professor, um procurador/defensor, um recurso, que por vezes dispõe de tempo limitado para desenvolver este papel. É um processo complexo de ajuste de princípios, de confiança, legitimidade, autoridade, autonomia, competência e vulnerabilidade (DUARTE, 2010).

A implementação de visitas domiciliárias de enfermagem ao recém-nascido e família no pós-parto, é importante para assegurar uma transição segura entre o ambiente hospitalar e o domiciliar. É uma estratégia de intervenção precoce e preventiva, para promover o relacionamento mãe e filho mais saudável, com diminuição das reinternações hospitalares (LUCENA et al., 2018).

AS VD são uma atividade desenvolvida pela enfermagem desde a antiguidade, estando profundamente enraizada na história, com referências aos tempos isabelinos na Inglaterra e aprovada como uma estratégia de Florence Nightingale, no século XIX (MEDEIROS; ENDERS; LIRA, 2015).

Nesse contexto, o trabalho do enfermeiro é significativo, uma vez que este profissional precisa viabilizar ações efetivas em saúde para assegurar uma melhor qualidade de vida às crianças, inclusive, pela promoção de um desenvolvimento saudável e harmonioso. Na perspectiva da puericultura, o profissional enfermeiro, por meio da consulta de enfermagem, deve prestar sua assistência adequada às

reais necessidades de cada criança e sua família, tendo em vista que cada ser possui o seu contexto familiar, social e cultural.

Pinto e Giovanella (2018), ressaltam que a aproximação do trabalho do enfermeiro com a puericultura ganhou maior destaque com a expansão das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), como integrante da consolidação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no contexto do SUS.

É notório que atualmente a puericultura é considerada uma área de atuação multiprofissional, contudo, a contribuição do enfermeiro para essa prática é reconhecida pela sua dedicação às ações de promoção da saúde, obtendo, por vezes, maior satisfação dos usuários. Logo, o trabalho deste profissional na puericultura necessita ser mais bem aproveitado e reconhecido. Contudo, pesquisas sobre as contribuições efetivas da enfermagem brasileira na consulta de puericultura são dispersas, o que impõe a necessidade de uma síntese das evidências disponíveis sobre o tema (GÓES et al., 2018).

Justamente nessa vertente, estudos resgataram a importância do enfermeiro na puericultura para a promoção da saúde a partir de um cuidado integral às crianças, tendo em vista que esse profissional, a priori, encontra-se mais próximo das famílias na comunidade, inclusive nas visitas domiciliares; o que favorece a valorização do contexto de vida nas interações estabelecidas entre enfermeiros, crianças e famílias, extrapolando, assim, o cuidado meramente técnico e curativo. Vale resgatar que, ao se apropriar da consulta de enfermagem em puericultura, o enfermeiro é capaz de monitorar, avaliar e intervir no processo de saúde/doença das crianças e suas famílias, baseando-se nos componentes interacionais e educativos (COREN-GO, 2014).

Nota-se, assim, a importância do enfermeiro na puericultura a partir do estabelecimento do vínculo com as crianças e as famílias, por meio de uma consulta dialogada na qual ocorram trocas de experiências e não uma transferência de conhecimentos de forma verticalizada no sentido profissional e cliente.

Considerando-se que os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença de recém-nascidos, incluem as formas de trabalhar e de viver das famílias, conhecer os diagnósticos de enfermagem de recém-nascidos em consultas de enfermagem de puericultura, contribui para o reconhecimento dos potenciais de fortalecimento e de desgaste frente ao processo saúde-doença, bem como para a compreensão dos indivíduos como sujeitos históricos, sociais e políticos, articulados

com seu contexto familiar, meio ambiente e na sociedade na qual estão inseridos (MACHADO et al., 2007).

Contudo, a compreensão das necessidades do recém-nascido também requer o respaldo de referenciais teóricos adequados às especificidades do sujeito em desenvolvimento. Nesse sentido, o referencial das necessidades essenciais das crianças pode apoiar a interpretação dos diagnósticos de enfermagem visando captar as necessidades dos recém-nascidos atendidos em consultas de enfermagem, na atenção primária à saúde. As necessidades essenciais das crianças representam o alicerce para estabelecer as experiências e os cuidados fundamentais em torno dos quais as famílias, a educação, os sistemas de assistência, de previdência social, jurídico e de saúde devem se organizar (COSTA et al., 2018).

Os cuidados de enfermagem ao RN, no domicílio também podem ser uma ferramenta para colmatar uma situação de crise familiar. Comumente esta atividade diferenciada, proporciona a continuidade de aprendizagens dos pais, no contexto exclusivo do seu lar, visando à aquisição de competências adequadas.

Refletindo sobre a ação da consulta de enfermagem, que é definida de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), como o estabelecimento de uma relação, procurando conselhos, obtendo informações, partilhando ideias e analisando em conjunto, as necessidades identificadas, adotando uma sequência de ações próprias e autônomas do enfermeiro, (direcionadas a uma área da sua intervenção), que através da tomada de decisão, dá resposta à prestação de cuidados de enfermagem ao indivíduo e à família (Ordem dos Enfermeiros), podemos concluir que a visita domiciliária é uma consulta de enfermagem, realizada no domicílio, mas com características diferentes das consultas do Centro de Saúde (CS), pois para além do que se pode fazer no CS, também podemos observar e avaliar a segurança, as características e as condições de vida da família, que se podem constituir como promotoras do desenvolvimento e crescimento da criança (BRANCA, 2018).

Em Portugal, A VD à puérpera e RN, realizada por enfermeiros, foi alvo de um estudo em que restou demonstrado que a intervenção da enfermagem junto à puérpera e à família, no seu contexto, contribui para uma melhor adequação dos cuidados a serem prestados e proporciona mais facilmente a oportunidade ao casal e sua família de expressarem as suas dificuldades e sentimentos considerou ainda

que a visita domiciliária à puérpera/recém-nascido e família, constitui uma estratégia de suporte e ajuda, proporciona apoio e aconselhamento e contribui, deste modo, para uma melhor adaptação à parentalidade (ALMEIDA; NELAS; DUARTE, 2016).

A VD de enfermagem é um contato de grande impacto uma vez que é primordial para o conhecimento da realidade individual assim como da sua respetiva adaptação. Esta atividade é cada vez mais fundamental nas equipes da atenção primária em saúde, constituindo uma estratégia de intervenção na prestação de cuidados. Em contrapartida para os enfermeiros a VD implica um desafio onde se apela à criatividade e flexibilidade associada a competências técnicas e científicas (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2017).

A VD acaba por ser uma estratégia comunitária que nos conduz na intervenção das famílias no seu próprio espaço vital. O enfermeiro envolve-se numa perspectiva global da família, da sua realidade e recursos, podendo atuar de forma holística (CURADO, 2018).

De acordo com as guidelines de um programa de VD ao RN e família, realizado no Utah, EUA, as visitas são realizadas por enfermeiros, que avaliam as necessidades e os pontos fortes da criança e da família, em relação à saúde e bem-estar. Com base nesta avaliação, o enfermeiro e os pais formulam um plano de cuidados personalizado, incluindo as intervenções necessárias relacionadas com a saúde e desenvolvimento da criança. Os enfermeiros também providenciam educação para o desenvolvimento de competências parentais, cuidados antecipatórios e assistência no acesso a serviços de saúde (BRASIL, 2015a).

Face ao exposto, a intervenção, adequa-se na implementação da visita domiciliária ao recém-nascido e família. A VD permitirá ao apoiar, orientar, e aconselhar os pais, ajudando-os a desenvolverem atitudes e comportamentos que assegurem o bem-estar e o desenvolvimento correto dos seus filhos, promovendo a maximização da saúde e a parentalidade positiva.

Portanto, infere-se que o estabelecimento de vínculo e a incorporação dos dados relacionados com o contexto familiar e cultural, a partir das visitas domiciliares, facilitem a mudança de uma prática de atenção focada na doença e nos procedimentos técnicos, para outra baseada no modo de viver e adoecer das pessoas, desejável para afirmação do modelo assistencial proposto pelo SUS. Além disso, a realização constante de atividades educativas como meio de possibilitar a sensibilização da população acerca da prevenção e promoção da saúde, além do

trabalho realizado pelo profissional enfermeiro também são estratégias de enfrentamento das limitações.

2.4 Tecnologias leves em saúde como práticas de enfermagem na atenção primária à saúde

O termo tecnologia em saúde, muitas vezes, é associado à maquinaria desenvolvida para a sobrevivência, recuperação e reabilitação dos indivíduos. Porém, é imprescindível ressaltar que tal conceito pode expressar-se de diferentes maneiras, a saber: tecnologia dura, que representa propriamente à ideia trazida pelo senso comum, representada pelas máquinas, normas e estruturas organizacionais; tecnologia leve-dura, que se refere a saberes teóricos que darão suporte para a compreensão do processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalista e a epidemiologia; e a tecnologia leve, notabilizada pelas relações interpessoais que têm por finalidade suprir as necessidades dos usuários (PEREIRA et al., 2014).

A educação é tida, muitas vezes, como um cenário de construção e aplicação de tecnologias as quais têm sido incorporadas cada vez mais às práticas educativas, ocasionando a transformação da aprendizagem. A inserção das novas tecnologias educacionais mostra diversas possibilidades para a melhoria da educação e sua democratização, ao mesmo tempo em que conduzem questionamentos e desafios a serem enfrentados pelos profissionais envolvidos nestas atividades (SERPA, 2012).

Ocasionalmente a educação em saúde é considerada uma reunião de práticas impositivas e reducionistas as quais objetivam, somente, indicar comportamentos ideais sem conexão com a realidade dos indivíduos, em outras palavras, práticas puramente informativas sem garantia de eficácia nas ações e estratégias (BRASIL, 2006). É nessa circunstância que as tecnologias em saúde se manifestam como aliadas para a conquista dos objetivos e metas propostas. As tecnologias educativas em saúde evidenciam-se como instrumentos relevantes que procuram implementar ações de promoção da saúde considerando a pluralismo humano e reconhecendo suas expectativas e experiências do processo saúde-doença.

Nesse contexto, a tecnologia pode e deve ser agregada às práticas de educação e saúde na atenção primária à saúde na proporção em que produz conhecimentos e estimula as ações consideradas como positivas e saudáveis, por meio da aquisição de habilidades para o cuidado e preservação da saúde dos indivíduos envolvidos.

Existem vários tipos de tecnologias que podem ser empregadas para essa transformação social, tais como: metodologias, medicamentos, protocolos, cartas documentais, vídeos, materiais impressos, procedimentos técnicos; sem deixar de lado as tecnologias sociais, quais sejam: fluxogramas, modelos de atividades avaliativas e diagnósticas, diagramas, sistemas organizacionais, educacionais e de suporte, palestras, entre outros. Tais recursos podem colaborar em nível educacional, de saúde ou de interação entre os dois termos, desde que sempre favoreçam a melhoria da qualidade de vida da população em que é empregada (ROS; MAEYAMA; LEOPARDI, 2012).

De acordo com Oliveira, Suto e Silva (2016) na história da civilização a tecnologia e o cuidado em enfermagem estão fortemente relacionados, conduzindo a ideia de que a enfermagem caminha na direção certa quando incorpora o uso das tecnologias no seu processo de trabalho. Foi por meio da fundamentação científica do cuidado em enfermagem que houve o reconhecimento da expressão tecnológica do cuidado, tanto como processo, quanto como produto.

Na Atenção Primária em Saúde, o enfermeiro exerce suas atividades com o intuito de “produzir saúde”, utilizando-se de seus conhecimentos e fazendo uso das tecnologias leves dirigidas aos usuários tanto no âmbito individual como no coletivo. Essa estratégia fortalece a relação entre os profissionais e população favorecendo a melhoria da qualidade de vida (XIMENES NETO et al., 2011).

Dessa forma, observa-se que a tecnologia está inserida nas diferentes esferas de atuação da enfermagem, especialmente no ensino, tal como se configuram as tecnologias educacionais, cuja representatividade se dá no conjunto de procedimentos como o planejamento, a execução, o controle e o acompanhamento educacional (MONTEIRO; ARAÚJO; CARDOSO, 2010).

No contexto atual do cuidado em saúde, as tecnologias leves se apresentam como proposta de mudança de paradigma que possibilita atender a realidade atual no que diz respeito às relações entre os profissionais da equipe de saúde e a clientela assistida, destacando-se como fatores significativos de articulação entre a

prática profissional e as necessidades de saúde da população. Esse tipo de abordagem, centrada na construção das relações interpessoais, pode ser pontuada como um modelo no qual se viabilize a oportunização de espaços intercessores que possibilitem a construção e validação de ações intercomplementares entre trabalhadores da saúde (DIAS et al., 2015).

As tecnologias leves se apresentam, nesse sentido, como meios possíveis para a qualificação das práticas desenvolvidas no âmbito dos serviços de saúde, em especial na Atenção Primária à Saúde por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que se configuram como porta de entrada do sistema (BRASIL, 2011).

Cumpre-se destacar que o termo tecnologia não se refere apenas a objetos físicos, tais como equipamentos e dispositivos, mas aponta para produtos, contextos organizacionais ou modos de agir que encerram componentes. O significado de tecnologia é atribuído ao resultado de processos concretizados em função da experiência diária, com fins ao desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos científicos e construção de produtos (materiais ou não), facilitando intervenções sobre uma determinada situação prática (SANTOS, 2016). O conceito é de que a tecnologia direcionada a Saúde consiste em conhecimentos e práticas que podem resultar no que se pode elucidar como um processo de humanização (tecnologia leve).

As tecnologias leves são as produzidas no trabalho vivo entre as pessoas, acumulam-se em relações de subjetividade e de interação, produzindo vínculo, acolhimento e responsabilização dos profissionais. Com o surgimento da fundamentação científica na assistência à saúde da criança houve o reconhecimento da expressão tecnológica do cuidado, tanto como processo quanto como produto. Percebe-historicamente que a tecnologia e o cuidado estão profundamente relacionados (ROS; MAEYAMA; LEOPARDI, 2012).

Para Santos (2016), após o surgimento dos avanços tecnológicos, a saúde tem sido beneficiada com melhorias notáveis. Os vários significados dados ao termo tecnologia na área da saúde demonstram o quanto esse fenômeno continua influenciando de forma positiva o ramo da Saúde. Os diversos tipos de tecnologias estão presentes em quase todos os núcleos de atendimento da Estratégia de Saúde da Família, sendo o exercício sólido das atividades de saúde, tais como documentos, atividades e teorias.

A tecnologia leve pode e deve ser inserida no campo da saúde como auxiliadora na educação em saúde, pois proporciona o acolhimento, por parte dos profissionais aos pacientes; refletindo sobre a complexidade e a contextualização dos profissionais com relação ao estado de saúde dos usuários, estes estando dependentes das condições ambientais, biológicas, psicológicas, estilo de vida e das instituições em que se opera o cuidado. O agrupamento desses fatores interfere diretamente no uso das tecnologias incorporadas à saúde (SANTOS, 2016).

3 MÉTODO

3.1 Natureza do estudo

O presente estudo foi realizado com abordagens metodológicas específicas, conjugando preceitos da pesquisa exploratória e descritiva. A pesquisa exploratória objetiva o achado, à descoberta, à compreensão de fenômenos ou o esclarecimento daqueles que, apesar de evidentes, não era aceitos. A pesquisa exploratória, atualmente, representa, em termos de concorrência, um relevante diferencial competitivo (GONÇALVES, 2014).

O estudo foi desenvolvido em duas etapas. Na primeira etapa, foi realizada uma pesquisa bibliométrica de caráter exploratório e descritivo. A bibliometria caracteriza-se pelo estudo dos processos da comunicação escrita e da abordagem quantitativa do comportamento das informações registradas, ou seja, é o uso de técnicas estatísticas e matemáticas para avaliar, de forma objetiva, a produção científica. A sua aplicabilidade é uma fonte importante na busca por recursos e investimentos na pesquisa científica. A etapa de análise dos dados seguiu três procedimentos: a definição da base de dados que iria ser consultada e os critérios utilizados para a coleta, a representação e a análise dos dados (MOURA et al., 2017; WINTERS et al., 2018).

Na segunda etapa tratou-se de um estudo descritivo que apresenta a proposta de construção de uma tecnologia leve do tipo Curso de Capacitação Profissional por meio de um ciclo de palestras acerca da assistência domiciliar ao recém-nascido na Atenção Primária à Saúde.

A interpretação do termo “capacitação” diz respeito à preparação do indivíduo para enfrentar-se as circunstâncias decorrentes da função que exerce; fornecer conhecimento e possibilidade de criar, elucidar problemas, oferecer sugestões que exponham alternativas no ambiente de trabalho; proporcionar autonomia, autoconfiança e propiciar crescimento e melhorias. A “capacitação” está para além do treinamento, ela incentiva o desenvolvimento de competências independentemente da personalidade da pessoa. O Ciclo de Palestras é uma sequência de palestras, podendo abordar tanto um assunto tratado em diversas apresentações como vários assuntos que se complementam. Pode ser ministrado por um ou vários palestrantes, especialistas no assunto (NOGUEIRA, 2008).

3.2 Instrumentos e procedimentos para a coleta de dados

Realizou-se uma revisão, criteriosa, da literatura científica por meio da captação de artigos e, posteriormente, uma análise com enfoque bibliométrico com vistas a identificar os indicadores relativos às necessidades básicas do recém-nascido.

Ao longo dos anos, a pesquisa bibliométrica é utilizada para analisar a qualidade das publicações pertinentes ao contexto da saúde e identificar lacunas em investigações de distintas áreas do conhecimento. A pesquisa bibliométrica foi usada nesta etapa pela sua viabilidade de caracterizar, quantitativamente, a produção científica atual. Essa peculiaridade favoreceu a identificação e a seleção dos indicadores no decorrer da análise (SOARES et al., 2016).

A tecnologia educacional deve ser entendida por processos concretizados, a partir de experiências cotidianas, voltados para o desenvolvimento metódico de conhecimentos e saberes a serem utilizados com finalidade prática específica, contribuindo para gerar conhecimentos a serem socializados. A inserção de tecnologias educativas, como forma de promoção da saúde, contribui para uma assistência mais humanizada, no que diz respeito à qualidade, eficácia, efetividade e segurança (CARDOSO et al., 2018; MORAIS et al., 2017).

As contribuições informativas, as pesquisas captadas e os resultados oriundos desse momento da pesquisa viabilizaram a elaboração de um artigo intitulado “Estudo bibliométrico sobre assistência domiciliar ao recém-nascido”, disposto a seguir.

No estudo bibliométrico foram realizados 3 passos: a escolha da base de dados a ser consultada e os critérios a serem utilizados para a coleta; a coleta dos dados e a representação e análise desses. Deste modo, o *ISI Web of Knowledge/Web of Science™*, Web de Banco de dados de ciências é recomendado por ser reconhecido e considerado como uma das bases de dados mais completas de periódicos, pois abrange diversas áreas do conhecimento científico. A base de dados foi selecionada como fonte de dados bibliográficos para analisar a relação entre instituições, autores, estados, países e áreas do conhecimento (MOURA et al., 2017).

A coleta de dados ocorreu de julho a agosto de 2019. Foi utilizado o intervalo de tempo disponibilizado pela base de dados (anos completos 1945-2018), no

entanto o primeiro registro de artigo resultado da busca foi em 1993. A partir disso, posteriores replicações e atualizações desse estudo na referida base, não terão a necessidade de realizá-lo, novamente, desde o seu princípio.

Todos os índices de citação foram da principal coleção da *Web of Science*™ à exceção dos conference proceedings. Os documentos foram apenas artigos e revisões e todos os materiais editoriais, capítulos de livros e artigos em eventos foram excluídos.

Os descritores foram definidos a partir de buscas no MeSH (Medical Subject Headings) que é um descritor da base de dados MEDLINE do portal PUBMED e foram selecionados os seguintes termos de busca: “nursing”, “newborn”, “ primary health care” e home visit*”. As aspas simbolizam a apresentação exata dos termos com mais de uma palavra e os asteriscos representam as possibilidades de plural dos descritores. Os termos controlados e não controlados refletem a combinação premeditada em atendimento ao objetivo do estudo.

A coleta foi realizada a partir de busca por esses termos no “tópico”, que representa o título dos artigos, resumos, palavras-chave do autor e palavras-chave criadas. Após a busca, foi realizado um refinamento dos trabalhos por meio da utilização de filtros oferecidos pela base. Não houve filtro de refinamento para países, áreas do conhecimento ou idiomas dos estudos, abrangendo todos os registros de publicações que tivessem os dois termos em associação. Foram excluídos: artigos provenientes de eventos ou considerados ainda em edição e registros oriundos de anais, material editorial e carta, resultando apenas trabalhos finais e completos, artigos e revisões. Deste modo, foram recuperados 86 artigos, que foram usados como conjunto de artigos para as análises bibliométricas propostas nesse estudo.

3.3 Processamento e Análise dos Dados

Baseando-se na etapa de identificação na literatura foi possível a elaboração de um artigo intitulado “Estudo bibliométrico sobre assistência domiciliar ao recém-nascido na atenção primária à saúde”, que alcançou o propósito de identificar, na literatura científica, indicadores relacionados à assistência domiciliar prestada ao recém-nascido na atenção primária e de desenvolver, tendo por base os indicadores

encontrados, um ciclo de palestras para guiar a visita domiciliar ao recém-nascido na atenção primária à saúde.

No presente estudo, os indicadores foram considerados a partir da literatura relacionada à assistência domiciliar ao recém-nascido na atenção primária à saúde e os procedimentos usados para identificação, compilação e categorização estão dispostos no Quadro 1, a seguir.

Etapas	Passos sequenciais		Descrição
LEVANTAMENTO	1º	Leitura	Leitura dos artigos selecionados para a coleta dos indicadores.
	2º	Identificação dos indicadores	Baseando-se no conhecimento prévio, foi possível identificar os indicadores de saúde que atendem ao objetivo da pesquisa.
	3º	Banco de dados	Organização, digitalização dos indicadores e a construção do banco de dados no Excel.
CLASSIFICAÇÃO	4º	Distinção da população alvo	Divisão dos indicadores referentes à saúde materna e à saúde do recém-nascido.
CATEGORIZAÇÃO	5º	Ordenar e subdividir	Seleção e reunião dos indicadores referentes à assistência domiciliar ao recém-nascido na atenção primária à saúde em seções estruturadas de forma a ordenar a trajetória de evolução, por ano, das publicações; os periódicos com maior quantidade de registros; os autores com mais publicações e a quantidade de artigos distribuídos por país de origem dos autores.
ESTRUTURAÇÃO	6º	1ª Versão	Conforme a análise das pesquisadoras e da fundamentação teórica da temática, foi possível organizar os itens.

Quadro 1 – Processo de identificação dos indicadores relacionados à assistência domiciliar ao recém-nascido na atenção primária à saúde. Teresina, PI, Brasil, 2019.

Na bibliometria realizou-se a análise do material, por meio da exportação dos dados para o pacote de software de análise bibliométrica Hist Cite™, a fim de organizar as informações e facilitar as análises. Foram analisados os seguintes itens: a trajetória de evolução anual das publicações; os periódicos com maior quantidade de registros; os autores com maior quantidade de publicações e a quantidade de artigos distribuídos por país de origem dos autores. Além desses dados gerados pelo software, foram elucidados aspectos dos 10 artigos que receberam maior quantidade de citações no *Web of Science*™, com o intuito de identificar suas principais contribuições para a temática relacionada à assistência ao recém-nascido na visita domiciliar na atenção primária à saúde.

3.4 Elaboração do produto

Ao considerar que a assistência domiciliar ao recém-nascido, principalmente na primeira semana de vida, é uma intervenção primordial para a vigilância da saúde da criança fora apresentada para os enfermeiros da Secretaria Municipal de Saúde de Floriano-PI, uma proposta de curso de capacitação teórica por meio de um ciclo de palestras na área de saúde da criança com ênfase na atenção ao recém-nascido, por meio de uma tecnologia leve que oriente a equipe da Estratégia Saúde da Família nessa atividade. O objeto da presente pesquisa solicita procedimentos diferentes, dessa forma, o recomendado é utilizar modelos mistos de estrutura com vistas a abranger as perspectivas que irão contribuir na aquisição de distintos tipos de informações.

Foi realizada uma Palestra de Sensibilização acerca da temática do estudo, com duração total de 04 horas na Unidade Básica de Saúde FUNASA do município de Floriano-PI, com os enfermeiros e suas equipes da Estratégia de Saúde da Família onde abordou-se a avaliação e a assistência domiciliar ao recém-nascido na atenção primária à saúde, apresentando-se a linha de cuidado integral para o recém-nascido e sua família. Partindo das grandes áreas prioritárias para a atenção neonatal, além de orientar a organização do conteúdo, registrando um compromisso com os elementos que qualificam a atenção e possibilitam melhores resultados para os recém-nascidos em termos de sobrevivência com qualidade de vida.

1 PALESTRA DE SENSIBILIZAÇÃO

Temática: “Avaliação do Recém-Nascido na Atenção Primária à Saúde”.

Público alvo: Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família do município de Floriano-PI.

Facilitadora Responsável: Adriana da Silva Barros Andrade - Enfermeira

Local: Unidades Básicas de Saúde FUNASA

Cidade: Floriano-PI.

Carga horária: 04 horas

Data: 29 de maio de 2019

CICLO DE PALESTRAS

A partir da aprovação por parte da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Floriano-PI fora realizado um ciclo especial de palestras sobre avaliação do recém-nascido na atenção primária à saúde direcionada aos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Foram 07 aulas presenciais com assuntos diferentes no âmbito desta temática. As palestras aconteceram semanalmente sempre às sextas-feiras no Auditório da Universidade Estadual do Piauí – UESPI, no horário de 08 às 12h e tiveram duração de 04h, marcando assim o início das atividades do Projeto Ciclo de Palestras.

A primeira aula abordou a “Organização da rede de atenção à saúde materna e infantil”, seguida de consulta de enfermagem em saúde da criança e da puérpera, aleitamento materno, imunização em saúde da criança, avaliação materno e neonatal, agravos prevalentes em saúde da criança, triagem neonatal, visita domiciliar e práticas educativas em saúde da mulher, da criança e sua família e avaliação e classificação de riscos em saúde da mulher e do neonato.

O Projeto Ciclo de Palestras favorece uma discussão acerca de diversos temas e tem como finalidade a reflexão/ação, o desenvolvimento da criticidade, a autonomia e a busca de soluções para problemas acerca da assistência ao recém-nascido na atenção primária à saúde.

O ciclo de palestras será um momento de reflexão por parte dos enfermeiros com relação à assistência ao recém-nascido na visita domiciliar na atenção primária à saúde, além de fomentar debates e discussões acerca da formação dos profissionais, conscientizando-os da importância e do compromisso pela qualificação da atenção à criança, resultando na redução da mortalidade infantil com destaque para a mortalidade neonatal, já que em sua maioria estas mortes precoces podem ser consideradas evitáveis, através da visão holística e interdisciplinar.

Desenvolveu-se uma tecnologia leve assistencial de avaliação que poderá ser modelo para as Secretarias Municipais de Saúde na Atenção Primária uniformizando e orientando a consulta/visita domiciliar realizada pelos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde ao Recém-nascido na visita domiciliar, realizando assim um diagnóstico de saúde fidedigno da criança na primeira semana de vida, oportunizando a identificação precoce de riscos/intercorrências à saúde da criança.

3.5 Aspectos Éticos e Legais

O projeto não foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos, pois tratar-se de um estudo bibliométrico e um ciclo de palestras. Contudo, o estudo foi submetido à coordenação de pesquisa do Instituto Universitário UNINOVAFAPI, sob processo de nº. 151/2020 e as pesquisadoras se comprometem a preservar os princípios éticos recomendados para este tipo de pesquisa, considerando as ideias, as citações e indicando os autores e suas respectivas publicações.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussões foram percorridos por meio de um manuscrito, assim como na assistência domiciliar ao recém-nascido, a apresentação do produto Curso de Capacitação Profissional por meio de um Ciclo de Palestras que possibilitará um momento de reflexão com relação à assistência ao recém-nascido na visita domiciliar na atenção primária à saúde.

4.1 Manuscrito I - Estudo bibliométrico sobre assistência domiciliar ao recém-nascido na atenção primária à saúde

Manuscrito a ser submetido à revista Acta Paulista de Enfermagem conforme normativas em Anexo A.

Estudo bibliométrico sobre assistência domiciliar ao recém-nascido na Atenção Primária à Saúde

Bibliometric study on home care for newborns in Primary Health Care

Adriana da Silva Barros Andrade¹, Maria Zélia de Araújo Madeira², Luana Kelle Batista Moura^{1,3}, Carmem Viana Ramos¹, Ivonizete Pires Ribeiro^{1,4}

1 Centro Universitário UNINOVAFAPÍ. Teresina PI, Brasil. Celular: (89) 9906-0604
Email: dricalinda@gmail.com

2 Universidade Federal do Piauí. UFPI. Teresina – PI, Brasil. Email: zeliamaideira15@yahoo.com

4 Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN.
Email: Luana_moura19@hotmail.com

4 Universidade Estadual do Piauí.- UESPI. Email: ivonizeteribeiro@gmail.com

Resumo

Objetivos: Analisar a produção científica sobre assistência domiciliar ao recém-nascido na atenção primária à saúde.

Métodos: Foi realizada uma pesquisa bibliométrica em trabalhos acadêmicos, os dados foram coletados entre julho a agosto de 2019. Os termos usados na busca foram: "Home Care" and "Newborn*" na base de dados *ISI Web of Knowledge/Web of Science*TM, entre os anos 1993 e 2018.

Resultados: Foram identificados 86 artigos sobre assistência domiciliar ao recém-nascido, publicados em 67 periódicos distintos indexados à base de dados selecionada e foram escritos por 446 autores que possuem vínculos à 210 instituições, localizadas em 32 países. Foram identificados a quantidade de artigos em evolução, top journals da temática, artigos mais citados e mais recentes.

Conclusão: O estudo apontou evidências científicas disponíveis acerca da temática, concluindo-se que ainda existem lacunas no cuidado à criança, nas relações organizacionais, no fortalecimento do modelo de processo de trabalho e no processo continuado de educação em saúde.

Palavras-chave: Home care services; infant; bibliometrics.

Introdução

Ao mesmo tempo em que representa um momento de comemoração, a chegada de um bebê, evidencia também, uma situação de risco para milhões de recém-nascidos nascidos em países em desenvolvimento. As situações de risco resultam de falhas na assistência à saúde, principalmente, imediatamente após o parto. No mundo, 2,4 milhões de crianças morreram no primeiro mês de vida em 2019 ⁽¹⁾.

Destaca-se que a grande maioria das mortes de recém-nascidos ocorre em países de baixa e média renda. É possível melhorar a sobrevivência e a saúde dos recém-nascidos e acabar com os natimortos evitáveis promovendo uma alta cobertura de atendimento pré-natal de qualidade, atendimento especializado no nascimento, atendimento pós-natal para mãe e bebê e atendimento a recém-nascidos pequenos e doentes ⁽¹⁾. Com relação aos cuidados primários de saúde e os serviços comunitários, é necessário garantir que haja um contínuo de cuidados para apoiar, capacitar e educar as novas mães e suas famílias para evitar readmissões hospitalares desnecessárias e outros resultados negativos de saúde ⁽²⁾.

No Brasil, a atenção domiciliar objetiva construir novas práticas de assistência à saúde no contexto comunitário, com o propósito de fortalecer vínculos e favorecer a continuação da assistência integral. Contudo, embora tenha uma grande possibilidade de intervenção, suas práticas ainda se encontram centradas no modelo biomédico de saúde, onde o atendimento é centrado em queixas básicas e os profissionais de saúde são pouco capacitados para a assistência neste espaço ⁽³⁾.

Esta pesquisa tem como objetivo de estudo a produção científica acerca da assistência domiciliar ao recém-nascido na atenção primária em saúde.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa bibliométrica de abordagem exploratória, descritiva e quantitativa. A questão norteadora deste estudo bibliométrico consistiu em: “Quais as evidências científicas disponíveis acerca da assistência ao recém-nascido na visita domiciliar na atenção primária?”.

As etapas para a análise dos dados seguiram três procedimentos: definição da base de dados a ser consultada, critérios a serem utilizados para a coleta; coleta dos dados e a representação e análise. Deste modo, o ISI Web of Knowledge/Web of Science™, Web de Banco de dados de ciências é recomendado por ser reconhecido e considerado como uma das bases de dados mais completas de periódicos, abrangendo diversas áreas do conhecimento científico ⁽⁴⁾.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de julho a agosto de 2019. Foi usado o período de busca disponível na base de dados para anos completos (1945-2018).

Os descritores foram definidos a partir de buscas no MeSH (Medical Subject Headings) que é um descritor da base de dados MEDLINE do portal PUBMED e foram selecionados os seguintes termos de busca: “nursing”, “newborn”, “ primary health care” e home visit*”. Esses termos representam uma associação intencionada como forma de atender ao objetivo do estudo.

A coleta foi realizada a partir da busca desses termos no “tópico”, que representa o título dos artigos, resumos, palavras-chave do autor e palavras-chave criadas (keywords plus), através de refinamento dos trabalhos encontrados aplicando-se filtros oferecidos pelo mecanismo de busca. Foram excluídos dos resultados, artigos provenientes de eventos ou considerados ainda em edição (conference proceedings) e registros oriundos de “proceedings papers”, “editorial material” e “letter”, resultando apenas trabalhos finais e completos “article” e “review” (artigos e revisões).

Realizou-se a análise do material, por meio da exportação dos dados para o pacote de software de análise bibliométrica HistCite™, a fim de organizar as informações e facilitar as análises. Os seguintes itens foram analisados: trajetória de evolução anual das publicações; periódicos com maior quantidade de registros; autores com maior número de publicações e artigos distribuídos por país de origem dos autores. Além desses dados gerados pelo software, foram elucidados aspectos dos 10 artigos que receberam maior quantidade de citações no *Web of Science*™, com o intuito de identificar suas principais contribuições para a temática.

Por se tratar de um estudo bibliométrico, não foi necessário submeter o projeto desta pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos. Contudo, o estudo foi submetido à coordenação de pesquisa do Instituto Universitário UNINOVAFAPI sob processo de nº. 151/2020. As pesquisadores comprometeram-se a manter os princípios éticos preconizados para a pesquisa desta natureza, respeitando as ideias, citações e referenciando os autores e suas publicações.

Não ocorreu nenhum tipo de financiamento para o estudo.

Resultados

A busca realizada para o período de 1945 a 2018, somente retornou o primeiro resultado de artigo para o ano de 1993, sendo por esta razão, o espaço temporal avaliado nos resultados de 1993 a 2018.

Após realizado o levantamento bibliométrico na principal coleção do *Web of Science*™, foram identificados 86 artigos sobre assistência domiciliar ao recém nascido. Estes artigos estão publicados em 67 periódicos distintos indexados à base de dados em questão e foram escritos por 446 autores que possuem vínculos à 210 instituições, localizadas em 32 países. Para a consecução destes artigos foram utilizadas 2.578

referências, com uma média de aproximadamente 30 referências por artigo. Na Figura 1, a seguir, são apresentados esses resultados.

A evolução da produção científica da temática relacionada a assistência ao recém-nascido na visita domiciliar, na atenção primária, é demonstrada na Figura 1 que determina o quantitativo anual de publicações no período estudado, apontando que o interesse internacional sobre o assunto teve seu início em 1993 e vem crescendo desde então. Nos primeiros 15 anos verifica-se uma produção incipiente sobre o tema, com crescimento importante e com o pico de produção em 2017, com 12 artigos.

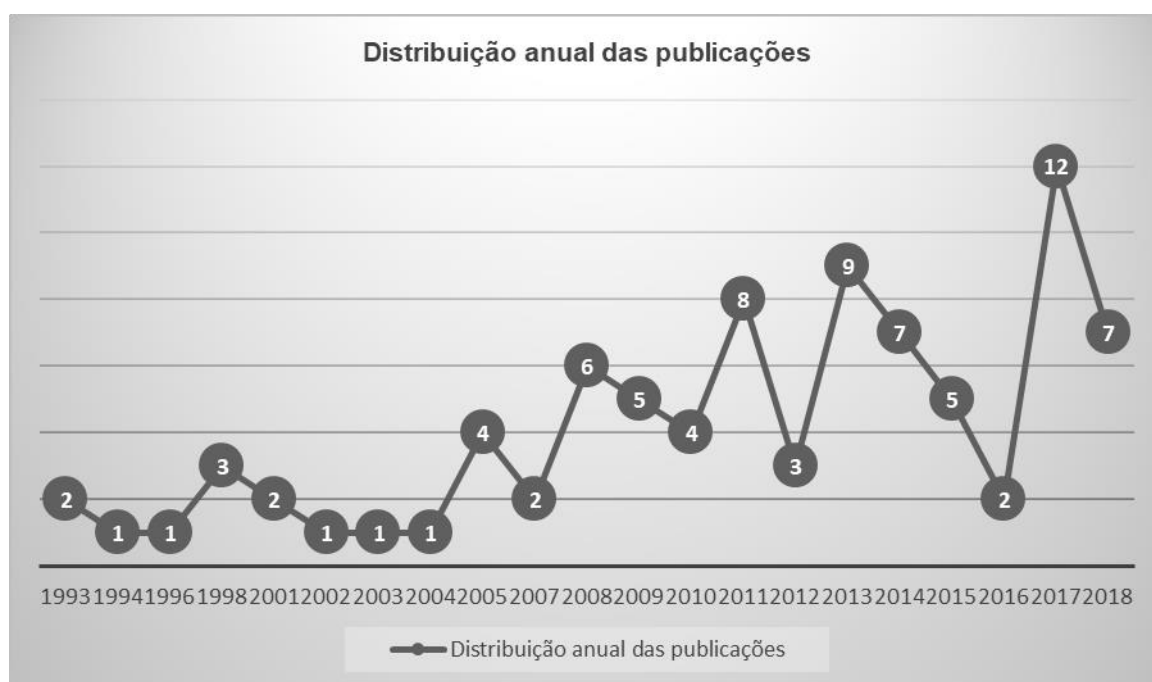


Figura 1. Distribuição das publicações (1993-2018)

Foram analisados 67 periódicos quanto à quantidade de artigos publicados sobre o tema e o total de citações. A Tabela 1, demonstra a lista dos periódicos mais representativos quanto ao quantitativo de publicações, e pode-se observar a relação entre o número de citações e o número de artigos publicados em cada um dos periódicos e, por meio desse indicador, é possível ter uma informação inicial a respeito do impacto dos artigos identificados nesses periódicos sob o total de citações recebidas.

Tabela 1. Top Periódicos com mais artigos publicados (1993-2018)

Periódicos	Quantidade de Artigos	Citações	Citações/ Quantidade
TRIALS	5	140	28
BMC PREGNANCY AND CHILDBIRTH	3	5	1,6

BULLETIN OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION	3	193	64,3
JOGNN-JOURNAL OF OBSTETRIC GYNECOLOGIC AND NEONATAL NURSING	3	107	35,6
ACTA PAEDIATRICA	2	34	17
ACTA PAULISTA DE ENFERMAGEM	2	4	2
ARCHIVES DE PEDIATRIE	2	0	0
COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS	2	12	6
HEALTH POLICY AND PLANNING	2	21	10,5
INTERNATIONAL JOURNAL OF GYNECOLOGY & OBSTETRICS	2	96	48
LANCET	2	1203	601,5
NUTRITION IN CLINICAL PRACTICE	2	24	12
PEDIATRICS	2	120	60

Com relação aos periódicos mais citados (Tabela 1) o *Trials*, *Bmc Pregnancy and Childbirth*, *Bulletin of the World Health Organization*, *Jognn-Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, *Acta Paediatrica*, *Acta Paulista de Enfermagem*, *Archives de Pediatrie*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Health Policy and Planning*, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *Lancet*, *Nutrition in Clinical Practice* e *Pediatrics*, correspondem aos 13 periódicos com maior número de publicações. Devemos destacar a presença de um periódico brasileiro nesta lista, *Acta Paulista de Enfermagem*, publicação eletrônica técnico-científica da Escola Paulista de Enfermagem – EPE da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP.

A *Trials* apresenta o maior número de publicações, possui 140 citações e 28 citações por artigo publicado, enquanto o *Lancet*, o 11º lugar em número de publicações, com 02 artigos, possui 1203 citações e 601,5 citações por artigo, o que eleva consideravelmente o seu fator de impacto quanto a temática pesquisada e pode servir como um indicador de relevância dos seus trabalhos ⁽⁵⁾.

Entre os autores com maior número de publicações sobre o tema na *Web of Science*™, estão Darmstadt GL com 10 publicações e 1024 citações, Costello A com 06 publicações e 156 citações, Baqui AH, Black RE, Prost A, Rath S e Santosham M com 04 citações e 388, 388, 82, 106 e 411 citações, respectivamente. O primeiro autor pertence à instituição Johns Hopkins University dos Estados Unidos, o segundo autor pertence à instituição UCL, Inst Global Hlth do Reino Unido, o terceiro e quarto à Johns Hopkins University dos Estados Unidos, o quinto à instituição UCL, Inst Global Hlth do Reino Unido, o sexto à Ekjut, Chakradharpur, India e ultimo à Johns Hopkins Bloomberg Sch Publ Hlth, Estados Unidos.

Os principais autores e instituições estão representados por 3 países, com destaque para os Estados Unidos, com 22 publicações e um número de artigos maior que a somatória de todos os outros países juntos e todos eles pertencentes à instituição Johns Hopkins.

Os países que possuem a maior produção científica no campo estudado, são: Estados Unidos com 33 artigos e 1776 citações, Reino Unido com 12 artigos e 1218 citações, Brasil com 09 artigos e 87 citações, Índia com 09 artigos e 281 citações, Austrália com 06 artigos e 91 citações, Canadá com 03 artigos e 222 citações, Bangladesh com 05 artigos e 413 citações e Suíça com 05 artigos e 1091 citações. Os Estados Unidos apresentam o maior número de publicações e figuram como sendo o país de vínculo das instituições dos autores mais citados, sendo importante ressaltar que o Brasil aparece em terceiro lugar, com 9 artigos publicados, esta colocação deve-se ao fato de que os pesquisadores brasileiros mantêm vínculos com instituições no exterior.

Na Tabela 2, encontra-se a classificação dos 05 estudos mais citados e os 05 estudos mais recentes na *Web of Science*™. A classificação dos estudos científicos pela quantidade de citações recebidas evidencia tratar-se de trabalhos que são considerados bases fundamentais para o tema. A avaliação das citações nesse estudo procurou estabelecer o estado da arte na área da pesquisa sobre a assistência ao recém-nascido na visita domiciliar na atenção primária.

Observou-se que os estudos mais recentes foram publicados nos últimos 2 anos, sendo 02 do ano de 2017 e 08 do ano de 2018, o que demonstra um interesse dos pesquisadores acerca de pesquisas sobre a assistência ao recém-nascido na visita domiciliar na atenção primária.

Tabela 2. Artigos mais citados e os mais recentes (1993-2018)

Artigos mais citados			
Autores/ano	Título	Fonte	Citações
Darmstadt et al. (2005)	Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save?	Lancet	846
Baqui et al. (2008)	Effect of community-based newborn-care intervention package implemented through two service-delivery strategies in Sylhet district, Bangladesh: a cluster-randomised controlled trial	Lancet	357
Bhutta et al. (2008)	Implementing community-based perinatal care: results from a pilot study in rural Pakistan	Bulletin of the world health organization	152

Lawn et al. (2009)	Reducing intrapartum-related deaths and disability: Can the health system deliver?	International journal of gynecology & obstetrics	93
Casiro et al. (1993)	Earlier Discharge With Community-Based Intervention For Low-Birth-Weight Infants - A Randomized Trial	Pediatrics	77
Artigos mais recentes			
Autores/ano	Título	Fonte	
Eckenwiler (2018)	Displacement and solidarity: An ethic of place-making	Bioethics	
Sharma et al. (2018)	Systematic review of community participation interventions to improve maternal health outcomes in rural South Asia	BMC pregnancy and childbirth	
Osman et al. (2018)	Maternal cultural practices for neonates' care in upper Egypt	Women and birth	
Tokhi et al. (2018)	Involving men to improve maternal and newborn health: A systematic review of the effectiveness of interventions	PLOS ONE	
Skotte (2018)	Colligation in child welfare work: Decision-making in a case on the tipping point	Qualitative social work	

Discussão

Os resultados do estudo bibliométrico, mostram que as produções científicas sobre o tema só possuem registros a partir do ano de 1993, observou-se aumento sustentável de publicações a partir de 2005 e o ano de 2017 o que teve o maior número de publicações. A produtividade dos periódicos foi muito irregular e dispersa, sendo a grande maioria dos estudos realizada nos últimos 02 anos, apresentando ainda um declínio de 2017 para 2018 (Figura 1). As mudanças demográficas e epidemiológicas vivenciadas nas últimas décadas, com a já citada progressiva melhoria do índice de mortalidade infantil, aliada ao envelhecimento da população e ao grande aumento na prevalência das doenças crônicas não transmissíveis acabaram forçando uma reorganização de prioridades com consequente diminuição da preocupação com a atenção à saúde da criança. Dos estudos registrados, 79% foram realizados na última década e 38%, somente nos últimos 5 anos. O idioma das publicações foi dominado pelo Inglês, o que pode facilmente explicado pelo fato de ser o inglês um idioma universal para a ciência ⁽⁶⁾.

A literatura demonstra a ocorrência de sucessivas transformações nos determinantes sociais das doenças e na organização dos serviços de saúde, nas últimas três décadas. A comunidade científica está se dedicando com maior ênfase ao estudo da categoria do

recém-nascido e dos fatores de risco que levam à ocorrência da morbimortalidade, já que, com o avanço das tecnologias na área da assistência, estão sendo instituídas práticas para melhorar a sobrevivência⁽⁷⁾.

O Brasil tem consolidado pactos para melhorar a qualidade da atenção à saúde prestada à mãe e ao recém-nascido, com o objetivo de reduzir as altas taxas de mortalidade materna e infantil¹³. As diretrizes políticas para a infância têm considerado o período pós-parto como o centro de ações e de cuidados que antecipam o aparecimento de enfermidades⁽⁸⁾.

O número de citações por periódicos (Tabela 1) é considerado um indicador simples, por ser expresso em números absolutos, independente da grandeza da temática estudada. Entretanto, o número de citações por artigo, calculado pela média de citações, é um indicador que analisa o impacto de um pesquisador, instituição ou país ao relativizar as citações em função do número de documentos produzidos.

Estes dados corroboram as pesquisas de Sacardo⁽⁹⁾ as quais informam que essas tipologias documentais são os canais formais de comunicação mais utilizados pelos pesquisadores para publicação de seus estudos. Estes canais são imprescindíveis pelo fato de permanecerem disponíveis por um longo tempo, por atingirem um público mais amplo e também por serem os mais lidos e citados pela comunidade acadêmica.

Em relação aos artigos mais citados (Tabela 2)⁽¹⁰⁻¹⁵⁾, o 1º mais citado, com 846 citações, de Darmstadt et al. (2005), trata-se de artigo da série de sobrevivência neonatal, onde foram identificadas 16 intervenções com eficácia comprovada para a sobrevivência neonatal e combiná-los em pacotes para ampliar os sistemas de saúde, de acordo com três modos de prestação de serviços (assistência médica, comunidade familiar e clínica)⁽⁵⁾.

O artigo 2º colocado o qual tem como autores Baqui et al. (2008), refere-se a um estudo controlado randomizado por cluster de promoção da saúde de recém-nascidos e mães no distrito de Sylhet em Bangladesh (Projahnmo), onde implementou-se um pacote de intervenção comunitário através de infra-estruturas de organizações governamentais e não governamentais para reduzir a mortalidade neonatal financiado pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional e programa para salvar vidas de recém-nascidos por Salve as Crianças/Save the Children (EUA), com uma bolsa da Fundação Bill e Melinda Gates. O desfecho primário foi a redução da mortalidade neonatal⁽¹⁰⁾.

O 3º artigo é um estudo piloto que investigou a viabilidade de fornecer um pacote de intervenções baseadas na comunidade, para melhorar o desempenho perinatal como cuidados com as trabalhadoras de saúde e as assistentes de parto tradicionais na zona rural do Paquistão. A intervenção foi implementada em quatro de oito grupos de aldeias, enquanto quatro serviram como um grupo de comparação. Nas aldeias de intervenção, houve reduções significativas da linha de base em natimortos (de 65,9 para 43,1 por 1.000

nascimentos, $p < 0,001$) e taxas de mortalidade neonatal (de 57,3 a 41,3 por 1.000 nascidos vivos, $p < 0,001$) ⁽¹¹⁾.

No 4º lugar, ficou um artigo de Lawn et al. (2009) o qual realizou um estudo que teve como objetivo resumir os resultados de uma revisão sistemática de evidências e sintetizar ações necessárias para fortalecer os sistemas de prestação de cuidados de saúde e os cuidados domiciliares para reduzir as mortes intraparto. Foram realizadas pesquisas sistemáticas para vários aspectos do atendimento intraparto, incluindo: cuidados obstétricos, reanimação neonatal, estratégias para vincular comunidades a cuidados baseados em instalações, atendimento dentro das comunidades por 60 milhões de nascimentos. Como resultado, demonstrou-se que a qualidade da evidência para os cuidados obstétricos é baixa, exigindo avaliação adicional para efeitos nos resultados perinatais. Mais de três quartos das mortes relacionadas ao parto ocorrem em ambientes com sistemas de saúde fracos marcados pela baixa cobertura de assistência especializada ao parto, baixa densidade de recursos humanos qualificados e baixos gastos per capita em saúde ⁽¹²⁾.

O 5º artigo é um estudo randomizado com intervenção comunitária para bebês com baixo peso ao nascer. Cem crianças com peso ≤ 2000 g de peso ao nascer foram randomizadas para um grupo de intervenção ou controle. As famílias dos grupos de intervenção receberam serviços de enfermagem em saúde pública por até 8 semanas. Os bebês-controle receberam alta para suas casas a critério do médico assistente. Todas as crianças foram avaliadas às cegas com 1 ano de idade. Uma análise secundária por estratos de peso ao nascer (≤ 1500 g e 1501 a 2000 g) revelaram que as reduções mais significativas na permanência hospitalar e o peso à alta foi encontrado em lactentes de 1501 a 2000 g de peso ao nascer; a persistência de episódios apneicos e a necessidade do monitoramento eletrônico impediu a alta precoce de bebês com peso ≤ 1.500 g. A alta precoce de bebês com peso ≤ 1.500 g ao nascimento foi dificultada por episódios apneicos persistentes e dificuldades de alimentação ⁽¹³⁾.

No que diz respeito aos artigos mais recentes (Tabela 2), o 2º artigo trata de uma revisão sistemática sobre a efetividade das intervenções comunitárias na melhoria dos resultados de cuidados de saúde no sul da Ásia. Onze ensaios clínicos randomizados foram incluídos através de meta-análise de intervenções na comunidade, combinado em comparação com o controle mostrou uma pequena melhora no número de mulheres que compareceram a pelo menos uma consulta pré-natal ⁽¹⁵⁾.

O 3º artigo teve como objetivo escrever práticas de cuidado cultural materno, usadas com neonatos e destacar práticas para identificar áreas de mudança necessária nos cuidados. Estudo descritivo, utilizando uma amostra de conveniência de 200 mulheres recrutadas de ambulatórios pediátricos em Qena, Egito. Mais de um terço das mulheres estudadas deram à luz em casa e uma assistente de parto tradicional ajudou com a maioria

dos partos domiciliares. As mulheres usavam mais práticas tradicionais, em vez de práticas médicas modernas, para atendimento neonatal ⁽¹⁶⁾.

O 4ª artigo trata de uma revisão sistemática que teve como objetivo determinar o efeito de intervenções envolvendo homens durante a gravidez, parto e infância. Foram avaliadas práticas de atendimento domiciliar, procura de cuidados e relacionamentos de casal. Apresentou como resultados treze estudos de nove países. Intervenções para envolver homens foram associadas com assistência pré-natal melhorada, assistência especializada ao parto, parto em domicílio, cuidados pós-parto, preparação para o parto e complicações e nutrição materna ⁽¹⁷⁾.

O 5º artigo explorou o tratamento da ambiguidade e incerteza dos assistentes sociais em um caso possível de negligência no ponto de inflexão entre os cuidados domiciliares e os cuidados fora do domicílio. O estudo acompanhou eventos e atividades no caso de uma família composta por mãe, pai e gêmeos recém-nascidos, refletindo o processo real, em tempo real ⁽¹⁸⁾.

Esse estudo apresenta algumas limitações, uma delas é a utilização de uma única base de dados, a Web Of Science. A outra limitação, diante do avaliado, foi a dificuldade de encontrar publicações envolvendo essa temática principalmente, que abordem a problemática no âmbito da atenção primária à saúde.

Conclusão

Este estudo realizou um mapeamento bibliométrico acerca das evidências científicas internacionais sobre assistência domiciliar ao recém-nascido na atenção primária à saúde, na base de dados ISI Web of Knowledge/Web of Science, possibilitando recuperar indicadores para caracterizar o estado da arte relacionada à temática, apresentando os trabalhos relevantes sobre o assunto, periódicos, países e autores com maior número de publicações e citações.

A assistência à saúde da criança ainda se encontra em processo de construção, em um movimento de mudança paradigmática do modelo centrado na patologia e na criança, para um modelo de construção de redes, em prol da inclusão da família e da integralidade do cuidado. Ainda existem lacunas no cuidado à criança, nas relações organizacionais e administrativas, no fortalecimento do modelo de processo de trabalho e no processo continuado de educação em saúde.

O estudo apontou evidências para inferir a importância da assistência domiciliar ao recém-nascido na atenção primária à saúde como parâmetro a ser avaliado nessa população. Diante da importância da temática, tornam-se necessário novos estudos na área os quais envolvam as políticas públicas na área da saúde da criança.

REFERENCIAS

1. WHO. World Health Organization. Newborns: improving survival and well-being. Geneva: WHO; 2020. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>
2. Olson T, Bowen A, Smith-Fehr J, Ghosh S. Going home with baby: innovative and comprehensive support for new mothers. *Prim Health Care Res Dev.* 2019; 20: 1-16. <https://doi.org/10.1017/S1463423618000932>
3. Rajao FL, Martins Mônica. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva.* 2020; 25(5): 1863-1877. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34692019>
4. Hutchins BI, Yuan X, Anderson JM, Santangelo GM. Relative Citation Ratio (RCR): a new metric that uses citation rates to measure influence at the article level. *PLoS Biol.* 2016; 14(9): 1-25. <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pbio.1002541>
5. Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, Bernis L, et al. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *Lancet.* 2005; 365: 977-88. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71088-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71088-6)
6. Silva VRF, Meireles IB, Cheng C, Silva RCL, Silva CRL, Santiago LC. Análise bibliométrica de artigos sobre cateterização venosa periférica em pediatria. *Cogitare enferm.* 2019; 24: 1-10. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.59232>.
7. Pizzani L, Lopes JF, Manzini MG, Martinez CM. Bibliometric analysis of theses and dissertations on prematurity in the Capes database. *J Pediatr (Rio J).* 2012; 88(6): 479-82. <http://dx.doi.org/10.2223/JPED.2232>
8. Bufrem LS, Prates Y. O saber científico registrado e as práticas de mensuração da informação. *Ci. Inf.* 2005; 34(2): 9-25. <http://revista.ibict.br/ciinf/article/view/1086/1189>
9. Sacardo MS. Publicação científica derivada das dissertações e teses na interface entre Educação Especial e Educação Física [dissertação]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2006.
10. Baqui AH, El-Arifeen S, Darmstadt GL, Ahmed S, Williams EK, Seraji HR, et al. Effect of community-based newborn-care intervention package implemented through two service-delivery strategies in Sylhet district, Bangladesh: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet.* 2008; 371: 1936-44. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60835-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60835-1)
11. Bhutta ZA, Memon ZA, Soofi S, Salat MS, Cousens S, Martines J. Implementing community-based perinatal care: results from a pilot study in rural Pakistan. *Bullet World Health Organiz* 2008; 86: 452-459. <https://www.who.int/bulletin/volumes/86/6/07-045849.pdf?ua=1>
12. Lawn JE, Kinney M, Lee ACC, Chopra M, Donnay F, Paul VK, et al. Reducing intrapartum-related deaths and disability: Can the health system deliver? *Int J Gynaecol Obstet.* 2009; 107(Suppl 1): 123-142. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.07.021>

13. Casiro OG, McKenzie ME, McFadyen L, Shapiro C, Seshia MM, MacDonald N, et al. Earlier discharge with community-based intervention for low birth weight infants: a randomized trial. *Pediatrics*. 1993; 92(1): 128-34. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8390644/>
14. Eckenwiler L. Displacement and solidarity: an ethic of place-making. *Bioethics*. 2018; 32: 562-568. <https://doi.org/10.1111/bioe.12538>
15. Sharma BB, Jones L, Loxton DJ, Booth D, Smith R. Systematic review of community participation interventions to improve maternal health outcomes in rural South Asia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018; 18(1): 327-47. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1964-1>
16. Osman A, Gaffer Y, Sharkawy A, Brandon D. Maternal cultural practices for neonates' care in upper Egypt. *Women Birth*. 2018; 31(4): 278-285. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.09.022>
17. Tokhi M, Comrie-Thomson L, Davis J, Portela A, Chersich M, Luchters S. Involving men to improve maternal and newborn health: a systematic review of the effectiveness of interventions. *PLoS ONE*. 2018; 13(1): 1-16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191620>
18. Skotte PS. Colligation in child welfare work: Decision-making in a case on the tipping point. *Qualitative Social Work*. 2018; 17(1): 115-132. <https://doi.org/10.1177/1473325016654558>

4.2 Produto – Curso de Capacitação “Avaliação do Recém-Nascido na Atenção Primária à Saúde” para os enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família para a melhoria da avaliação e assistência ao recém-nascido

CICLO DE PALESTRAS

PLANO DE ATIVIDADES

1 ASPECTOS GERAIS DO CURSO

APRESENTAÇÃO

Caro aluno, estamos iniciando a Avaliação do Recém-Nascido na Atenção Primária à Saúde a qual tem como foco a atenção à saúde da mulher, no puerpério, e da criança, no contexto das Redes de Atenção à Saúde.

Este Curso busca contextualizar a saúde da criança e da mulher no âmbito das Redes de Atenção à Saúde. Nesse sentido, abordaremos conteúdos que norteiam o processo de enfermagem no cuidar da mulher, da criança e da família, buscando também reconhecer o papel do enfermeiro nas ações de saúde, na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade materna, neonatal e do lactente.

Acreditamos que você continue motivado e consiga, ao longo do desenvolvimento deste curso, discutir e refletir sobre o papel do profissional de enfermagem nesse contexto de cuidado, apropriando-se de recortes fundamentais da assistência de enfermagem no processo de viver da criança. Desejamos que a cada dia você consiga contribuir em sua prática profissional, com uma assistência de enfermagem cuidadora, qualificada e embasada no conhecimento científico.

Objetivo Geral: Analisar e descrever os cuidados de enfermagem com a mulher, a criança e a sua família no contexto da atenção básica de saúde, reconhecendo e relacionando a atuação do enfermeiro no planejamento das ações, na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade materna e neonatal.

Objetivos Específicos

- Melhorar a adesão ao acompanhamento dos recém-nascidos na Estratégia de Saúde da Família.
- Fortalecer o vínculo destas com a equipe de saúde, diminuindo as complicações no período de puerpério, melhorando a adesão ao aleitamento materno, monitorando, prevenindo e detectando precocemente alguma intercorrência.
- Apoiar a organização da assistência à população infantil e possibilitar que profissionais de saúde identifiquem as ações prioritárias para a saúde da criança.
- Identificação das linhas de cuidado integral que devem constar no protocolo básico para o funcionamento adequado dos serviços e de toda a rede de ações de saúde da criança no nível local, de maneira a prover respostas mais satisfatórias para esta população.

PROPOSTA: Estudaremos sobre a consulta de enfermagem em saúde da criança; o aleitamento e a alimentação complementar saudável; os agravos prevalentes na saúde da criança e as medidas terapêuticas relacionadas ao neonato. Por fim, a visita domiciliar e as práticas educativas em saúde da criança.

A Agenda de Compromissos à Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil é um documento criado em 2004 pelo Ministério da Saúde com o objetivo de propor diretrizes possibilitando aos gestores e trabalhadores da saúde a organização do processo de trabalho e da rede de serviços de saúde, oferecidos em todos os níveis de atenção, principalmente na primária.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é essencial para a queda processual da mortalidade infantil no país, pois ela redireciona o foco da atenção à saúde, que deixou de ser curativista e passou a ser de promoção e vigilância em saúde.

Nesse contexto, o enfermeiro pode contribuir para a promoção da saúde infantil e redução da taxa de mortalidade, atuando nos aspectos referentes à ampliação da qualidade do pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e ao recém-nascido.

Para garantir a continuidade do cuidado e permitir a articulação das ações de saúde, a Agenda de Compromissos à Saúde Integral da Criança e Redução da

Mortalidade Infantil organiza a assistência de saúde à criança em 13 linhas de cuidado, porém, este estudo aborda a Primeira Semana de Saúde Integral – PSSI, ação que integra a linha de cuidado 2 – Atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido.

AÇÕES PRECONIZADAS NA LINHA DE CUIDADO PRIMEIRA SEMANA DE SAÚDE INTEGRAL

Seguindo as recomendações da “Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil”, as ações que não podem deixar de ser realizadas na Primeira Semana de Saúde Integral são (BRASIL, 2004):

- Realizar visita domiciliar/consulta na primeira semana após o parto;
- Verificar o cartão da criança/condições de alta da maternidade;
- Avaliação geral da criança e orientações básicas sobre o cuidado e higiene;
- Identificação de risco/sinais de perigo na criança;
- Avaliar e orientar o aleitamento materno;
- Verificar se foram realizadas as triagens: neonatal, auditiva e oftalmológica;
- Verificar se foram aplicadas as vacinas BCG e Hepatite B;
- Agendamento de consultas para recém-nascido e puérpera (30 dias após o parto).

METODOLOGIA: As unidades conterão textos e vídeos explicando o tema abordado. Avaliações em forma de participação durante a aula também estarão relacionadas às unidades, para que o(a) aluno(a) possa realizar sua autoavaliação da aprendizagem em relação ao tema em tela.

RECURSOS: arquivos de mídia digitais contendo vídeos e aulas.

AVALIAÇÃO: A avaliação está estruturada em forma de autoavaliação da aprendizagem, de forma contínua/processual de acordo com a unidade em estudo.

PUBLICO ALVO: Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família.

INVESTIMENTO: Gratuito

CERTIFICADO DO CURSO: será fornecido no último dia do curso para os participantes com mais de 75% de presença.

CARGA HORÁRIA: 30h (Teórico) - 04 horas aula/semanalmente

DATA: a definir

HORÁRIO: Sexta - 08:00 às 12:00 h.

LOCAL: Auditório da Universidade Estadual do Piauí – UESPI

FACILITADORA: Enfermeira Adriana da Silva Barros Andrade

2 CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

Aula 1. Organização da rede de atenção à saúde materna e infantil

- A Rede Cegonha;
- Os princípios e objetivos da Rede Cegonha;
- A organização e operacionalização da Rede Cegonha;
- O enfermeiro no contexto das Redes de Atenção à Saúde materna, neonatal e do lactente.

Objetivo geral

- Refletir criticamente sobre a organização da rede de atenção materno e infantil.

Objetivos específicos

- Descrever seus princípios, objetivos e componentes;
- Analisar o papel do enfermeiro nesse contexto.

Metodologia: aula expositiva e dialogada

Recursos: datashow

Carga horaria: 04 h.

Avaliação: participação durante a aula

Referencias

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.** Brasília: MS 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS),** Brasília: MS, 2010.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

Aula 2. A consulta de enfermagem em saúde da criança e a puérpera

- A consulta de enfermagem à puérpera;
- Consulta de Enfermagem em Puericultura;
- O Crescimento da Criança;
- O Desenvolvimento da criança.

Objetivo geral

- Abordar o cuidado de enfermagem materna e neonatal do ponto de vista da atenção na rede básica de saúde.

Objetivos específicos

- Avaliar as condições maternas e neonatais após a alta da unidade onde se realizou a assistência ao parto, identificando as patologias mais frequentes neste período;
- Controlar a evolução das patologias manifestadas;
- Estabelecer e reforçar as orientações gerais iniciais durante o período de internação na maternidade;
- Reforçar o vínculo com o sistema de saúde;
- Avaliar as condições emocionais da puérpera.

Metodologia: aula expositiva e dialogada

Recursos: datashow

Carga horaria: 04 h.

Avaliação: participação durante a aula

Referências

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 República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: http://novo.portalfen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html.

Acesso em: 31 mai. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília: MS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos.** Brasília: MS, 2000.

Aula 3. Aleitamento materno

- Anatomia da mama, fisiologia da lactação e o leite humano;
- A amamentação;
- Cuidado de enfermagem ao aleitamento materno;
- Ordenha;
- Principais Dificuldades;
- Aleitamento materno e alimentação complementar saudável - Recomendações atuais para a alimentação complementar da criança em aleitamento materno.

Objetivo geral

- Transmitir informações para aquisição de conhecimento sobre aspectos relevantes do leite humano e orientação da amamentação.

Objetivos específicos

- Explicar a importância do leite materno para a criança;
- Identificar os problemas relacionados à amamentação;
- Explicar como é produzido o leite materno;
- Enumerar mitos, verdades e preconceitos sobre a amamentação;
- Listar as iniciativas em prol do aleitamento materno.

Metodologia: aula expositiva e dialogada

Recursos: datashow

Carga horaria: 04 h.

Avaliação: participação durante a aula

Referencias

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007–2010).** Brasília: MS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promovendo o aleitamento materno**. Brasília: UNICEF; MS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

Aula 4. Imunização em saúde da criança

- Programa de Imunização no Brasil;
- Os Tipos de Imunidade;
- Agentes Imunizantes;
- Imunobiológicos disponíveis para a Espécie Humana;
- Esquema vacinal;
- Reações vacinais.

Objetivo geral

- Compreender a forma como as vacinas agem nos organismos e sua importância na prevenção de doenças.

Objetivo específico

- Reconhecer a contribuição dos avanços científicos na promoção da saúde pública.

Metodologia: aula expositiva e dialogada

Recursos: datashow

Carga horaria: 04 h.

Avaliação: participação durante a aula

Referencias

BRASIL. **Manual de normas de vacinação**. 3 ed. Brasília: MS: Fundação Nacional de Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. 1. ed. Brasília: MS, 2004.

Aula 5. Avaliação materna e neonatal

- Avaliação materna;
- Exame físico materno;

- Avaliação do recém-nascido;
- Adaptação do recém-nascido à vida extrauterina;
- Exame físico do recém-nascido.

Objetivo geral

- Desenvolver habilidades técnico-científicas para a assistência às mulheres e os recém-nascidos durante o puerpério e período neonatal.

Objetivos específicos

- Conhecer a fisiopatologia e as medidas de prevenção, proteção e tratamento recomendadas nas principais intercorrências maternas e neonatais;
- Empoderar a família para os cuidados com o bebê e promoção de bem-estar fisiológico e emocional da família, além do eficiente reconhecimento de problemas relacionados ao período.

Metodologia: aula expositiva e dialogada

Recursos: datashow

Carga horaria: 04 h.

Avaliação: participação durante a aula

Referencias

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. **Cadernos de Atenção Básica, n. 11, série A. Normas e Manuais Técnicos**. Brasília: MS, 2002.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério**: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: MS, 2006.

SÃO PAULO (ESTADO). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS –SP**: manual técnico do pré natal e puerpério. São Paulo: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, 2010.

Aula 6. Agravos prevalentes em saúde da criança

- Atenção aos agravos prevalentes na infância;
- Agravos Respiratórios;
- Diarreia Aguda e Desidratação;
- Agravos Nutricionais;
- Violência na Infância.
- Infecção Neonatal – Onfalite.

Objetivo geral

- Analisar as principais estratégias integradas às doenças prevalentes na infância.

Objetivos específicos

- Reconhecer sinais gerais de perigo e principais sinais e sintomas para avaliação da criança nos agravos prevalentes;
- Identificar a importância de intervenções de enfermagem no contexto da família.

Metodologia: aula expositiva e dialogada

Recursos: datashow

Carga horaria: 04 h.

Avaliação: participação durante a aula

Referencias

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Organização Pan-Americana da Saúde. **Manual AIDPI Neonatal**: quadro de procedimentos. 5. ed. 1.reimp. Brasília: MS, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança**: orientações para implementação. Brasília: MS, 2018.

Aula 7. Triagem Neonatal

- Teste do Pezinho;
- Teste da Orelhinha;
- Teste do Olhinho;
- Teste do Coraçãozinho.

Objetivo geral

- Promover, implantar e implementar a triagem neonatal no âmbito do SUS, visando ao acesso universal, integral e equânime, com foco na prevenção, na intervenção precoce e no acompanhamento permanente das pessoas com as doenças do Programa Nacional de Triagem Neonatal.

Objetivo específico

- Identificar distúrbios e doenças no recém-nascido, em tempo oportuno, para intervenção adequada, garantindo tratamento e acompanhamento contínuo com diagnóstico positivo, com vistas a reduzir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida da população infantil.

Metodologia: aula expositiva e dialogada

Recursos: datashow

Carga horaria: 04 h.

Avaliação: participação durante a aula

Referencias

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 20, de 10 de junho de 2014.** Incorpora a oximetria de pulso - teste do coraçãozinho, na triagem Neonatal no Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: MS, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância:** detecção e intervenção precoce para prevenção de deficiências visuais. Brasília: MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal.** Brasília: MS, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Triagem neonatal biológica:** manual técnico. Brasília: MS, 2016

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamentos de Cardiologia e Neonatologia. **Diagnóstico precoce de cardiopatia congênita crítica:** oximetria de pulso como ferramenta de triagem neonatal. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/diagnostico-precoce-oximetria.pdf>. Acesso: 02 dez 2018.

3 PROGRAMAÇÃO



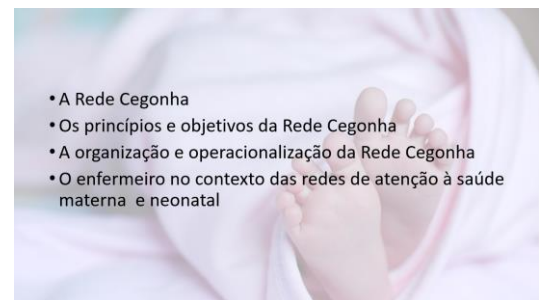
NOVAFAPÍ
FACULDADE

MESTRADO
EM SAÚDE DA FAMÍLIA
Mestrado Profissional
Reconhecido pelo CAPES

AULA 1
**Organização da rede de atenção à
saúde materna e infantil**

Produto do Mestrado Profissional em Saúde da Família

Facilitadora: Mestranda Adriana da Silva Barros Andrade



- A Rede Cegonha
- Os princípios e objetivos da Rede Cegonha
- A organização e operacionalização da Rede Cegonha
- O enfermeiro no contexto das redes de atenção à saúde materna e neonatal



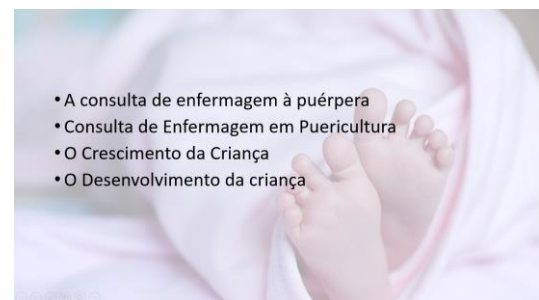
NOVAFAPÍ
FACULDADE

MESTRADO
EM SAÚDE DA FAMÍLIA
Mestrado Profissional
Reconhecido pelo CAPES

AULA 2
**A consulta de enfermagem em
saúde da criança e a puérpera**

Produto do Mestrado Profissional em Saúde da Família

Facilitadora: Mestranda Adriana da Silva Barros Andrade



- A consulta de enfermagem à puérpera
- Consulta de Enfermagem em Puericultura
- O Crescimento da Criança
- O Desenvolvimento da criança



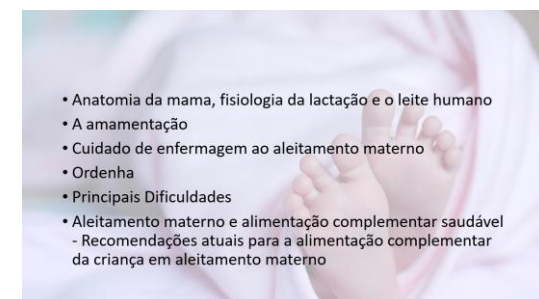
NOVAFAPÍ
FACULDADE

MESTRADO
EM SAÚDE DA FAMÍLIA
Mestrado Profissional
Reconhecido pelo CAPES

AULA 3
Aleitamento materno

Produto do Mestrado Profissional em Saúde da Família

Facilitadora: Mestranda Adriana da Silva Barros Andrade



- Anatomia da mama, fisiologia da lactação e o leite humano
- A amamentação
- Cuidado de enfermagem ao aleitamento materno
- Ordenha
- Principais Dificuldades
- Aleitamento materno e alimentação complementar saudável
- Recomendações atuais para a alimentação complementar da criança em aleitamento materno



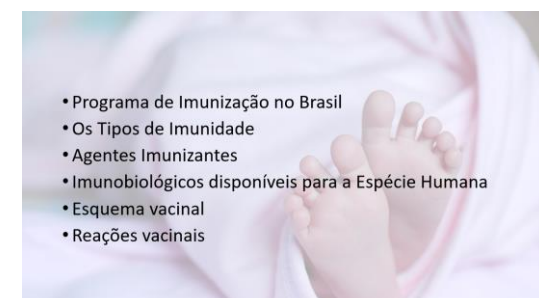
NOVAFAPÍ
FACULDADE

MESTRADO
EM SAÚDE DA FAMÍLIA
Mestrado Profissional
Reconhecido pelo CAPES

AULA 4
**Imunização em saúde da mulher e
da criança**

Produto do Mestrado Profissional em Saúde da Família

Facilitadora: Mestranda Adriana da Silva Barros Andrade



- Programa de Imunização no Brasil
- Os Tipos de Imunidade
- Agentes Imunizantes
- Imunobiológicos disponíveis para a Espécie Humana
- Esquema vacinal
- Reações vacinais



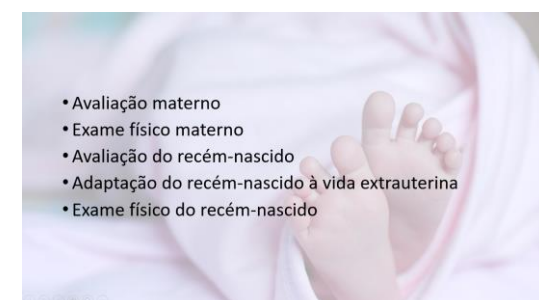
NOVAFAPÍ
FACULDADE

MESTRADO
EM SAÚDE DA FAMÍLIA
Mestrado Profissional
Reconhecido pelo CAPES

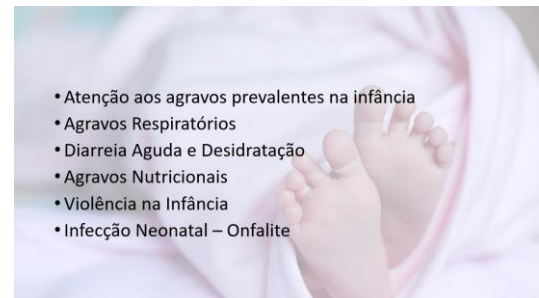
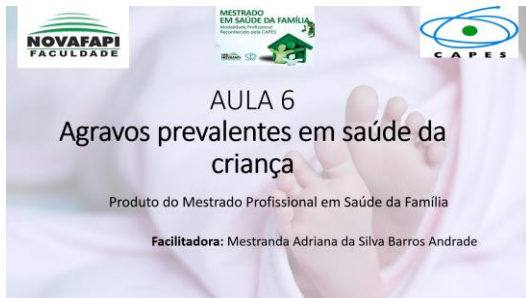
AULA 5
Avaliação materno e neonatal

Produto do Mestrado Profissional em Saúde da Família

Facilitadora: Mestranda Adriana da Silva Barros Andrade



- Avaliação materno
- Exame físico materno
- Avaliação do recém-nascido
- Adaptação do recém-nascido à vida extrauterina
- Exame físico do recém-nascido



4 CONCLUSÃO

O cuidado com a saúde do recém-nascido na assistência domiciliar tem importância fundamental para a redução da mortalidade infantil, ainda elevada no Brasil, assim como a promoção de melhor qualidade de vida e a diminuição das desigualdades em saúde. No período neonatal, momento de grande vulnerabilidade na vida, concentram-se riscos biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais, havendo necessidade de cuidados especiais, com atuação oportuna, integral e qualificada de proteção social e de saúde, uma vez que tais direitos são reconhecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.

A qualificação profissional é algo extremamente importante no que se refere à formação dos profissionais, por meio da qual eles obterão os conhecimentos, habilidades e as técnicas necessárias para que estejam aptos a exercer suas atividades.

REFERÊNCIAS

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 República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: http://novo.portalfen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Acesso em: 31 mai. 2018.

BRASIL. **Manual de normas de vacinação**. 3 ed. Brasília: MS: Fundação Nacional de Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para saúde integral da criança e redução da mortalidade Infantil**. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança**: 70 anos de história. série I. História da Saúde. Brasília: MS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. série A. Normas e Manuais Técnicos. 2. ed. Brasília: MS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 20, de 10 de junho de 2014**. Incorpora a oximetria de pulso - teste do coraçãozinho, na triagem Neonatal no Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: MS, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: MS, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 out. 2011b. Seção 1, p. 48-55.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**, Brasília: MS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério**: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança**: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Cadernos de Atenção Básica, n. 11, série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: MS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Triagem neonatal biológica**: manual técnico. Brasília: MS, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança**: orientações para implementação. Brasília: MS, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância**: detecção e intervenção precoce para prevenção de deficiências visuais. Brasília: MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal**. Brasília: MS, 2012.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Organização Pan-Americana da Saúde. **Manual AIDPI Neonatal**: quadro de procedimentos. 5. ed. 1.reimp. Brasília: MS, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**: informações para gestores e técnicos. Brasília: MS, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília: MS, 2001.

SÃO PAULO (ESTADO). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS –SP**: manual técnico do pré natal e puerpério. São Paulo: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, 2010.

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamentos de Cardiologia e Neonatologia. **Diagnóstico precoce de cardiopatia congênita crítica**: oximetria de pulso como ferramenta de triagem neonatal. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/diagnostico-precoce-oximetria.pdf>. Acesso: 02 dez 2018.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

5 CONCLUSÃO

O estudo bibliométrico proporcionou a discussão sobre as evidências científicas relacionadas à assistência domiciliar ao recém-nascido no âmbito da Atenção Primária à Saúde favorecendo uma maior aproximação e vínculo entre os profissionais de saúde e os familiares; disseminou-se a sistematização do cuidado como uma tecnologia leve e promotora da qualidade da assistência; inspirando futuros estudos e constituição de ferramentas de trabalho próprias, incentivando os promotores do cuidado a adotarem, no cotidiano da assistência, a arte, a ciência, a ética e o conhecimento individual no processo de promoção da saúde. Deste modo, as implicações desta pesquisa são extensivas e abrangem impactos voltados para o ensino, pesquisa e assistência.

Os objetivos propostos pelo estudo foram alcançados, pois é de suma importância a atualização do conhecimento dos enfermeiros que assistem o binômio mãe-filho, preenchendo as lacunas existentes e relacionadas à assistência fornecida pelos profissionais de saúde, especialmente, no que tange ao cuidado domiciliar na primeira semana de saúde integral do recém-nascido na atenção primária à saúde.

No contexto assistencial, o uso da tecnologia leve elaborada, Curso de capacitação, tipo ciclo de palestras favoreceu a aquisição de informações subjetivas e objetivas sobre a mãe e o bebê, levando em consideração seus aspectos ambientais e biológicos, de modo a influenciar positivamente na redução dos riscos emergentes, proporcionar o desenvolvimento e, assim, auxiliar para a vida adulta saudável e ativa.

Com relação ao ensino, essa ferramenta poderá servir para que profissionais adquiram sapiência acerca das necessidades e dos hábitos de vida da criança e da sua família, contribuindo para reflexões científicas e construtivas sobre o cuidado.

O estudo proporcionou uma reflexão sobre as ações de promoção da saúde ao recém-nascido no contexto da Atenção Primária à Saúde e como essas ações são imprescindíveis para qualificar a saúde da população. Destacam-se, também, como atores, na implementação dessas ações, os coordenadores das unidades. Portanto, recomenda-se disseminação da referida política e um maior envolvimento por parte do governo para a efetivação de suas orientações na rotina dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, T. M. **Construção e Validação de um Instrumento Para a Visita Domiciliar ao Recém-Nascido na Primeira Semana Saúde Integral**. 2016. 133f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, Joao Pessoa-PB, 2016.
- ALMEIDA, E.; NELAS, P.; DUARTE, J. Visita Domiciliária no Pós-Parto. **Millenium**, v. 50, n. 1, p. 267-281, 2016.
- ALPIREZ, L. A. et al. Validação de conteúdo de instrumento de avaliação do recém-nascido. **Acta paul. enferm.**, v. 31, n. 2, p. 123-129, 2018.
- ANJOS, C. C. et al. Ações de Fisioterapia voltadas à saúde da criança em uma escola de ensino fundamental em Maceió, Alagoas. **REBES**. v. 7, n. 1, p. 49-54, 2017.
- BRANCA, V. M. C. C. **Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e Família: Um Contributo para o Bem-estar e Maximização da Saúde**. 2018. 246f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de Évora, Évora, Portugal, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: MS, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Saúde. Saúde da criança. **Brasil segue sendo referência mundial em aleitamento, afirma The Lancet** [homepage on the internet]. Brasília: Agência Saúde, 2016a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. Rede Assistencial. **Tipo de estabelecimentos no Município de Vitória de Santo Antão no ano de 2016**. Brasília: DATASUS, 2016b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Escolas Promotoras de saúde: experiências do Brasil**. Série Promoção da saúde. Brasília: 1. ed. n. 6. Brasília: MS, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Cadernos de Atenção Básica nº 33. Brasília: MS, 2012a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Cadernos de Atenção Básica n. 28, vol.1. Brasília: MS, 2011.
- BRASIL. 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: MS, 2012b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de

Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru**. Manual técnico. 3. ed. Brasília: MS, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança**: orientações para implementação. Brasília: MS, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika**. Brasília: MS, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde**. Brasília: MS, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida. Brasília: MS, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2014**: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília: MS, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2017**: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Brasília: MS, 2018c.

CARDOSO, R. S. S. et al. Tecnologia educacional: um instrumento dinamizador do cuidado com idosos. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, supl. 2, p. 786-792, 2018.

COIMBRA, L. C. et al. **Atenção Integral em Saúde da Família**. Natal: Ed. UFRN, 2017.

COREN-GO. Conselho Regional de Enfermagem de Goiás. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás**. 2. Ed. Goiânia: CREN, 2014.

CUNHA, M. S.; SÁ, M. C. Home visits within the Family Health Strategy: the challenges of moving into the territory. **Interface -Comunic., Saude, Educ.**, v. 17, n. 44, p. 61-73, 2013.

CURADO, P.C. J. **Consulta de Enfermagem ao recém-nascido na 1.^a semana de vida**. 2018. 166f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de Évora, Évora, Portugal, 2018.

DIAS, M. S. A. et al. **Tecnologias leves em saúde**: saberes e práticas da Residência Multiprofissional na Estratégia Saúde da Família. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.

DGS. Direção Geral de Saúde. **Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil**. Portugal: DGS, 2013. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programatipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>. Acesso em 15 fev. 2018.

DUARTE, S. F. C. **Continuidade em cuidados domiciliários: o papel do enfermeiro**. 2010. 303f. Tese (Doutoramento em Enfermagem) – Universidade Lisboa, 2010.

FERREIRA, S. R. S.; PÉRICO, L. A. D.; DIAS, V. R. F. G. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, supl. 1, p. 704-709, 2018 .

GÓES, F. G. B. et al. Contribuições do enfermeiro para boas práticas na puericultura: revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, supl. 6, p. 2808-2817, 2018.

GONÇALVES, H. A. **Manual de metodologia da pesquisa científica**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

LACERDA, M. R. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família - na perspectiva da área pública. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2621-2626, 2010.

LUCENA, D. B. A. et al . Primeira semana saúde integral do recém-nascido: ações de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 39, n. 1, p. 2017-0068, 2018 .

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MAEYAMA, M. A; DOLNY, L. L; KNOLL, R. K. **Atenção Básica À Saúde: Aproximando Teoria e Prática**. Itajaí – SC: Ed. UNIVALI., 2018.

MARTINS, L. P. S. **Enfermagem e a Puericultura: A Importância do Papel do Enfermeiro**. 2017. 30f. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Instituição de Ensino Anhanguera, Campo Grande, 2017.

MEDEIROS, A. B. A; ENDERS, B. C; LIRA, A. L. B. C. Teoria Ambientalista de Florence Nightingale: Uma Análise Crítica. **Escola Anna Nery.**, v. 19, n. 3. p. 1-12, 2015.

MEDEIROS, J. M. O. M. **Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da atenção primária à saúde do município de Mossoró-RN**. 2014. 118f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Sociedade) – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Mossoró, RN, 2014.

MELLO, D. F. et al. Seguimento da saúde da criança e a longitudinalidade do

cuidado. **Rev. bras. enferm.**, v. 65, n. 4, p. 675-679, 2012.

MONTEIRO, F. P. M.; ARAÚJO, T. L.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Produção científica sobre tecnologia em enfermagem: Revisão de literatura. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 4, n. 1, p. 1054-1136, 2010.

MORAIS, I. H. et al. Cartilha para adultos com síndrome metabólica: Proposta de tecnologia educativa para a promoção da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 25, n. 1, p. 1-8, 2017.

MOURA, L. K. B. et al. Uses of Bibliometric Techniques in Public Health Research. **Iran J Public Health.**, v. 46, n. 10, p. 1435-1436, 2017.

NOGUEIRA, M. C. Palestras: “Ter” ou “fazer” o gênero: O dilema das opções epistemológicas em Psicologia Social. In: GUARESCHI, N. (Org.). **Estratégias de invenção do presente: a psicologia social no contemporâneo**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008. p. 220-253.

OLDS, D. **From a Healthy Babies Program to Crime Prevention, Nurse-Family Partnership is Validated by Research**. Disponível em: <https://www.nursefamilypartnership.org/about/proven-results/>. Acesso em: 28 jan. 2018.

OLIVEIRA, J. S. B.; SUTO, C. S. S.; SILVA, R. S. Tecnologias leves como práticas de enfermagem na atenção básica. **Rev. Saúde.Com**, v. 12, n. 2, p. 613-621, 2016.

PACHECO, M. J. Projecto de intervenção comunitária: Visitação domiciliária à puérpera e ao recém-nascido do Concelho de Tavira. 2012. 64f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária) – Instituto Politécnico de Beja, Portugal, 2012.

PEREIRA, I. M. D. **Relatório de estágio na escola superior de enfermagem São João de Deus**: tradução de três artigos técnicos. Portugal: Universidade de Évora, 2019.

PEREIRA, M. S. et al. O uso da tecnologia na assistência à saúde da Criança: revisão integrativa da literatura nacional. **Rev Bras Ciênc Saúd**, v. 12, n. 39, p. 74-79, 2014.

PEREIRA, R. C. Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 1-12, 2018.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, 2018.

RICE, R. **Prática de Enfermagem Nos Cuidados Domiciliários- Conceitos e Aplicação**. Loures: Lusociência.

ROCHA, G. M; CORDEIRO, R. C. Assistência domiciliar puerperal de enfermagem na estratégia saúde da família: intervenção precoce para promoção da saúde. **Rev UninCor**, v. 13, n. 2, p. 483-493, 2015.

ROS, M. A.; MAEYAMA, M. A.; LEOPARDI, M.T. Tecnologia na área da saúde - De que tecnologia estamos falando? **Sau. & Transf. Soc.**, v. 3, n. 3, p. 29-35, 2012.

SANTOS, Z. M. S. A. **Tecnologias em saúde**: da abordagem teórica a construção e aplicação no cenário do cuidado [livro eletrônico]. Fortaleza: EdUECE, 2016.

SCHULZ, S. M. **Autoeficácia em amamentação**: um estudo quase-experimental em uma maternidade pública da Amazônia Ocidental. 2017. 75F. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciência da Saúde) – Fundação Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho-RO, 2017.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde. Protocolo de Atenção à Saúde. **Atenção à Saúde da Criança**. Brasília: Núcleo de Saúde da Criança, 2016.

SERPA, M. G. N. Inovações tecnológicas para o ensino da promoção da saúde e enfermagem brasileira. **Rev. Gestão & Saúde**, v. 2, n. 1, p. 502-504, 2012.

SILVA, A.C. **Aplicação do gerenciamento de projetos para a redução das taxas de mortalidade infantil da Baixada Santista**. 2017. 100f. Monografia (Engenharia de Produção) – Universidade de Ribeirão Preto, Campus Guarujá, 2017.

SOARES, P. B. et al. Análise bibliométrica da produção científica brasileira sobre Tecnologia de Construção e Edificações na base de dados Web of Science. **Ambient. constr.**, v. 16, n. 1, p. 175-185, 2016.

SOUZA, R. R; VIEIRA, M. G; LIMA JÚNIOR, C. J. F. L. A rede de atenção integral à saúde da criança no Distrito Federal, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 24, n. 6, p. 2075-2084, 2019.

TEIXEIRA, J. A. M. et al. Mortalidade no primeiro dia de vida: tendências, causas de óbito e evitabilidade em oito Unidades da Federação brasileira, entre 2010 e 2015. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 28, n. 1, p. 1-12, 2019.

UFMA. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. **Saúde da criança e a saúde da família**. São Luís: EdUFMA, 2016.

WINTERS, J. R. F. et al. A formação superior em enfermagem no MERCOSUL: um estudo bibliométrico. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, supl. 4, p. 1732-1739, 2018.

XIMENES NETO, F. R. G. et al. Práticas do enfermeiro da estratégia saúde da família na atenção à saúde da criança, Cariré – Ceará. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.**, v. 11, n. 1, p. 9-16, 2011.

WHO. World Health Organization. **Newborns**: improving survival and well-being. Genebra: WHO; 2020.

APÊNDICE



DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora ADRIANA DA SILVA BARROS ANDRADE para apresentar o produto final do Projeto de Pesquisa intitulado “Construção de uma tecnologia leve na assistência domiciliar ao recém-nascido na Atenção Primária em Saúde”, que está sob a orientação da Professora Dra. Ivonizete Pires Ribeiro, do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da UNINOVAFAPI, cujo objetivo foi elaborar uma tecnologia leve na assistência domiciliar ao recém-nascido na Atenção Primária em Saúde, conforme cronograma do projeto.

Esta Instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente Projeto de Pesquisa, dispondo de infraestrutura necessária para a realização da mesma.

A aceitação está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos das Resoluções CNS nº 466/12, CNS nº 510/16, CNS nº 580/18 comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa, bem como apresentar cópia do trabalho final com o parecer de um Comitê de Ética em Pesquisa ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde de Floriano (NEPS/Floriano), desta Secretaria.

Floriano-PI, 15 de Maio de 2019.

Rose Danielle de Carvalho Batista

Rose Danielle de Carvalho Batista
NEPS/SMS Floriano-PI

Rose Danielle de Carvalho Batista
Psicóloga CRP21/00848
NEPS/SMS
Floriano-PI

CNPJ: 02.169.204/0001-86 • Av. Eurípedes de Aguiar, 592, Centro • CEP: 64.800-076
Telefone: (89)3522-1235 • E-mail: planejamento.saudefloriano@gmail.com

ANEXO

ANEXO A: NORMATIVAS DA REVISTA ACTA PAULISTA DE ENFERMAGEM



1. Título do artigo no mesmo idioma do seu manuscrito (não exceder o limite de 12 palavras):

- a. Caixa baixa, exceto para a palavra inicial e nomes próprios;
- b. Não mencionar nomes de cidades ou instituições no título.

2. Autores

- a. Os nomes devem estar por completo, sem abreviaturas;
- b. Caixa baixa, exceto para a inicial de cada nome;
- c. Junior, Sobrinho, Neto escrever por extenso;
- d. Netto – é sobrenome.

3. Instituição

Indicar o nome da Instituição por extenso. No formato: Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

As bases de dados internacionais que indexam as revistas científicas indicam o nome da instituição, que será considerado como indicador da produção científica.

4. Declarar a se há, ou não, conflitos de interesse.

5. Datas de Submissão

Submetido em dia, mês, ano (por extenso):

Submetido 27 de Março de 2008 / Aceito 20 de Novembro de 2008

6. Autor correspondente

Correspondência

- a. Nome do autor (não usar títulos Dr, Professor, etc.);
- b. Endereço institucional completo (evitar endereço particular);
- c. Cidade (estado abreviado), País;
- d. CEP;
- e. E-mail;
- f. Orcid.



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Enfermagem
Acta Paulista de Enfermagem



No título do artigo lembre-se de não exceder o limite de 12 palavras!

7. Artigo

a. Resumo (título em caixa baixa e negrito)

- i. Prepare o resumo no mesmo idioma do seu manuscrito e não exceda o limite de 250 palavras.
- ii. Não usar abreviaturas, exceto para padrões internacionais como, por exemplo, temperatura e outros
- iii. Para AO, manter a estrutura: **Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusão**. Colocar em parágrafos separados. Estes nomes devem aparecer em negrito e caixa baixa.

b. Descritores (em negrito, no mesmo padrão que as sessões do resumo)

- i. Devem ser separados por ponto e vírgula. Cada novo descritor deve vir com a primeira letra em maiúsculo. Observar na quebra de linha que alguns descritores usam barra (/) e esta deve estar agregada ao descritor;
- ii. Alguns descritores são compostos por dois ou mais termos, separados por vírgula (não pode ser modificado);
- iii. Fonte sem itálico.



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Enfermagem
Acta Paulista de Enfermagem



No corpo do artigo lembre-se de não exceder o limite de 3000 palavras!

c. Texto

- i. Somente usar *itálico* para espécies ou termos, palavras ou expressões em inglês que não tenham sido traduzidas ou não possuam tradução para o português;
- ii. Marcas de equipamentos, medicamentos, usar TM ou ®;
- iii. Usar números até dez, por extenso, seguindo as normas para redação;
- iv. Os primeiros itens devem vir com a primeira letra em maiúscula e os demais em caixa baixa e negrito. Exemplos: **Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão**;
- v. O segundo nível deve vir endentado na margem do parágrafo, em negrito, caixa baixa, somente a primeira letra em maiúscula ou os nomes próprios. Não usar *itálico*;
- vi. O terceiro nível deve ser endentado a partir da margem do parágrafo;
- vii. Não utilizar bullets no texto, apenas traço horizontal;
- viii. As citações devem aparecer no texto depois do ponto final, em sobrescrito, entre parênteses. Sempre que possível as citações devem estar no final da frase e não no meio da mesma;
- ix. Quando as citações forem sequenciais devem ser separadas por um traço ⁽³⁻⁷⁾. Se forem intercaladas, devem ser separadas por vírgula ^(1,4,6,9). Citações sequenciais com apenas duas citações, devem ser separadas por vírgula ^(3,4).

d. Tabelas

- i. **A citação da tabela no texto** deve ser feita em caixa baixa, quando inserida no contexto da frase e com a primeira letra em caixa alta, quando em formato citação. Ex: na análise discriminante efetuada (Tabela 1) foram utilizadas como variáveis... Não houve diferença significativa entre os observadores, conforme demonstrado na tabela 1;
- ii. Título da tabela: No título da tabela usar número em algarismo arábico. Usar ponto para separar a denominação tabela do título: **Tabela 1**. Texto em caixa baixa, exceto primeira palavra ou nomes próprios, sem abreviaturas, sem negrito, sem ponto final;
- iii. Devem ser abertas lateralmente;
- iv. Não devem ser usados fios verticais ou horizontais nas tabelas, exceto para separar cabeçalhos;
- v. Todas as colunas devem ter cabeçalho, sem negrito, apenas a primeira letra da palavra em caixa alta.
Ex:
 1. Idade dos pacientes;
 2. p-value;
 3. VCM (usar Ca).
- vi. Os dados das colunas devem estar alinhados;



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Enfermagem
Acta Paulista de Enfermagem



vii. Legenda:

1. Termo em caixa alta. Ex: VCM;
2. Termo deve ser separado da descrição por um traço. Ex: VCM – volume corpuscular médio; RDW – ;
3. Entre as legendas, usar ponto e vírgula;
4. Usar sempre fonte menor que o texto da tabela;
5. A forma de expressar resultados (% , n, média, mediana...) deve, idealmente, vir na legenda e não no corpo da tabela. Unidades de medida (mg, anos, segundos, etc.) devem, idealmente, vir no corpo da tabela. O teste estatístico utilizado deve, idealmente, ser mencionado também na legenda.

e. Figuras

- i. Usar a denominação por extenso quando inserida no texto
- ii. Quando em formato citação, usar maiúscula para a primeira letra e parênteses (Figura 1), ou minúscula quando parte do contexto.
- iii. **Na legenda da figura** usar número em algarismo arábico, texto em caixa baixa, negrito. **Figura 1**
 1. Usar ponto para separar a denominação figura do título: **Figura 1.**
 2. A legenda da figura deve vir abaixo da mesma.
 3. Não usar molduras para as figuras.

f. Quadros

1. **A citação do quadro no texto** deve ser feita em caixa baixa, quando inserida no contexto da frase e com a primeira letra em caixa alta, quando em formato citação. Ex: Os dados demográficos estão representados no quadro 1;
2. **No título do quadro** usar número em algarismo arábico, texto em caixa baixa, negrito. **Quadro 1;**
3. Usar ponto para separar a denominação quadro do título: **Quadro 1.**
 - i. Título do quadro: Texto em caixa baixa, exceto primeira palavra ou nomes próprios, sem abreviaturas, negrito, sem ponto final;
 - ii. Devem ser fechados lateralmente;
 - iii. Podem ser usados fios verticais para separar colunas, tanto no cabeçalho quanto no corpo da tabela;
- iv. Todas as colunas devem ter cabeçalho, sem negrito, apenas a primeira letra da palavra em caixa alta.
 Ex:
 1. Idade dos pacientes;
 2. Gênero;



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Enfermagem
Acta Paulista de Enfermagem



3. Fatores de risco;
4. Os dados das colunas devem estar alinhados.

i. Legenda

5. Termo em caixa alta. Ex: VCM;
6. Termo deve ser separado da descrição por um traço;
7. VCM – volume corpuscular médio;
8. Entre as legendas, usar ponto e vírgula;
9. Usar sempre fonte menor que o texto do quadro.

g. Anexos

1. **A citação do anexo no texto** deve ser feita em caixa baixa, quando inserida no contexto da frase e com a primeira letra em caixa alta, quando em formato citação.

O questionário utilizado para avaliação foi baseado no modelo proposto pela ASA, com modificações conforme apresentado no anexo 1.

O questionário utilizado para avaliação foi baseado no modelo proposto pela ASA. (Anexo 1).

2. Na apresentação do anexo usar algarismos arábicos quando houver mais de um ou apenas ANEXO;
3. Usar número em algarismo arábico, texto em caixa ALTA, negrito. **ANEXO 1 ANEXO 2 ou ANEXO;**
4. Usar ponto para separar a denominação anexo quando este tiver um título **Anexo 1.**
5. Deverão ser inseridos no final do artigo após as referências.

Devem ser inseridos após a Conclusão os itens abaixo:

- h. Agradecimentos** (Caso hajam agradecimentos a serem feitos devem ser inseridos na Página de Títulos. Trabalhos realizados com auxílios de instituições de fomento e/ou outros devem constar neste item).

i. Colaborações



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Enfermagem
Acta Paulista de Enfermagem



Na seção Referências lembre-se de não exceder o limite de 35!

j. **Referências**

- i. Numeradas com algarismos arábicos no formato 1, 2, 3, 4, etc...
- ii. Usar o termo **Referências**.

ANEXO B: COMPROVANTE SUBMISSÃO NA REVISTA ACTA PAULISTA DE ENFERMAGEM

Submission Confirmation



Thank you for your submission

Submitted to Acta Paulista de Enfermagem

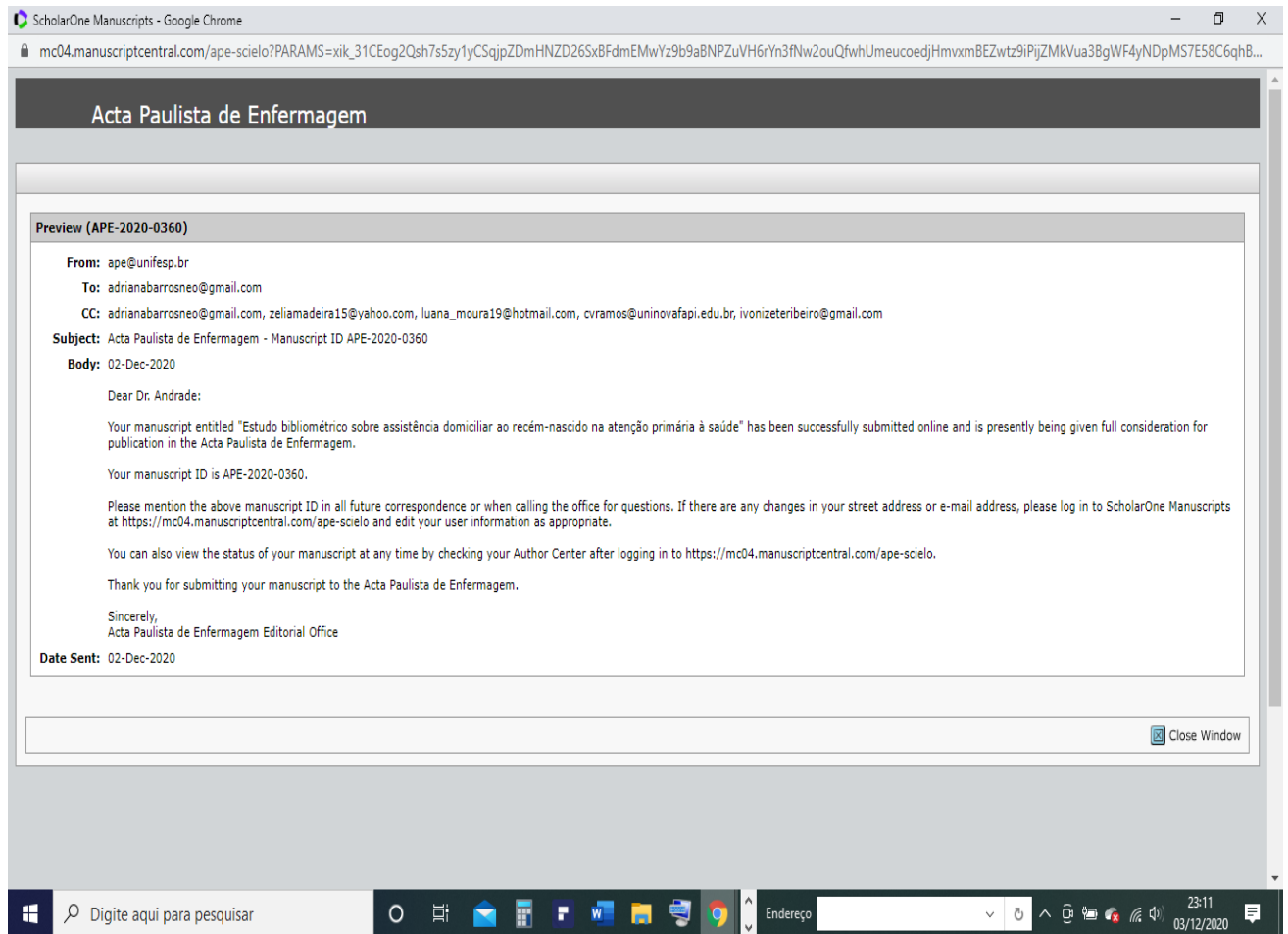
Manuscript ID APE-2020-0360

Title Estudo bibliométrico sobre assistência domiciliar ao recém-nascido na atenção primária à saúde

Authors Andrade, Adriana
Madeira, Maria Z
Batista Moura, Luana Kelle
Ramos, Carmem
Ribeiro, Ivonizete

Date Submitted 02-Dec-2020

ANEXO C: COMPROVANTE SUBMISSÃO NA REVISTA ACTA PAULISTA DE ENFERMAGEM



ANEXO D – DECLARAÇÃO DE CADASTRO NA COORDENAÇÃO DE PESQUISA, EXTENSÃO E PÓS-GRADUAÇÃO



Coordenação de Pesquisa, Extensão e Pós-Graduação

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o projeto de pesquisa intitulado: **“Construção de Tecnologia para a Assistência Domiciliar ao Recém-Nascido”**, da discente **Adriana da Silva Barros Andrade**, orientada pela **Profa. Dra. Ivonizete Pires Ribeiro**, foi cadastrado na Coordenação de Pesquisa, Extensão e Pós-Graduação, sob o processo nº 151/2020.

Teresina, 12 de novembro de 2020

Profa. Dra. Adélia Dalva da Silva Oliveira
Coordenadora de Pesquisa, Extensão e Pós-Graduação do Centro
Universitário UNINOVAFAPI

Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123,
Bairro Uruguai, Teresina-PI - CEP: 64073-505
CNPJ: 21.909.778/0001-98 / Fone: (86) 2106.0700
uninovafapi.edu.br
uninovafapi@uninovafapi.edu.br

